

**PROCESO SELECTIVO PARA EL ACCESO A LA CONDI-
CION DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO EN LAS INSTITU-
CIONES SANITARIAS DEL SERVICIO EXTREMEÑO DE SA-
LUD**

CATEGORIA: FACULTATIVO ESPECIALISTA DE ÁREA

ESPECIALIDAD: ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR

TURNO LIBRE

**CONVOCADO POR RESOLUCIÓN DE 19 DE DICIEMBRE DE
2024, DE LA DIRECCIÓN GERENCIA (DOE N° 249 DE
26/12/2024)**

FASE DE OPOSICIÓN: EJERCICIO TIPO TEST.

EN CÁCERES, A 8 DE NOVIEMBRE DE 2025

1. Señale cuál NO es un principio general de actuación de los poderes públicos de Extremadura para lograr los objetivos de la Ley 8/2011, de 23 de marzo, según su artículo 3:

- a) La eliminación de roles y estereotipos en función del sexo.
- b) El reconocimiento de la maternidad como un valor social.
- c) El aseguramiento de la protección social, económica y jurídica de la familia.
- d) El fomento de la corresponsabilidad.

2. Según el artículo 31 de la Constitución española, el sistema tributario estará inspirado en los principios de:

- a) Eficiencia y economía.
- b) Capacidad económica y asignación equitativa de los recursos públicos.
- c) Igualdad y progresividad.
- d) Ninguna es correcta.

3. ¿En qué Capítulo del Título I de la Constitución española se regulan los derechos y libertades?

- a) En el Capítulo primero.
- b) En el Capítulo segundo.
- c) En el Capítulo tercero.
- d) En el Capítulo cuarto.



4. En Extremadura, ¿cómo se denomina al Comisionado de la Asamblea con funciones similares a las del Defensor del Pueblo previsto en la Constitución?

- a) Defensor del Pueblo extremeño.
- b) Valedor del Pueblo.
- c) Personero del Común.
- d) Justicia de Extremadura.

5. Salvo que en ellas se disponga otra cosa, las leyes de la Asamblea de Extremadura entran en vigor a los veinte días de su publicación íntegra en:

- a) El Boletín Oficial del Estado.
- b) El Diario Oficial de Extremadura.
- c) El Boletín Oficial del Estado y el Diario Oficial de Extremadura.
- d) Ninguna es correcta.

6. Señale la respuesta INCORRECTA en relación con los miembros de la Junta de Extremadura.

- a) Deben residir en Extremadura.
- b) No pueden ejercer otras funciones representativas que las propias del mandato parlamentario.
- c) No podrán desempeñar actividad laboral, profesional o empresarial en ningún caso.
- d) La responsabilidad civil por hechos relativos a su función será exigible ante el Tribunal Superior de Justicia de Extremadura.

7. Según el artículo 25 del Estatuto de Autonomía de Extremadura, ¿quién nombra al Presidente de Extremadura?

- a) El Rey.
- b) La Asamblea de Extremadura.
- c) El Consejo de Gobierno.
- d) Ninguna es correcta.

8. Según el artículo 28 del Estatuto Marco, en el caso de pérdida de la condición de personal estatutario como consecuencia de pérdida de la nacionalidad, se podrá recuperar dicha condición:

- a) Si acredita la desaparición de la causa que la motivó.
- b) Si es revisada conforme a las normas reguladoras del Régimen General de la Seguridad Social.
- c) Si se reincorpora al servicio activo.
- d) Ninguna es correcta.

9. Señale la respuesta CORRECTA en relación con lo establecido en el artículo 26 del Estatuto Marco sobre la jubilación del personal estatutario.

- a) La jubilación forzosa se declarará al cumplir la edad de 70 años.
- b) Se podrá solicitar voluntariamente prolongar la permanencia en servicio activo hasta cumplir como máximo 72 años de edad.
- c) Procederá la prórroga automática en el servicio activo cuando, en el momento de cumplir la edad de jubilación forzosa, resten seis años o menos de cotización para causar pensión de jubilación.
- d) La prórroga en el servicio activo no podrá prolongarse más allá del día en el que se complete el tiempo de cotización necesario para causar pensión de jubilación, sea cual sea el importe de la misma.

10. Se pierde la condición de personal estatutario por:

- a) La pérdida de la nacionalidad española aunque simultáneamente se adquiriera la nacionalidad de otro Estado que otorgue el derecho a acceder a tal condición.
- b) La sanción disciplinaria firme de separación del servicio.
- c) La renuncia de la persona interesada, en todo caso.
- d) Ninguna es correcta.

11. En relación con el personal, señale la respuesta INCORRECTA.

- a) El ejercicio de la labor del personal sanitario deberá organizarse de forma que se estimule en los mismos la valoración del estado de salud de la población y se disminuyan las necesidades de atenciones reparadoras de la enfermedad.
- b) Los recursos humanos pertenecientes a los Servicios del Área se considerarán adscritos a dicha unidad de gestión.
- c) El personal no podrá ser cambiado de puesto por necesidades imperativas de la organización sanitaria.
- d) Las Comunidades Autónomas, en el ejercicio de sus competencias, podrán dictar normas de desarrollo de la legislación básica del régimen estatutario de estos funcionarios.

12. La cobertura de la asistencia sanitaria del sistema de la Seguridad Social para las personas no incluidas en la misma y sin recursos económicos se financia con:

- a) Transferencias estatales.
- b) Transferencias autonómicas.
- c) Transferencias a las entidades locales.
- d) Ninguna es correcta.

13. Según el artículo 68 de la Ley General de Sanidad, señale la respuesta INCORRECTA en relación con los centros hospitalarios.

- a) Desarrollarán solo tareas estrictamente asistenciales.
- b) Desarrollarán funciones de promoción de salud.
- c) Desarrollarán funciones de prevención de las enfermedades.
- d) Desarrollarán funciones de investigación y docencia.

14. Señale la respuesta INCORRECTA. Mediante relaciones y acuerdos sanitarios internacionales, España colaborará con otros países y Organismos internacionales:

- a) En el control epidemiológico.
- b) En la lucha contra las enfermedades transmisibles.
- c) En materia de vigilancia y control de los posibles riesgos para la salud derivados de la importación, exportación o tránsito de mercancías y del tráfico internacional de viajeros.
- d) En la investigación biomédica.

15. NO es un órgano de gestión y dirección del Servicio Extremeño de Salud:

- a) La Dirección General de Recursos Humanos.
- b) La Dirección General de Presupuestos y Tesorería.
- c) La Dirección General de Asistencia Sanitaria.
- d) La Dirección General de Salud Pública.

16. Es función de la Dirección Gerencia del Servicio Extremeño de Salud:

- a) Aprobar los instrumentos de ordenación del personal del Servicio Extremeño de Salud.
- b) La gestión de los procedimientos de selección del personal estatutario fijo.
- c) El nombramiento de personal funcionario interino.
- d) El reconocimiento de trienios del personal estatutario.

17. ¿Cuál es el mecanismo embriológico de la coartación de la aorta tipo postductal?

- a) Persistencia del quinto arco aórtico.
- b) Incorporación de tejido muscular sensible al oxígeno del ductus arterioso.
- c) Fusión incompleta de las aortas dorsales.
- d) Migración anómala del tubo endocárdico.

18. En el contexto de las pérdidas de energía en una estenosis arterial, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta según los principios físicos de la hemodinámica?

- a) Las pérdidas de energía viscosas, descritas por la ley de Poiseuille, constituyen la mayor parte de la caída de presión total a través de una estenosis.
- b) Incluso en una estenosis muy corta o diafragmática (longitud tendiendo a cero), las pérdidas de energía debidas a efectos inerciales en la entrada y especialmente en la salida siguen siendo significativas.
- c) La longitud de una estenosis es un factor más determinante para la resistencia hemodinámica total que su radio, ya que la resistencia viscosa es proporcional a la longitud.
- d) La relación entre la caída de presión y el grado de estenosis es lineal, por lo que la reducción del flujo y la presión distales se produce de manera constante a medida que aumenta el porcentaje de obstrucción.

19. ¿Cuál es el mecanismo de acción principal de los fármacos hipolipemiantes inhibidores de PCSK9?

- a) Inhibición de la síntesis hepática de colesterol.
- b) Bloqueo de la absorción intestinal de colesterol.
- c) Aumento de la expresión de receptores LDL en hepatocitos.
- d) Estimulación de la lipoproteína lipasa.

20. ¿Qué artefacto se produce en la imagen de color Doppler cuando la velocidad del flujo sanguíneo excede el umbral de velocidad media máxima establecido en la barra de colores, y cómo se puede reducir?

- a) Artefacto de reverberación, reduciéndose con un aumento de la ganancia.
- b) Aliasing, reduciéndose con un aumento de la frecuencia de repetición de pulsos.
- c) Artefacto de sombra, eliminándose con un ángulo Doppler de 90 grados.
- d) Desaturación de color, corrigiéndose con una reducción del filtro de pared.

21. Respecto al tratamiento farmacológico de las dislipemias, ¿qué afirmación NO es correcta?

- a) Las estatinas reducen el C-LDL mediante inhibición de la HMG-Co A reductasa.
- b) La niacina inhibe la síntesis de lipoproteínas.
- c) La ezetimiba interfiere en la absorción del colesterol del tracto gastro intestinal.
- d) La colestiramina aumenta la síntesis hepática de HDL y reduce el LDL directamente.

22. Respecto a las aplicaciones de la ecografía intravascular (IVUS) en el tratamiento de la disección aórtica tipo B de Stanford, ¿cuál de las siguientes capacidades descritas es INCORRECTA?

- a) Guiar la selección del tamaño del injerto a implantar mediante la evaluación precisa de la luz verdadera.
- b) Identificar de forma clara la localización exacta de las ramas viscerales y determinar si están perfundidas por la luz verdadera o la falsa.
- c) Visualizar el grosor y el movimiento dinámico del flap de la disección, lo que permite diagnosticar una obstrucción dinámica de las arterias viscerales.
- d) Proporcionar mediciones de longitud precisas y anatómicamente correctas de la aorta torácica mediante reconstrucción tridimensional para planificar la cobertura necesaria, incluso en aortas tortuosas.

23. ¿Cuál de los siguientes mecanismos fisiopatológicos está más directamente implicado en la hipertensión arterial resistente?

- a) Activación del sistema renina-angiotensina-aldosterona.
- b) Disminución de la actividad simpática.
- c) Aumento de la producción de óxido nítrico.
- d) Hipovolemia crónica.

24. En relación a la fisiopatología de la aterosclerosis y el papel de las lipoproteínas, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

- a) Los quilomicrones son partículas exclusivamente de transporte y no tienen ningún papel en la formación de la placa de ateroma.
- b) La LDL oxidada es absorbida por los macrófagos a través de receptores específicos, transformándolos en células espumosas, que son la lesión inicial de la aterosclerosis.
- c) La HDL sintetizada por el hígado se libera como una partícula esférica rica en lípidos para iniciar inmediatamente el transporte reverso de colesterol.
- d) La lesión inicial de la aterosclerosis (la estría grasa) está compuesta principalmente por linfocitos T infiltrados en la íntima arterial.

25. ¿Cuál de los siguientes mecanismos fisiopatológicos no está directamente relacionado con el daño vascular inducido por el tabaquismo?

- a) Disminución de la disponibilidad de óxido nítrico.
- b) Activación de enzimas que generan especies de oxígeno reactivo.
- c) Aumento de prostaciclina y tromboxano A₂.
- d) Incremento de marcadores inflamatorios como IL-6 y TNF-alfa.

26. En el contexto de la monitorización durante la trombolisis dirigida por catéter, ¿cuál de las siguientes determinaciones refleja un consumo excesivo de factores de coagulación y riesgo hemorrágico aumentado?

- a) Un nivel de TTPa por debajo de 50 segundos.
- b) Una caída del fibrinógeno por debajo de 100 mg/dL.
- c) Un aumento de D-dímero por encima de 500 ng/mL.
- d) Un recuento plaquetario inferior a 100.000/ μ L.

27. ¿Cuál de los siguientes criterios de velocidad se asocia con una estenosis crítica (>70%) en un bypass venoso? (VPS: velocidad pico sistólica, Rv: relación de velocidad).

- a) VPS >180 cm/s y Rv >2
- b) VPS >300 cm/s y Rv >3.5
- c) VPS < 45 cm/s y Rv <2
- d) VPS >150 cm/s y Rv >1.5

28. En relación a la fístula aortoentérica secundaria, ¿cuál de las siguientes afirmaciones sobre su clasificación y presentación es CORRECTA?

- a) La erosión protésico-entérica se caracteriza por una comunicación directa con la circulación arterial a nivel de la línea de sutura, causando predominantemente síntomas sépticos.
- b) La fístula protésico-entérica implica una comunicación entre el tracto gastrointestinal y las intersticios del injerto, preservando la integridad de la anastomosis arterial.
- c) La presentación clínica más común de la fístula aortoentérica secundaria es la tríada clásica de hemorragia digestiva, dolor abdominal y masa pulsátil, que ocurren concurrentemente en la mayoría de los casos.
- d) La fístula protésico-entérica, al afectar la línea de sutura, suele manifestarse con hemorragia masiva, mientras que la erosión protesico-entérica puede presentarse inicialmente con síntomas infecciosos.

29. Según las Guías de Protección Radiológica de la European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2023, ¿qué umbral de Peak Skin Dose (PSD, dosis máxima en la piel) debe hacer sospechar riesgo elevado de lesiones cutáneas y motivar seguimiento más cercano?

- a) 0,5 Gy (Gray).
- b) 1,5 Gy.
- c) 3 Gy.
- d) 10 Gy.

30. Según las Guías de Protección Radiológica de la European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2023, ¿Qué dosis efectiva de radiación en todo el cuerpo se considera como límite anual promediado en 5 años para los trabajadores?

- a) 10 mSv (milisievert).
- b) 20 mSv.
- c) 50 mSv.
- d) 100 mSv.

31. ¿Cuál de las siguientes condiciones se asocia específicamente con el desarrollo de gangrena venosa?

- a) Trombosis inducida por heparina con trombocitopenia.
- b) Insuficiencia venosa crónica no tratada.
- c) Tromboembolismo pulmonar masivo.
- d) Infección bacteriana.

32. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre los tumores vasculares abdominales es INCORRECTA?

- a) El leiomiosarcoma venoso es el tumor primario más frecuente y se presenta en mujeres más que en hombres.
- b) El carcionoma de células renales presenta trombo venoso mural intraluminal en aproximadamente 4-15% de los pacientes.
- c) Los tumores aórticos primarios son predominantemente de tipo intimal.
- d) Los tumores primarios de la vena renal son más frecuentes que los de la vena cava inferior.

33. En relación con el diagnóstico de la obstrucción venosa ilíaca crónica, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

- a) La venografía convencional en proyección anteroposterior es suficiente para detectar todas las estenosis significativas de la vena ilíaca.
- b) La presencia de circulación colateral en la venografía descarta la necesidad de stent por compensar adecuadamente la obstrucción.
- c) La ecografía intravascular (IVUS) es superior a la venografía para delimitar la extensión y el grado de la obstrucción morfológica.
- d) La medición de gradientes de presión venosa femoral es el gold standard para definir la significación hemodinámica de una estenosis.

34. Respecto al uso de técnicas endovasculares en trauma vascular abdominal señale la opción CORRECTA:

- a) Están contraindicadas en las lesiones arteriales por trauma cerrado.
- b) Son útiles en el tratamiento de pseudoaneurismas y fístulas arteriovenosas.
- c) No se recomienda su uso en lesiones de la arteria renal.
- d) Solo se utilizan en lesiones venosas retroperitoneales.

35. Todas las siguientes opciones son mecanismos fisiopatológicos implicados en el síndrome del dolor regional complejo EXCEPTO:

- a) Sensibilización central y periférica.
- b) Disfunción del sistema nervioso autónomo.
- c) Activación de receptores N-metil D-aspartato (NMDA).
- d) Degeneración de motoneuronas alfa.

36. En el sistema de estadificación de Schobinger para malformaciones arteriovenosas, ¿qué características clínicas definen específicamente el estadio III?

- a) Dolor, ulceración, sangrado e infección.
- b) Rubor cutáneo y calor, con shunt arteriovenoso documentado por Doppler.
- c) Ruido, pulsaciones audibles y lesión en expansión.
- d) Insuficiencia cardíaca.

37. En cuanto a la división anatómica del retroperitoneo ante un traumatismo cerrado abdominal señale la opción INCORRECTA:

- a) Zona 1: Aorta, vena cava inferior supramesocólica y AMS.
- b) Zona 2: Riñones, canal paracólico y vasos renales.
- c) Zona 3: vena cava inferior retrohepática y venas hepáticas.
- d) Zona 3: Arterias y venas ilíacas comunes, externas e internas, localizadas en el retroperitoneo pélvico.

38. Un paciente con un catéter tunelizado en la vena yugular interna izquierda presenta de forma aguda disfonía. ¿Cuál es la complicación más probable según esta clínica?

- a) Embolismo aéreo a través de una conexión desconectada del catéter.
- b) Lesión del nervio laríngeo recurrente durante la inserción percutánea.
- c) Perforación cardíaca con taponamiento pericárdico.
- d) Desarrollo de un neumotórax ipsilateral de pequeño tamaño.

39. En relación con el acceso arteriovenoso autólogo en pacientes ancianos, señale la opción INCORRECTA:

- a) El acceso radial-cefálico distal tiene mayor tasa de fallo que en pacientes jóvenes.
- b) El acceso braquial-cefálico proximal puede ser preferible en ancianos.
- c) La edad avanzada contraindica el uso de acceso autólogo.
- d) La selección del tipo de acceso debe individualizarse según el plan de vida del paciente.

40. ¿Qué hallazgo histopatológico es característico de la arteritis de células gigantes en la biopsia de la arteria temporal?

- a) Presencia exclusiva de infiltrados de neutrófilos.
- b) Infiltrados inflamatorios con células T y macrófagos, y células gigantes multinucleadas en un 50% de los casos.
- c) Formación de aneurismas sin inflamación significativa.
- d) Ausencia de daño en la lámina elástica interna.

41. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el injerto HeRO (Hemodialysis Reliable Outflow) es INCORRECTA?

- a) Está indicado en pacientes con oclusión venosa central.
- b) En ocasiones, puede intervenir sin necesitar su sustitución completa, prolongando su vida útil.
- c) Se compone de un segmento de PTFE de 6 mm para suturar a la arteria braquial y un componente de silicona para colocar en aurícula derecha.
- d) Se implanta parcialmente subcutáneo y requiere un catéter externo para el acceso a hemodiálisis.

42. Ninguna de las siguientes afirmaciones sobre el acceso pediátrico para diálisis es correcta, excepto:

- a) Se recomienda el uso de injertos protésicos en niños menores de 10 años.
- b) La tasa de no maduración de accesos autógenos puede alcanzar el 50%.
- c) Se recomienda técnica microquirúrgica con sutura 8-0 a 10-0.
- d) La diálisis peritoneal está contraindicada en menores de 20 kg.

43. En relación a la fisiopatología del Síndrome de Dolor Regional Complejo (SDRC), ¿qué hallazgo respalda más sólidamente la teoría de que se trata de un trastorno autoinmune?

- a) La elevación de mediadores inflamatorios como el factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α) en el líquido de ampollas de las extremidades afectadas.
- b) La demostración de que la transferencia pasiva de inmunoglobulinas G (IgG) de pacientes con SDRC a ratones elicitaba anomalías motoras y conductuales similares a las del SDRC.
- c) La eficacia de los corticosteroides en el tratamiento de pacientes con SDRC agudo.
- d) La asociación del SDRC con variantes específicas del complejo mayor de histocompatibilidad (HLA).

44. En relación con el diagnóstico de tumores arteriales primarios mediante modalidades de imagen y su correlación con hallazgos patológicos, ¿cuál es la descripción más exacta de las ventajas diagnósticas y riesgos inherentes de la resonancia magnética (MRI) frente a otras técnicas, considerando la morfología tumoral y el potencial de embolización?

- a) La MRI es la modalidad más sensible para detectar tumores aórticos primarios, diferenciándolos de material ateromatoso mediante realce en imágenes T1 y T2 sin riesgo de embolización, y características como distensión vascular por masa de tejidos blandos o extensión extravascular, contrastando con la arteriografía que precipita embolos en tumores intimaes pero ofrece mejor caracterización intraluminal que la ecografía transesofágica.
- b) La ecocardiografía transesofágica diagnostica sarcomas intimaes primarios de aorta por masas inhomogéneas y ecodensas con membrana externa atípica para trombo, superando a la MRI en sensibilidad para proyecciones luminales polipoides, mientras que la arteriografía, aunque invasiva con riesgo de embolización en tumores adventiciales, es superior para diferenciar procesos trombóticos degenerativos de neoplasias malignas.
- c) La tomografía computarizada convencional detecta defectos de llenado intraluminal pero no caracteriza lesiones, siendo menos sensible que la MRI para extensión extravascular en tumores murales, y la arteriografía, con riesgo para embolización en intimaes, es preferida para diferenciar aneurismas aórticos de tumores polipoides, a diferencia de la ultrasonografía que identifica masas ecodensas sin realce tumoral.
- d) La arteriografía es la más precisa para tumores intimaes al mostrar oclusiones de ramas grandes sin riesgo de embolización, superando a la MRI que no distingue tumores de trombos por falta de realce en T2, mientras que la ecografía transesofágica es invasiva y precipita embolos en adventiciales, y la TC ofrece multiplanaridad pero con menor sensibilidad para distensión vascular por masas blandas.

45. En relación con el síndrome de Klippel-Trénaunay, señale la opción INCORRECTA:

- a) Se asocia a malformaciones capilares, venosas y linfáticas.
- b) Puede presentar hipertrofia ósea y de tejidos blandos.
- c) Se caracteriza por fistulas arteriovenosas de alto flujo.
- d) Asocia hipoplasia o atrofia del sistema venoso profundo en algunos casos.

46. Durante una tromboembolectomía con catéter de Fogarty, ¿cuál de las siguientes estrategias se recomienda específicamente para minimizar la lesión vascular durante la extracción del trombo?

- a) Utilizar siempre un catéter de calibre 7F para garantizar la oclusión completa de la luz arterial, independientemente del tamaño del vaso.
- b) Inflar el balón con aire en lugar de suero salino para una deflación más rápida y una menor fricción contra la íntima.
- c) Limitar el volumen de líquido en la jeringa utilizada para inflar el balón al mínimo necesario para su inflado completo, para evitar la sobredistensión dentro del vaso.
- d) Avanzar el catéter con fuerza moderada si se encuentra resistencia, para asegurar que supera las curvas arteriales y alcanza el trombo distal.

47. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el tratamiento de las malformaciones venosas (MV) es CORRECTA?

- a) La esclerosis con etanol está contraindicada en MV profundas.
- b) La embolización con coils es el tratamiento de elección en MV superficiales.
- c) La esclerosis con etanol absoluto es efectiva en MV localizadas y bien delimitadas.
- d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

48. ¿Cuál es una ventaja principal de la técnica de "paracaídas" (parachute technique) para realizar una anastomosis término-lateral, en comparación con la técnica de "anclaje" (anchor technique)?

- a) Permite realizar toda la anastomosis con puntos interrumpidos, lo que teóricamente permite que la anastomosis se expanda más con las pulsaciones arteriales.
- b) Es la única técnica que permite el uso de parches venosos en la anastomosis para evitar su estenosis.
- c) Facilita la colocación precisa de las primeras suturas en áreas profundas o de difícil visualización, sin que el propio injerto obstruya la visión del campo.
- d) Reduce significativamente el tiempo necesario para completar la anastomosis en comparación con cualquier otra técnica.

49. En relación con las malformaciones linfáticas (ML), señale la opción INCORRECTA:

- a) El tratamiento endovascular incluye la punción y drenaje de los quistes.
- b) La esclerosis con OK-432 está indicada en ML macrocísticas.
- c) Las ML microquísticas responden bien al tratamiento con bleomicina.
- d) Las ML macrocísticas se manejan preferentemente con cirugía abierta debido a la baja eficacia de los agentes esclerosantes.

50. Sobre las complicaciones del acceso vascular en intervenciones percutáneas, podemos señalar que:

- a) La trombosis aguda del sitio de acceso es una complicación común, cuya causa principal es el uso de dispositivos de cierre vascular.
- b) La hemorragia retroperitoneal ocurre típicamente cuando la punción se realiza por debajo de la bifurcación femoral común y se manifiesta siempre como un hematoma inguinal grande y evidente.
- c) El uso de ultrasonido para guiar la punción puede reducir el riesgo de disección vascular y de punción en vasos severamente calcificados, ayudando a prevenir complicaciones tanto hemorrágicas como trombóticas.
- d) Aún en caso de una hemorragia retroperitoneal activa, la prioridad absoluta es mantener la permeabilidad del sitio tratado, incluso a expensas de una anticoagulación terapéutica prolongada.

51. En relación con el diagnóstico del síndrome de Nutcracker, señale la opción INCORRECTA:

- a) La presencia de colaterales pélvicas en la imagen axial apoya el diagnóstico.
- b) El gradiente de presión renocava superior a 3 mmHg puede ser indicativo.
- c) La dilatación de la vena gonadal con reflujo retrógrado tiende a normalizar el gradiente de presión reno-cavo.
- d) El ángulo entre la aorta y la arteria mesentérica superior mayor de 45° sugiere compresión venosa extrínseca.

52. En la histología de la vena safena normal, ¿cuál es la característica principal de la lámina elástica interna que la distingue de las arterias y contribuye a la hiperplasia intimal acelerada en injertos venosos?

- a) Es pobremente desarrollada con grandes fenestraciones que permiten difusión de sustancias a la pared.
- b) Contiene alto contenido de elastina fragmentada, exponiéndose a presiones pulsátiles arteriales.
- c) Se separa de la adventicia por una lámina elástica externa bien desarrollada con escasos vasa vasorum.
- d) Está compuesta por células endoteliales cuboidales con uniones interendoteliales bien desarrolladas.

53. En relación con la agenesia congénita de la vena cava inferior, señale la opción correcta:

- a) Su incidencia en la población general es superior al 5%.
- b) Es una causa frecuente de trombosis venosa profunda (TVP) en pacientes jóvenes.
- c) Está presente en el 25% de varones menores de 30 años con TVP idiopática.
- d) Se asocia a malformaciones congénitas como defectos del tabique auricular, polisplenia o disgenesia de los pulmones.

54. Todas las siguientes son características embriológicas de la vena cava inferior, EXCEPTO:

- a) Se forma a partir de las venas supracardinales, subcardinales y postcardinales.
- b) La vena ácigos se origina de la vena supracardinal derecha.
- c) La vena renal izquierda se forma a partir de la vena umbilical.
- d) La ausencia de la VCI puede deberse a interrupción del proceso embrionario por una lesión intrauterina.

55. ¿En qué escenario clínico estaría especialmente indicado el uso de un stent cubierto?

- a) Estenosis ostial renal no calcificada en paciente joven.
- b) Lesión larga de la arteria femoral superficial con gran carga de placa.
- c) Estenosis carotídea asintomática con placa estable.
- d) Compresión de la vena ilíaca común por arteria ilíaca derecha (síndrome de May-Turner).

56. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la ablación térmica endovenosa es CORRECTA?

- a) La ablación con láser endovenoso y la radiofrecuencia tienen tasas de oclusión venosa significativamente diferentes.
- b) Requiere anestesia general siempre.
- c) Ha demostrado tasas de oclusión venosa similares o superiores a la cirugía convencional.
- d) La radiofrecuencia está contraindicada de modo absoluto en pacientes con marcapasos.

57. De acuerdo con el estudio INTERSTROKE, ¿qué cinco factores se identificaron como responsables de más del 80% del riesgo global de todos los ictus isquémicos?

- a) Hipertensión, diabetes, obesidad abdominal, tabaquismo, inactividad física.
- b) Hipertensión, tabaquismo actual, obesidad abdominal, dieta, inactividad física.
- c) Fibrilación auricular, hipercolesterolemia, tabaquismo, edad avanzada, sexo masculino.
- d) Edad >55 años, sexo masculino, raza negra, hipertensión, diabetes.

58. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa respecto a la técnica de cierre VenaSeal para el tratamiento de la insuficiencia venosa crónica en miembros inferiores?

- a) Se administra pegamento n-butil cianocrilato a través de un catéter.
- b) Tiene tasa de oclusión venosa terapéutica > 80% a los 24 meses.
- c) Está aprobada para el tratamiento de la vena safena interna.
- d) Requiere anestesia tumescente.

59. Según el meta-análisis de Gao et al. (2007), ¿qué característica patológica de la placa carotídea mostró una correlación significativa con la presencia de síntomas neurológicos?

- a) La calcificación extensa de la placa.
- b) La ulceración de la placa.
- c) El grosor de la capa fibrosa.
- d) La presencia de neovascularización intraplaca.

60. Respecto al síndrome de Mondor:

- a) Es una forma de tromboflebitis superficial de la vena dorsal del pene.
- b) Es una forma de tromboflebitis superficial de la vena toracoepigástrica de la mama y pared torácica.
- c) Las respuestas a) y b) son correctas.
- d) Ninguna opción es correcta.

61. En la planificación de una angioplastia carotídea con stent, ¿qué información crítica no puede proporcionar el Doppler-Duplex y, por tanto, requiere necesariamente de una modalidad de imagen adicional como angiografía por Tomografía Computarizada o por Resonancia Magnética?

- a) La presencia y severidad de una estenosis ipsilateral en la bifurcación carotídea.
- b) La morfología de la placa (ej. ecogenicidad, ulceraciones).
- c) La tortuosidad y calcificación del arco aórtico y el origen de los troncos supraaórticos.
- d) La permeabilidad de la arteria carótida externa ipsilateral.

62. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre los filtros de vena cava es CORRECTA?

- a) Todos los filtros disponibles permiten su retirada sin límite temporal.
- b) El diseño cónico con un solo nivel de atrapamiento es el más eficiente para preservar el flujo.
- c) Los filtros permanentes no requieren fijación a la pared de la vena cava.
- d) Los filtros convertibles no se fijan mediante ganchos a la pared de la vena cava.

63. En el contexto del síndrome de hiperperfusión tras una endarterectomía carotídea, ¿cuál es la característica distintiva que la Resonancia Magnética (MRI) de perfusión puede demostrar para diferenciarla de un infarto isquémico típico?

- a) La presencia de edema vasogénico en lugar de citotóxico, con perfusión conservada en el área de alteración en la tomografía computarizada.
- b) La presencia de múltiples microémbolos detectados mediante doppler transcraneal en la arteria cerebral media.
- c) Una oclusión tromboembólica aguda de la arteria carótida interna en el sitio de la endarterectomía.
- d) La visualización directa de una hemorragia intracraneal en la secuencia T2* de la MRI.

64. ¿Cuál de los siguientes factores no se considera un factor de riesgo significativo para desarrollar trombosis venosa profunda?

- a) Colitis ulcerosa.
- b) Enfermedad de Crohn.
- c) Grupo sanguíneo tipo O.
- d) Grupo sanguíneo A.

65. El tratamiento de elección en pacientes con isquemia mesentérica crónica sintomática es:

- a) Nutrición parenteral domiciliaria.
- b) Revascularización quirúrgica o endovascular.
- c) Colectomía parcial profiláctica.
- d) Observación con analgesia.

66. De acuerdo con las guías de la Sociedad de Cirugía Vascular (SVS) para el manejo de la enfermedad carotídea extracraneal, ¿cuál es la recomendación para un paciente asintomático con una estenosis carotídea >80% y una expectativa de vida superior a 5 años?

- a) La terapia médica óptima es el tratamiento de elección, ya que los estudios contemporáneos muestran que ha igualado el beneficio de la intervención.
- b) La angioplastia-carotídea con stent es la intervención preferida sobre la endarterectomía debido al menor riesgo de infarto de miocardio.
- c) La endarterectomía carotídea está indicada si el riesgo perioperatorio combinado de ictus y muerte es <3%.
- d) No se recomienda ninguna intervención, ya que las guías SVS solo apoyan la endarterectomía o stent en pacientes sintomáticos.

67. ¿Cuál de los siguientes fármacos no disminuye el flujo sanguíneo mesentérico?

- a) Fenilefrenina.
- b) Vasopresina.
- c) Papaverina.
- d) Digoxina.

68. En relación con la profilaxis farmacológica de la enfermedad tromboembólica en pacientes quirúrgicos, ¿cuál de las siguientes opciones es FALSA?

- a) La heparina de bajo peso molecular (HBPM) es menos efectiva que la heparina no fraccionada en cirugía ortopédica.
- b) La HBPM tiene menor riesgo de sangrado que la heparina no fraccionada.
- c) La HBPM se elimina principalmente por vía renal.
- d) La HBPM tiene una farmacodinámica más predecible que la heparina no fraccionada.

69. Sobre el cierre de la arteriotomía en la endarterectomía carotídea convencional, de acuerdo a la evidencia actual podemos afirmar:

- a) El cierre primario es la técnica de elección ya que no muestra diferencias en la tasa de restenosis comparado con el parche cuando se utiliza técnica microvascular.
- b) La angioplastia con parche ofrece resultados superiores al cierre primario en la mayoría de los end points a corto y largo plazo, según metaanálisis y bases de datos grandes.
- c) No hay diferencias significativas en los resultados perioperatorios entre el cierre con parche de vena safena y el parche de PTFE, pero el de Dacron es superior a ambos.
- d) La eversión de la endarterectomía elimina por completo la necesidad de utilizar cualquier tipo de parche, pero tiene una tasa de ictus perioperatorio significativamente mayor.

70. En relación con la trombólisis farmacomecánica (PMT, PharmacoMechanical Thrombectomy), señale la opción CORRECTA:

- a) La PMT tiene mayor tasa de sangrado que la trombólisis dirigida por catéter.
- b) La PMT permite reducir el tiempo de tratamiento y la dosis de agente fibrinolítico respecto a la trombólisis dirigida por catéter.
- c) La PMT está contraindicada en trombosis iliofemoral aguda.
- d) La PMT no mejora la permeabilidad venosa en comparación con la anticoagulación sola.

71. Un hallazgo arteriográfico patognomónico de la disección arterial carotídea es:

- a) La apariencia en "cuentas de collar" en la arteria carótida interna extracraneal.
- b) Una estenosis larga y afilada que termina antes de que la arteria carótida interna entre en el hueso temporal.
- c) La visualización de una doble luz.
- d) Imagen "en pata de cangrejo" en el trayecto extracraneal de la carótida interna.

72. ¿Cuál de las siguientes no se considera una teoría etiopatogénica de la displasia fibromuscular?

- a) Factores hormonales.
- b) Isquemia de la pared arterial por alteración de los vasa vasorum.
- c) Factores genéticos con herencia autosómica recesiva.
- d) Tabaquismo.

73. Respecto a la presentación clínica de los aneurismas de arteria carótida extracraneal, es CORRECTO afirmar que:

- a) La hemorragia y la ruptura son manifestaciones frecuentes.
- b) Los síntomas neurológicos focales, cuando están presentes, son más a menudo secundarios a hipoperfusión por efecto de masa que a fenómenos embólicos.
- c) Los aneurismas de la arteria carótida interna (ACI) alta pueden dirigirse hacia la faringe y presentarse como una masa pulsátil en la fosa amigdalina con mínima manifestación cervical externa.
- d) La disfunción de pares craneales es exclusiva de los aneurismas localizados en la ACI distal, cerca de la base del cráneo.

74. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el síndrome de Loeys-Dietz NO es correcta?

- a) Se asocia a mutaciones en los genes que codifican los receptores 1 y 2 de TGF-Beta.
- b) Asocia aneurisma aórtico y paladar hendido e hipertelorismo.
- c) Se postula Losartán como opción de tratamiento médico.
- d) Aunque posible, la disección aórtica es una complicación infrecuente.

75. Según la clasificación de Shamblin para los tumores del cuerpo carotídeo, ¿cuál de las siguientes características definiría correctamente un tumor Tipo III?

- a) Son lesiones pequeñas anidadas en la bifurcación carotídea que generalmente pueden extirparse sin dificultad.
- b) Son tumores más grandes que separan significativamente la bifurcación carotídea, pero no rodean circunferencialmente las arterias carótidas.
- c) Son tumores grandes que encapsulan la arteria carótida interna y/o externa, y a menudo se adhieren o incorporan los nervios craneales adyacentes.
- d) Son tumores que se caracterizan por su ubicación exclusivamente en la arteria carótida común, sin afectar la bifurcación.

76. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la arteritis de Takayasu es CORRECTA?

- a) Es una enfermedad autoinmune que afecta principalmente a hombres mayores de 60 años.
- b) Se caracteriza por inflamación de la aorta y sus ramas principales así como de las arterias pulmonares.
- c) Su incidencia es mayor en Europa occidental que en Asia.
- d) No se ha relacionado con ninguna predisposición genética.

77. Respecto al tratamiento quirúrgico de los tumores del cuerpo carotídeo (TCC), ¿cuál de las siguientes afirmaciones sobre la técnica quirúrgica es CORRECTA?

- a) La disección roma del tumor de la arteria carótida es el método preferido para evitar la perforación de la pared arterial, que está más adelgazada que en la enfermedad carotídea oclusiva.
- b) La embolización preoperatoria está indicada de forma rutinaria para todos los TCC, ya que los estudios prospectivos han validado su beneficio en la reducción de la pérdida de sangre y las complicaciones postoperatorias.
- c) La arteria carótida externa generalmente puede dividirse para facilitar la resección del tumor sin necesidad de bypass o reimplantación, ya que esto suele ser bien tolerado.
- d) La monitorización neurofisiológica intraoperatoria con electroencefalografía se recomienda de forma sistemática para todos los pacientes, independientemente del tamaño del tumor.

78. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la afectación de la pared vascular en la tromboangeitis obliterante (enfermedad de Buerger) es correcta?

- a) La inflamación afecta principalmente a la capa adventicia.
- b) Se observa necrosis fibrinoide y granulomas en la mayoría de los casos.
- c) La arquitectura de la pared vascular y la lámina elástica interna se preservan.
- d) La inflamación es transmural y granulomatosa.

79. Sobre la elección del conducto en el bypass carótida-subclavia, podemos afirmar que:

- a) El uso de vena autóloga como conducto muestra una tasa de permeabilidad a 5 años significativamente superior a la de los injertos protésicos de Dacron o PTFE.
- b) Los conductos protésicos son en general preferibles a la vena autóloga para el bypass carótida-subclavia, dados su mayor diámetro, el flujo elevado y la corta longitud del injerto.
- c) La transposición carótida-subclavia es la técnica de elección en todos los casos, ya que evita el uso de material protésico y tiene una tasa de permeabilidad a 5 años del 100%, según todas las series.
- d) El estudio de Ziomek et al. concluyó que no había diferencias estadísticamente significativas en la permeabilidad a 5 años entre los injertos de PTFE, Dacron y la vena autóloga.

80. En la enfermedad de Behçet, ¿cuál de las siguientes afirmaciones NO es verdadera?

- a) La enfermedad debuta en adultos jóvenes de 20-40 años con genotipo HLA-B51.
- b) Las trombosis venosas tienden a progresar a pesar de la anticoagulación.
- c) Las aneurismas pulmonares pueden causar hemoptisis masiva.
- d) La catarata precoz es una manifestación de la enfermedad debido a la inflamación crónica de la cámara anterior.

81. En el contexto de un bypass aortobifemoral en un paciente con oclusión total de la arteria mesentérica superior y tronco celiaco, y una gran arteria mesentérica inferior, ¿qué tipo de anastomosis proximal del injerto se indica como el más apropiado para asegurar la preservación tanto de la perfusión mesentérica como pélvica?

- a) Anastomosis término-terminal.
- b) Anastomosis en término-lateral proximal.
- c) Estaría contraindicado este tipo de bypass.
- d) Anastomosis proximal suprarrenal.

82. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el tratamiento quirúrgico del síndrome de ligamento arcuato sintomática es CORRECTA?

- a) La angioplastia aislada del tronco celiaco es el tratamiento de elección.
- b) La liberación laparoscópica del ligamento arcuato y la ganglionectomía celiaca son actualmente el tratamiento preferido.
- c) La reconstrucción vascular abierta es obligatoria en todos los casos.
- d) Ninguna de las opciones es correcta.

83. En cuanto a la influencia del material del injerto en la permeabilidad del bypass fémorofemoral, podemos afirmar que:

- a) Los injertos de PTFE (politetrafluoroetileno) tienen una permeabilidad claramente superior a los de poliéster (Dacron) en esta posición.
- b) Los injertos de poliéster con soporte externo son inferiores al PTFE estándar en cuanto a permeabilidad a largo plazo.
- c) No existe evidencia convincente de que el PTFE (incluido el PTFE con soporte externo) sea superior a los injertos de poliéster en cuanto a permeabilidad.
- d) Los injertos de vena autóloga son el conducto de elección habitual debido a su superior permeabilidad en comparación con los materiales protésicos.

84. ¿Cuál es el criterio de éxito técnico tras una angioplastia con stent en la arteria renal?

- a) Reducción de la estenosis a menos del 40% y gradiente de presión translesional menor de 20 mmHg.
- b) Reducción de la estenosis a menos del 30% y gradiente de presión translesional menor de 10 mmHg.
- c) Ausencia de complicaciones clínicas durante el procedimiento.
- d) Todas las anteriores son correctas.

85. Según el consenso TASC II, ¿qué tipo de lesión aortoiliaca se considera inicialmente más adecuada para el tratamiento quirúrgico abierto en lugar del endovascular?

- a) Estenosis unilateral de la arteria iliaca común ≤ 3 cm.
- b) Oclusión unilateral de la arteria iliaca común.
- c) Oclusión aortoiliaca infrarrenal.
- d) Estenosis bilateral de la arteria iliaca externa de 3-10 cm sin afectación de la arteria femoral común.

86. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el síndrome de opérculo torácico (SOT) NO es correcta?

- a) El SOT neurogénico representa menos del 50% de los casos.
- b) El síndrome de Paget-von Schroetter supone la estenosis significativa o trombosis de la vena subclavio-axilar secundaria a compresión repetida mecánica extrínseca .
- c) El síndrome de McCleery representa la obstrucción intermitente de la vena subclavia sin trombosis.
- d) El signo de Adson consiste en la desaparición del pulso radial al girar la cabeza hacia el lado afectado y tomar inspiración profunda.

87. Según los resultados del ensayo BASIL (Bypass versus Angioplasty in Severe Ischaemia of the Leg), ¿qué estrategia de revascularización inicial se asoció con una mejor supervivencia global y una tendencia a una mayor supervivencia libre de amputación en pacientes que vivieron más de 2 años tras la randomización?

- a) Angioplastia transluminal percutánea como primera opción.
- b) Bypass quirúrgico con injerto protésico como primera opción.
- c) Bypass quirúrgico con vena autóloga como primera opción.
- d) Tratamiento médico exclusivo.

88. Respecto a las técnicas de amputación del mediopié y retropié señale la opción verdadera:

- a) La amputación de Syme reseca el calcáneo y se utiliza el colgajo plantar para cubrir el extremo distal de la tibia.
- b) La amputación de Lisfranc se realiza a través de la articulación talocalcaneonavicular y calcaneocuboidea.
- c) La amputación de Chopart se realiza a nivel de la articulación tarsometatarsiana.
- d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

89. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la permeabilidad primaria asistida es correcta?

- a) Se define como la permeabilidad restablecida tras la oclusión postoperatoria del segmento arterial tratado.
- b) Se refiere a requerir una intervención adicional para mantener la permeabilidad en una arteria no ocluida pero con reestenosis significativa.
- c) Se considera cuando hay una disminución del índice tobillo-brazo mayor a 0,15 respecto al valor postprocedimiento inmediato.
- d) Solo es aplicable en casos de terapia endovascular con stent no farmacoactivo.

90. ¿Cuál de las siguientes técnicas ha demostrado mejorar la permeabilidad de los injertos protésicos en posición infragenicular?

- a) Uso de anastomosis término-terminal.
- b) Interposición de un manguito venoso distal (cuff de Miller).
- c) Uso de injertos de Dacron sin modificaciones.
- d) Ligadura de ramas colaterales proximales.

91. Respecto a la técnica quirúrgica del bypass aortobifemoral, señale la opción INCORRECTA:

- a) El túnel retroperitoneal debe pasar anterior a los vasos ilíacos y uréteres.
- b) La anastomosis proximal puede ser término-terminal o término-lateral según la anatomía y perfusión pélvica.
- c) La profundoplastia mejora la permeabilidad del injerto en pacientes con enfermedad femoral profunda.
- d) El uso de injertos de Dacron de baja porosidad es habitual por su buena manipulación y pseudoíntima estable.

92. Respecto a la evaluación diagnóstica de la enfermedad quística de la adventicia, ¿qué hallazgo en la angiografía es altamente específico de esta patología?

- a) La oclusión completa de la arteria poplítea.
- b) La estenosis excéntrica en reposo sin dilatación postestenótica (signo de la "cimitarra").
- c) La desviación medial de la arteria poplítea proximal.
- d) La presencia de dilatación postestenótica en la arteria poplítea distal.

93. Respecto a las complicaciones tardías del bypass aortobifemoral, señale la opción INCORRECTA:

- a) La fístula aortoentérica suele afectar el colon transverso.
- b) La trombosis del injerto completa tardía ocurre hasta en el 30% de los casos a los 10 años.
- c) Los pseudoaneurismas anastomóticos femorales son los más comunes y se requiere reparación si son mayores de 2 cm.
- d) La infección del injerto, generalmente mediada por Staphylococcus, tiene elevada morbi-mortalidad.

94. En el tratamiento del síndrome de atrapamiento de la arteria poplítea, ¿cuál de las siguientes opciones terapéuticas se considera la más adecuada para un paciente con un Tipo I y arteria poplítea normal (sin fibrosis ni trombosis)?

- a) Angioplastia transluminal percutánea de la zona comprimida.
- b) Resección arterial con injerto venoso autólogo.
- c) Miotomía de la cabeza medial del gastrocnemio o bandas anómalas.
- d) Tratamiento anticoagulante a largo plazo.

95. ¿Cuál es el umbral más aceptado para indicar fasciotomía ante isquemia aguda de miembros inferiores en casos clínicos dudosos según los datos de presión arterial media (PAM), presión intracompartimental (PIC) y presión arterial diastólica (PAD)?

- a) PIC - PAM < 40 mmHg.
- b) PIC - PAM > 60 mmHg.
- c) PIC - PAD > 20 mmHg.
- d) PIC - PAD > 30 mmHg.

96. ¿cuál de las siguientes afirmaciones sobre la presentación clínica diferencial entre la enfermedad quística de la adventicia y el síndrome de atrapamiento de la arteria poplítea (SAAP) es CORRECTA?

- a) En ambos casos, los pulsos pedios siempre están ausentes en reposo.
- b) La desaparición de los pulsos pedios con la flexión de la rodilla (signo de Ishikawa) es patognomónico de la enfermedad quística.
- c) La desaparición de los pulsos con la dorsiflexión pasiva o flexión plantar activa del pie sugiere SAAP.
- d) Ambas entidades cursan frecuentemente con isquemia crítica en el momento del diagnóstico.

97. ¿Cuál de los siguientes signos clínicos es más característico de los paragangliomas carotídeos?

- a) Masa cervical fija en todas las direcciones.
- b) Masa cervical móvil lateralmente pero fija longitudinalmente.
- c) Masa dolorosa con fiebre y leucocitosis.
- d) Masa pulsátil con movilidad en sentido craneocaudal.

98. Sobre la artropatía de Charcot en pacientes diabéticos, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera?

- a) Es una condición simétrica que afecta ambos pies simultáneamente en la mayoría de los casos.
- b) La presencia de neuropatía sensitiva es un requisito esencial para su desarrollo.
- c) La cirugía reconstructiva está contraindicada debido al alto riesgo de no unión ósea.
- d) La gammagrafía ósea es la modalidad de imagen más específica para diferenciarla de la osteomielitis.

99. ¿Qué hallazgo en la ecografía doppler transcraneal se asocia con mayor riesgo de ictus en pacientes con estenosis carotídea asintomática?

- a) Ausencia de señal de alta intensidad transitoria (HITS).
- b) Presencia de HITS en la arteria cerebral media.
- c) Velocidad pico sistólica baja.
- d) Índice de resistencia elevado.

100. Sobre el tratamiento médico del fenómeno de Raynaud:

- a) Los vasodilatadores de acción prolongada son igualmente eficaces para mejorar los síntomas tanto en la enfermedad de Raynaud primaria como en la secundaria (oclusiva).
- b) El tratamiento principal para los pacientes con Raynaud primario confirmado es la evitación del frío, añadiéndose terapia médica solo en casos más graves.
- c) La nifedipina y el losartán han demostrado beneficio en ensayos controlados, logrando una mejoría sintomática en casi el 100% de los pacientes que los toleran.
- d) La toxina botulínica A y el cilostazol se consideran tratamientos de primera línea para todos los pacientes con fenómeno de Raynaud recién diagnosticado.

101. ¿Cuál es la tasa de mortalidad por todas las causas después de un primer ictus isquémico a los 5 años según el estudio ARIC (Atherosclerosis Risk in Communities) ?

- a) 14%
- b) 27%
- c) 39.8%
- d) 58.4%

102. ¿Cuál es el objetivo terapéutico recomendado para el colesterol LDL en pacientes con enfermedad cerebrovascular aterosclerótica?

- a) <160 mg/dL.
- b) <130 mg/dL.
- c) <100 mg/dL.
- d) <70 mg/dL.

103. Respecto a la exposición quirúrgica de las arterias de la extremidad superior, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA según las siguientes descripciones anatómicas?

- a) Para exponer la arteria axilar, la incisión transversal se realiza 2 cm por debajo del tercio medio de la clavícula y el músculo pectoral mayor se divide en la decusación entre sus porciones esternal y clavicular.
- b) La arteria braquial proximal se expone mediante una incisión medial sobre el surco bicipital, donde el nervio mediano es la estructura más superficial encontrada en la vaina braquial.
- c) En la exposición de la arteria radial en la muñeca, el nervio cubital discurre cerca del aspecto lateral de la arteria y su lesión puede resultar en parestesias.
- d) La arteria ulnar en el antebrazo medio se encuentra bajo la fascia profunda entre los vientres del flexor superficial de los dedos (lateralmente) y el flexor cubital del carpo (medialmente), con el nervio ulnar uniéndose a ella en sus dos tercios distales.

104. La causa más frecuente de un síndrome de malperfusión en la fase aguda de una disección aórtica es:

- a) Bajo flujo por luz falsa.
- b) Oclusión del ostium de un vaso que sale de la luz verdadera por presión de la falsa luz.
- c) Progresión de la disección dentro de la luz arterial.
- d) Obstrucción dinámica con bajo flujo en luz verdadera.



105. ¿Cuál es la etiología más frecuente de los aneurismas de la arteria mesentérica superior?

- a) Aterosclerosis.
- b) Vasculitis.
- c) Infección.
- d) Traumatismo abdominal.



106. Una disección que engloba la aorta ascendente y la aorta descendente torácica pero no abdominal se clasifica como:

- a) Tipo I de Stanford.
- b) Tipo IIIb de DeBakey.
- c) Tipo A de Stanford.
- d) Tipo II de DeBakey.

107. En relación con la epidemiología y etiología de las amputaciones de extremidad superior, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

- a) La enfermedad aterosclerótica es la causa principal de amputación de extremidad superior, representando más del 50% de los casos.
- b) La mayoría de las amputaciones de extremidad superior (93%) son amputaciones mayores a nivel del antebrazo o brazo.
- c) La principal causa de amputación de extremidad superior es el trauma, representando entre el 80% y 90% de los casos.
- d) Los tumores son la segunda causa más frecuente de amputación de extremidad superior, por delante de la enfermedad vascular.

108. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la fisiopatología del aneurisma aórtico roto es CORRECTA?

- a) La ley de Laplace explica completamente el riesgo de rotura del aneurisma.
- b) La presencia de trombo mural reduce la presión sobre la pared aneurismática.
- c) La rotura ocurre con mayor frecuencia en zonas de "puntos calientes" localizados de actividad de las metaloproteinasas de la matriz.
- d) Todos los aneurismas rotos superan el umbral de diámetro para reparación electiva.

109. Según hallazgos histopatológicos, ¿cuál de las siguientes alteraciones se observa consistentemente en los músculos escalenos de pacientes con síndrome de estrecho torácico neurogénico?

- a) Predominio de fibras musculares de tipo II y disminución del tejido conectivo perimiosial.
- b) Predominio de fibras musculares de tipo I y aumento de la fibrosis endomiosial.
- c) Ausencia de anomalías mitocondriales y distribución normal de fibras tipo I y tipo II.
- d) Infiltración linfocítica y necrosis fibrinoide compatibles con vasculitis.

110. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la clasificación anatómica de los aneurismas toracoabdominales según Crawford es incorrecta?

- a) El tipo II afecta la aorta torácica descendente distal a la arteria subclavia izquierda y aorta abdominal.
- b) El tipo III afecta aorta tórácica descendente desde el 6^a espacio intercostal hasta aorta abdominal suprarenal.
- c) El tipo IV afecta la aorta abdominal incluido nivel paravisceral.
- d) El tipo I afecta aorta torácica distal a arteria subclavia izquierda y aorta abdominal suprarenal.

111. Respecto a la epidemiología y etiología del síndrome de Paget-Schroetter, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

- a) La trombosis venosa profunda (TVP) primaria de la extremidad superior es más frecuente que la TVP de miembros inferiores, con una incidencia anual del 10% en la población general.
- b) El síndrome de estrecho torácico venoso está causado predominantemente por la compresión extrínseca crónica de la vena subclavia en el espacio costoclavicular, asociada a movimientos repetitivos del brazo.
- c) La presencia de una anomalía ósea identificable es un requisito indispensable para el diagnóstico de síndrome de estrecho torácico venoso.
- d) La incidencia de TVP primaria de extremidad superior es de 20 por 100.000 personas al año y representa el 20% de todos los casos de TVP.

112. Respecto al tratamiento médico del aneurisma de aorta toracoabdominal, ¿cuál de las siguientes afirmaciones NO es correcta?

- a) Los betabloqueantes no han demostrado reducir el crecimiento de aneurismas de aorta toracoabdominales degenerativos, aunque se usan de modo rutinario debido a su efecto de reducción en la contractilidad cardíaca.
- b) Los antagonistas del receptor de angiotensina II (Losartán) mantienen la integridad estructural aórtica modulando la vía del TGF- β .
- c) Los inhibidores de la HMG-CoA reductasa (estatinas) tienen efecto inhibitorio sobre el crecimiento aneurismático.
- d) La administración de corticosteroides sistémicos a largo plazo es un tratamiento estándar para reducir la inflamación de la pared aórtica en aneurismas toracoabdominales degenerativos.

113. En relación con la técnica quirúrgica para la descompresión del síndrome de estrecho torácico venoso, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

- a) El abordaje transaxilar es el preferido cuando se anticipa necesidad de reconstrucción venosa compleja.
- b) El abordaje paraclavicular permite la resección de la primera costilla, escalenectomía y venografía intraoperatoria en un mismo campo.
- c) El abordaje infraclavicular aislado no permite la resección completa de la primera costilla.
- d) La venografía intraoperatoria no tiene utilidad si la trombólisis preoperatoria fue exitosa.

114. En el contexto de los aneurismas múltiples, ¿qué hallazgo histórico de Crawford, en 1982, sobre la relación entre aneurismas aórticos torácicos y abdominales infrarrenales subraya la naturaleza multifocal de la enfermedad?

- a) El 30.9% de los aneurismas múltiples se localizan en la aorta infrarrenal y el 26.7% en la aorta torácica descendente.
- b) Más del 50% de los pacientes con aneurismas torácicos también tenían aneurismas abdominales, y el 12% de los pacientes con aneurismas abdominales tenían aneurismas torácicos.
- c) La presencia de un aneurisma aórtico infrarrenal implica un riesgo del 20% al 30% de tener un aneurisma en un hermano varón.
- d) La aneurismosis se asocia con arteriomegalia, lo que representa una dilatación difusa y continua de múltiples segmentos arteriales a más del 50% de lo normal.

115. Según los principales ensayos clínicos aleatorizados disponibles UKSAT (United Kingdom Small Aneurysm Trial), ADAM (Aneurysm Detection and Management Study), CAESAR (Comparison of Surveillance vs. Aortic Endografting for Small Aneurysm Repair) y PIVOTAL (Positive Impact of Endovascular Options for Treating Aneurysms Early), ¿cuál es la conclusión principal respecto a la estrategia de reparación temprana frente a vigilancia para los aneurismas de aorta abdominal (AAA) pequeños (4.0 - 5.5 cm)?

- a) La reparación temprana sistemática (quirúrgica o endovascular) de los AAA pequeños mejora significativamente la supervivencia a largo plazo en comparación con la vigilancia.
- b) No existe beneficio en la supervivencia con la reparación temprana en comparación con la vigilancia, a pesar de que una proporción significativa de pacientes en el grupo de vigilancia eventualmente requerirá reparación.
- c) La reparación endovascular temprana (EVAR) de AAA pequeños sí demostró un beneficio de supervivencia, a diferencia de la cirugía abierta temprana que no lo hizo.
- d) La vigilancia solo es una estrategia segura para los AAA menores de 4.5 cm, por encima de este diámetro la reparación temprana es recomendable.

116. ¿Cuál de los siguientes parámetros es más útil para diferenciar entre fibrinólisis primaria y coagulación intravascular diseminada (CID)?

- a) Tiempo de protrombina.
- b) Recuento plaquetario.
- c) Tiempo de lisis de euglobulina.
- d) Actividad del factor VIII.

117. ¿Cuál es el mecanismo de acción del ácido tranexámico en el tratamiento de la hemorragia?

- a) Estimula la producción de plaquetas.
- b) Inhibe la activación del plasminógeno.
- c) Aumenta la liberación de factor VIII.
- d) Bloquea la vía extrínseca de la coagulación.

118. En el diagnóstico por tomografía computarizada con contraste (CT) de seguimiento, ¿Cuál es la estrategia de detección y el hallazgo de orientación más preciso para los endoleaks (endofugas) tipo II?

- a) Detección en imágenes de la fase temprana (arterial), con el origen más probable desde la arteria mesentérica inferior si la orientación es ventral.
- b) Detección en imágenes de la fase tardía, siendo más probable la etiología por las arterias iliolumbares en caso de orientación dorsal.
- c) Detección exclusiva en imágenes de la fase tardía, y su presencia se asocia a un riesgo de ruptura inminente, lo que requiere un tratamiento urgente.
- d) Detección en imágenes de la fase temprana (arterial) y tardía, siendo el endoleak tipo II un hallazgo periprotésico en la zona de anclaje distal.

119. ¿Cuál es la razón por la que la warfarina puede causar necrosis cutánea en los primeros 2-5 días de tratamiento?

- a) Disminución precoz de proteína C ó S.
- b) Inhibición de la síntesis de factor VII.
- c) Supresión de la vía fibrinolítica.
- d) Activación de la vía del complemento.



120. ¿Cuál de los siguientes agentes trombolíticos tiene mayor especificidad por la fibrina?

- a) Estreptoquinasa.
- b) Alteplasa.
- d) Reteplasa.
- d) Uroquinasa.



121. Durante la exposición de la aorta toracoabdominal, ¿qué estructura debe dividirse para permitir mayor movilidad del segmento visceral de la aorta?

- a) Ligamento hepatoduodenal.
- b) Ligamento de Treitz.
- c) Ligamento arcuato medio.
- d) Ligamento falciforme.

122. ¿Cuál de las siguientes maniobras permite exponer la aorta supraceliaca mediante la movilización del estómago, páncreas y bazo hacia la derecha?

- a) Maniobra de Mattox.
- b) Maniobra de Kocher.
- c) Maniobra de Cattell–Braasch.
- d) Ninguna de las anteriores.

123. Durante la exposición quirúrgica de la arteria mesentérica superior, ¿cuál de las siguientes estructuras debe identificarse y protegerse para evitar complicaciones neurológicas?

- a) Nervio esplácnico mayor.
- b) Nervio genitofemoral.
- c) Nervio vago posterior.
- d) Plexo celíaco.

124. Respecto a la clasificación anatómica de Crawford para aneurismas toracoabdominales, ¿qué tipo se asocia con mayor riesgo postquirúrgico de parálisis?

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



125. ¿Cuál NO es una ventaja del uso de la técnica de anastomosis tipo 'Saint Mary's boot' en bypass distal con injerto protésico?

- a) Requiere menor cantidad de tejido venoso respecto al manguito de Miller.
- b) Evita el contacto directo entre arteria e injerto protésico.
- c) Crea un collar venoso con ángulo prótesis-arteria más hemodinámico que el cuff de Miller.
- d) Resulta útil cuando el capital venoso del paciente es limitado.

126. ¿Cuál de las siguientes combinaciones describe correctamente la estrategia de despliegue y el requisito de zona de sellado proximal (landing zone) de la endoprótesis Gore Conformable TAG?

- a) El despliegue ocurre desde el punto de oclusión proximal hacia la porción distal; requiere un cuello proximal mínimo de 3 cm.
- b) El despliegue ocurre desde el medio del injerto hacia cada extremo (bidistal); requiere un cuello proximal mínimo de 2 cm.
- c) El despliegue ocurre desde el medio del injerto hacia cada extremo (bidistal); requiere un oversizing máximo del 10% respecto a la aorta nativa.
- d) El despliegue ocurre desde el punto de oclusión distal hacia la porción proximal; requiere una zona de sellado de 15 mm.

127. En cuanto a la manipulación y almacenamiento de injertos biológicos, es cierto que:

- a) Los injertos criopreservados deben mantenerse a temperatura ambiente.
- b) Los injertos de pericardio requieren siempre refrigeración continua.
- c) Los injertos biológicos no requieren nunca preparación previa a su uso.
- d) El tratamiento con glutaraldehído mejora la durabilidad del injerto.

128. La tecnología inicial de endoinjertos fenestrados para aneurismas que involucran el segmento visceral de la aorta demostró una limitación crítica. ¿Cuál fue el principal hallazgo que impulsó el desarrollo del concepto de injerto ramificado de brazo lateral (side-arm branched graft)?

- a) Se observó que la colocación de fenestraciones comprometía la integridad de la zona de sellado proximal.
- b) La durabilidad de la reparación era insuficiente si se utilizaban stents autoexpandibles sin cubrir en las fenestraciones.
- c) Las fenestraciones por sí solas no eran adecuadas para aneurismas extensos, ya que el diámetro luminal del segmento visceral aórtico era mucho mayor que el del endoinjerto principal.
- d) El movimiento intercomponente del cuerpo principal dentro de sacos aneurismáticos grandes provocó la migración de la rama visceral.

129. El dispositivo fenestrado personalizado Cook Zenith es el que cuenta con más uso clínico hasta la fecha. ¿Cuál es una característica de construcción específica de este endoinjerto y cómo se logra la manipulación intraaórtica para la orientación?

- a) Está construido completamente con stents autoexpandibles de nitinol, y la orientación se logra mediante un sistema de guía con punta precurvada.
- b) Las fenestraciones tienen anillos de nitinol y marcadores de oro para la orientación fluoroscópica; la manipulación se permite mediante la entrega por etapas y el uso de cuerdas de reducción de diámetro (diameter-reducing ties).
- c) El cuerpo principal es bifurcado para mejorar la personalización y se despliega con un stent superior cubierto con ganchos para la fijación.
- d) El stent superior de la zona de sellado es cubierto y con púas; el endoinjerto se carga en una vaina hidrofóbica no flexible.

130. En el contexto del tratamiento de los pseudoaneurismas iatrogénicos de la arteria femoral común, ¿cuál de las siguientes es contraindicación absoluta para la inyección de trombina guiada por ecografía?

- a) Aneurisma mayor de 3 cm.
- b) Infección.
- c) Un cuello de flujo corto y ancho.
- d) La necesidad de más de 1000 unidades de trombina.

131. Respecto a la etiología y el manejo de los pseudoaneurismas espláncnicos, ¿cuál es la combinación correcta que indica la causa de la formación de pseudoaneurismas de la arteria esplénica y la estrategia de tratamiento que deben seguir, independientemente de su tamaño, debido a su tasa de crecimiento?

- a) Causados por arteritis e infecciones; deben tratarse con vigilancia y observación seriada debido al bajo riesgo de rotura (<2%).
- b) Causados por multiparidad e hipertensión portal; deben tratarse con intervención temprana debido a sus tasas de crecimiento relativamente rápidas.
- c) Causados por condiciones infecciosas, inflamatorias, iatrogénicas o trauma; deben centrarse en la intervención temprana, independientemente del tamaño, debido a las tasas de crecimiento relativamente rápidas poco después de la agresión inicial.
- d) Causados por aterosclerosis o degeneración medial; deben tratarse con embolización con coils y terapia antiplaquetaria doble durante 6 meses.

132. Respecto al riesgo de rotura arterial en aneurismas infecciosos y mortalidad en función del tipo de bacteria, ¿cuál es el mecanismo postulado que explica la mayor virulencia de los organismos Gram-negativos?

- a) La liberación de toxinas que causan trombosis mural.
- b) La adhesión de la lipoproteína A a la íntima.
- c) La liberación de proteinasa alcalina junto con elastasa que causa necrosis de la pared vascular.
- d) La invasión celular directa.

133. Respecto a los aneurismas infectados, ¿cuál de los siguientes tipos tiene como ubicación anatómica más común la arteria femoral y está más comúnmente asociado con una etiología de adicción a narcóticos?

- a) Infección de aneurismas preexistentes.
- b) Aneurismas infectados de fuente cardíaca.
- c) Arteritis microbiana.
- d) Pseudoaneurismas infectados postraumáticos.

134. ¿Cuál es la manifestación clínica y bioquímica específica que puede precipitarse al administrar inhibidores de la ECA (enzima de conversión de angiotensina) a pacientes con estenosis bilateral de la arteria renal, y cuál es el mecanismo fisiológico subyacente?

- a) Crisis hipertensiva refractaria debido a la estimulación de vasopresina desde la pituitaria.
- b) Isquemia renal caliente; debido a la incapacidad del riñón para tolerar el pinzamiento arterial.
- c) Descompensación aguda en la filtración y aumento de la concentración de creatinina; debido a la expansión del volumen intravascular.
- d) Descompensación aguda en la filtración y aumento de la concentración de creatinina; debido a la pérdida del tono arteriolar glomerular.

135. ¿Cuál de las siguientes respuestas describe con más precisión la naturaleza patológica de la Displasia Fibromuscular?

- a) Angiopatía aterosclerótica.
- b) Angiopatía no-aterosclerótica, no-inflamatoria de causa desconocida.
- c) Angiopatía inflamatoria.
- d). Angiopatía autoinmune.

136. ¿Cuál es la principal indicación de tratamiento quirúrgico o endovascular de un aneurisma de la arteria renal en una mujer joven?

- a) Tamaño mayor de 1,5 cm.
- b) Presencia de calcificación mural extensa.
- c) Hipertensión controlada con tres fármacos.
- d) Embarazo o edad fértil.

137. ¿Por qué autor/es y en qué año se estableció que la trombosis venosa mesentérica era una entidad patológica distinta de la oclusión arterial mesentérica, marcando un hito en su clasificación diagnóstica?

- a) Elliot en 1895.
- b) Dunphy en 1936.
- c) Warren y Eberhard en 1935.
- d) Boley y Clark en 1971.

138. ¿Cuál es la definición precisa de trombosis venosa mesentérica con respecto a su localización obligatoria y su potencial extensión?

- a) Trombosis en las venas esplénica y mesentérica inferior, con extensión potencial al sistema porta.
- b) Trombosis dentro de la vena porta, con o sin extensión a la vena mesentérica superior.
- c) Trombosis dentro de la vena mesentérica superior, con o sin extensión a la vena porta o esplénica.
- d) Trombosis en cualquiera de las venas esplácnicas, incluyendo el sistema porta, mesentérica inferior y superior.

139. Según la evolución histórica del manejo de las lesiones vasculares traumáticas en conflictos bélicos, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

- a) Durante la Guerra de Corea, la ligadura arterial siguió siendo el tratamiento predominante, con intentos de reparación en menos del 10% de los casos.
- b) En la Guerra de Vietnam, se intentó la reparación vascular en la mayoría de las lesiones, con un uso predominante de injertos de vena.
- c) En la Segunda Guerra Mundial, más del 50% de las lesiones arteriales fueron ya reparadas mediante anastomosis primaria o injertos.
- d) Durante la Primera Guerra Mundial, la reparación vascular fue el estándar gracias a los avances en técnicas de sutura vascular.

140. Según las guías de práctica clínica de la Society for Vascular Surgery (SVS) para el manejo de la lesión aórtica torácica traumática, ¿cuál de las siguientes afirmaciones sobre la reparación endovascular (TEVAR) es CORRECTA?

- a) Está recomendada para todos los pacientes, independientemente de su edad y de la idoneidad anatómica.
- b) Se sugiere el drenaje sistemático de líquido cefalorraquídeo como medida de protección medular.
- c) La revascularización de la arteria subclavia izquierda debe ser selectiva, basada en la anatomía vertebral y el estado del paciente.
- d) La heparina debe administrarse en dosis estándar completas, idénticas a las de los procedimientos TEVAR electivos.

141. En el contexto de la reparación abierta de una lesión aórtica torácica en el istmo, ¿cuál de las siguientes técnicas de protección medular se asocia con la mayor reducción en la tasa de paraplejía según el metaanálisis de von Oppell et al. (1994)?

- a) La técnica de "clamp-and-sew" (pinzar y coser en el menor tiempo posible).
- b) El uso de derivaciones de perfusión pasiva.
- c) La perfusión aórtica distal activa.
- d) La hipotermia sistémica profunda con paro circulatorio.

142. Sobre el dispositivo de trombectomía mecánica AngioJet, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

- a) Es un dispositivo rotacional que fragmenta el trombo y lo aspira, evitando así la hemólisis.
- b) Utiliza el "modo de pulverización en potencia" (Power Pulse Spray) para inyectar fibrinolítico en el trombo, dejarlo en reposo y luego aspirarlo.
- c) Su uso está contraindicado en pacientes con isquemia crítica (clase IIb de Rutherford) debido al riesgo de embolización distal.
- d) Es un dispositivo de trombectomía mecánica percutánea aprobado por la FDA para uso en la circulación arterial periférica, pero no en la circulación venosa profunda.

143. Respecto a la fisiopatología del síndrome compartimental, ¿cuál de las siguientes afirmaciones sobre la aplicación de la ley de Poiseuille es CORRECTA?

- a) El aumento de la presión intracompartimental (PIC) incrementa el gradiente de presión arteriovenosa (ΔP), mejorando el flujo sanguíneo capilar.
- b) El aumento de la PIC colapsa las vénulas poscapilares, disminuyendo la presión venosa y aumentando el radio capilar efectivo.
- c) El aumento de la PIC transmite presión a las vénulas poscapilares, incrementando la presión venosa y disminuyendo el gradiente de presión arteriovenosa (ΔP).
- d) La ley de Poiseuille predice que el flujo capilar (F) es inversamente proporcional a la cuarta potencia del radio (r) del capilar.

144. ¿Cuál de los siguientes hallazgos patológicos es característico de la enfermedad ateroembólica renal en una biopsia con tinción de hematoxilina-eosina?

- a) Acúmulos de cristales de colesterol birrefringentes en las arteriolas.
- b) Células gigantes multinucleadas rodeando material amorfo.
- c) Hendiduras en forma de aguja en arteriolas de 150-200 μm .
- d) Depósitos inmunes granulares en la pared vascular.

145. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el uso de agentes esclerosantes en malformaciones vasculares es FALSA?

- a) El Sirolimus es eficaz para el tratamiento de la linfangioleiomiomatosis.
- b) El etanol absoluto puede causar daño neurológico si se usa cerca de estructuras nerviosas.
- c) El polidocanol está contraindicado en malformaciones linfáticas.
- d) La doxiciclina es un agente esclerosante efectivo para malformaciones linfáticas macrocísticas.

146. En relación a las clasificaciones clínicas respecto a la infección de injertos protésicos, señale la respuesta INCORRECTA:

- a) Una erosión protésico-enterica, de acuerdo a la clasificación de Blunt modificada, se clasifica como P3.
- b) En la clasificación de Blunt modificada, la infección de un injerto aorto-biilíaco corresponde a P0.
- c) Según la clasificación de Szilagyi, una infección postoperatoria de herida quirúrgica con afectación del tejido subcutáneo pero sin alcanzar la prótesis vascular, corresponde al Grado II.
- d) De acuerdo a la clasificación de Szilagyi, una infección de una prótesis fémoro-poplíteica corresponde al Grado III.

147. Respecto al tratamiento endovascular mediante endoprótesis de la fístula aortoentérica (FAE), ¿cuál de las siguientes afirmaciones refleja con mayor exactitud las recomendaciones actuales?

- a) Constituye el tratamiento de elección para pacientes de alto riesgo quirúrgico, ya que resuelve la fístula, desbrida el tejido infectado y elimina el material protésico infectado de forma mínimamente invasiva.
- b) Debe considerarse principalmente como una medida temporal para controlar la hemorragia y estabilizar al paciente, puenteando hacia una reparación abierta definitiva, debido a las altas tasas de complicaciones sépticas tardías.
- c) Está formalmente contraindicado en todos los casos de FAE, ya que viola los principios básicos del tratamiento quirúrgico y no ofrece ningún beneficio sobre el manejo conservador.
- d) Su principal ventaja es el excelente resultado a largo plazo, con bajas tasas de reinfección y resangrado, por lo que se recomienda su uso como primera línea de tratamiento.

148. En pacientes con agenesia de la vena cava inferior (VCI) y trombosis venosa profunda bilateral extensa, señale la opción INCORRECTA:

- a) El tratamiento anticoagulante prolongado está indicado.
- b) La trombólisis dirigida por catéter puede considerarse en casos graves.
- c) La colocación de un filtro de VCI está indicada de forma rutinaria.
- d) La presencia de colaterales protege frente a embolismo pulmonar.

149. En el contexto de una endarterectomía abierta, ¿cuál es la técnica descrita para manejar una placa que se extiende distalmente sin un punto final claro que permita su retirada completa ("feathering")?

- a) Continuar la disección en un plano más profundo hasta que la placa se desprenda espontáneamente de la adventicia.
- b) Realizar una incisión longitudinal adicional en la arteria distal para extender la endarterectomía bajo visión directa.
- c) Transectar la placa en el segmento menos enfermo y asegurar el borde distal con puntos de fijación para evitar que se disেকে.
- d) Utilizar un catéter de balón para comprimir la placa contra la pared arterial y crear un nuevo lumen.

150. ¿Qué tecnología complementaria a la ecografía intravascular (IVUS) permite caracterizar histológicamente las placas mediante codificación por colores según su composición?

- a) Doppler color.
- b) Virtual Histology (VH-IVUS).
- c) Tomografía óptica (OCT).
- d) Resonancia magnética intravascular (IV-MRI).

151. ¿Qué tecnología emergente permite la visualización tridimensional en tiempo real de la forma completa de dispositivos endovasculares sin necesidad de fluoroscopia?

- a) Seguimiento electromagnético (EM).
- b) Realidad aumentada.
- c) Tecnología de forma real con fibra óptica (FORS).
- d) Tomografía por emisión de positrones (PET).

152. Según el modelo propuesto por Shanafelt et al., ¿cuál de las siguientes estrategias no forma parte de las nueve recomendaciones organizativas para reducir el Síndrome de Burnout dentro del equipo médico de Cirugía vascular?

- a) Promover la flexibilidad y la integración trabajo-vida.
- b) Aumentar la productividad mediante incentivos económicos.
- c) Proporcionar recursos para fomentar la resiliencia y el autocuidado.
- d) Cultivar la comunidad en el entorno laboral.

PREGUNTAS DE RESERVA

I. ¿Cuál de los siguientes factores genéticos se ha asociado específicamente con un mayor riesgo de desarrollo de úlceras venosas?

- a) Mutación del gen FOXC2 relacionada con el síndrome de linfedema-distiquiasis.
- b) Mutación del gen Notch3 asociada con CADASIL.
- c) Genotipo FPN1-8GG relacionado con el metabolismo del hierro.
- d) Mutación del gen fibrilina-I asociada con el síndrome de Marfan.

2. ¿Cuál es la mutación genética específica asociada con la enfermedad de Milroy, una forma hereditaria de linfedema congénito, y cómo afecta esto al desarrollo linfático?

- a) Mutaciones truncantes en FOXC2, que afectan la transcripción forkhead y llevan a linfangiogénesis defectuosa.
- b) Mutaciones inactivantes en el dominio tirosina quinasa de VEGFR-3, que reflejan un defecto heredado en la vasculogénesis linfática.
- c) Mutaciones en SOX18, que causan herencia recesiva o dominante y se asocian con hipotricosis y telangiectasias.
- d) Mutaciones en el cromosoma 15q, que se vinculan a síndrome de linfedema-colestasis (Aagaard).

3. En el contexto del síndrome de atrapamiento de la arteria poplítea, ¿cuál de las siguientes afirmaciones sobre la clasificación es CORRECTA?

- a) El Tipo I se caracteriza por la persistencia de la arteria axial embrionaria en posición profunda al músculo poplíteo.
- b) El Tipo II implica la presencia de una banda fibrosa o un fascículo muscular accesorio que comprime la arteria.
- c) El Tipo IV se define por la desviación medial de la arteria poplítea debido a una migración anormal de la cabeza medial del gastrocnemio.
- d) El Tipo V incluye la compresión tanto de la arteria como de la vena poplítea por cualquiera de los mecanismos de los Tipos I-IV.

4. Una disección aórtica no A-no B:

- a) Se limita al arco aórtico, aunque su origen puede estar en descendente y progresar retrogradamente hasta arco.
- b) Es la que se origina en aorta torácica pero progresa retrogradamente hasta raíz aórtica.
- c) Es la que tiene origen iatrogénico.
- d) No existe.

5. En relación con la clasificación y características diferenciales del fenómeno de Raynaud (FR), ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

- a) El FR primario se caracteriza por la presencia de alteraciones estructurales en la microvasculatura digital identificables mediante capilaroscopia.
- b) La presencia de ulceraciones digitales es un criterio diagnóstico que permite confirmar la naturaleza primaria (idiopática) del FR.
- c) El FR secundario a esclerosis sistémica se asocia típicamente a anomalías estructurales vasculares, incluyendo hiperplasia intimal de las arterias digitales.
- d) La afectación predominante de la arteria radial sobre la cubital es un hallazgo angiográfico característico en pacientes con FR secundario a esclerosis sistémica.

6. Según el artículo 8 del Decreto 16/2004, de 26 de febrero, la resolución de la solicitud de segunda opinión corresponde a:

- a) Facultativo/a que esté atendiendo a la persona solicitante.
- b) Director/a Médico.
- c) Director/a General de Planificación Económica.
- d) Director/a Gerente del Servicio Extremeño de Salud.

7. La aplicación de la Ley de Laplace a la patofisiología de la ruptura del aneurisma es limitada por la compleja geometría del aneurisma de aorta abdominal. En contraste, el análisis por elementos finitos ha aportado información clave. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre los hallazgos iniciales del análisis por elementos finitos y la resistencia de la pared aórtica es CORRECTA?

- a) La pared aórtica no aneurismática demostró una resistencia a la rotura in vitro de 65 N/cm², lo que es inferior a la resistencia de la pared aneurismática.
- b) El análisis por elementos finitos inicial mostró que las zonas de mayor tensión máxima de la pared (peak wall stress) se localizaban predominantemente en la pared posterior de la aorta, correlacionándose con los sitios clínicos de ruptura.
- c) Las pruebas in vitro han demostrado que la pared aórtica aneurismática es aproximadamente 1.86 veces más resistente a la rotura que la pared no aneurismática.
- d) Los modelos de análisis por elementos finitos más recientes se basan en el supuesto de uniformidad de la rigidez material (material isotropy) y espesor uniforme de la pared.

8. En el contexto de la patogénesis de los aneurismas aórticos toracoabdominales (AATA), los estudios sobre las metaloproteinasas de la matriz (MMP) en la pared del aneurisma humano documentaron una producción diferencial. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe con precisión la localización y asociación de la expresión de MMP2 en comparación con MMP9?

- a) La MMP9 se documentó aumentada en la pared del AATA preservada, correlacionada con la abundancia de macrófagos.
- b) La MMP2 se documentó aumentada en la pared del AATA preservada, particularmente donde las células de músculo liso eran más abundantes.
- c) Ambas, MMP2 y MMP9, se produjeron asimétricamente y se correlacionaron con el aumento del número de macrófagos en la pared del aneurisma en expansión.
- d) La MMP9 se documentó aumentada en la pared del AATA preservada, mientras que la MMP2 se produjo asimétricamente en la pared en expansión.

9. La clasificación de Kieffer et al. de los aneurismas del tronco braquiocefálico ó arteria innominada se basa en el grado de afectación aórtica. ¿Cuál es la característica distintiva del aneurisma de Grupo C y qué técnica de reparación quirúrgica se requiere típicamente debido a esta extensión anatómica?

- a) Se limita a la arteria innominada distal a su origen; requiere una anastomosis proximal del injerto a la aorta ascendente nativa proximal al origen de la innominada.
- b) Es el tipo más común e involucra la arteria innominada y su origen, pero no la aorta; se repara típicamente con angioplastia con parche de la aorta.
- c) Involucra tanto la arteria innominada como la aorta ascendente; requiere el reemplazo de la aorta ascendente y el arco aórtico transversal con bypass cardiopulmonar e hipotermia con paro circulatorio.
- d) Involucra el tronco supraaórtico con la Arteria Subclavia Aberrante Derecha (ARSA); se repara típicamente con una sutura lateral de la aorta.

10. ¿Qué estructura deriva del segmento distal del sexto arco aórtico izquierdo durante el desarrollo embriológico normal del arco aórtico?

- a) Arteria subclavia derecha.
- b) Conducto arterioso.
- c) Sistema carotídeo.
- d) Arterias pulmonares.

11. ¿Cuál es el mecanismo principal por el que la acidosis afecta la coagulación?

- a) Aumenta la actividad de la trombina.
- b) Disminuye la actividad de las proteasas plasmáticas.
- c) Incrementa la liberación de factor tisular.
- d) Estimula la agregación plaquetaria.

12. En el artículo 20 de la Constitución Española no se reconoce y protege uno de los siguientes derechos, indique cuál:

- a) El secreto de las comunicaciones y, en especial, de las postales, telegráficas y telefónicas, salvo resolución judicial.
- b) A expresar y difundir libremente los pensamientos, ideas y opiniones mediante la palabra, el escrito o cualquier otro medio de reproducción.
- c) A la libertad de cátedra.
- d) A comunicar o recibir libremente información veraz por cualquier medio de difusión.