



PROCESO SELECTIVO PARA LA ESTABILIZACIÓN DE EMPLEO TEMPORAL DE LARGA DURACIÓN, PARA EL ACCESO A LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO EN PLAZAS DE LA CATEGORÍA DE TITULADO/A ESPECIALISTA EN CIENCIAS DE LA SALUD, Y DE TITULADO/A SANITARIO/A, EN LA RED HOSPITALARIA DE LA DEFENSA.

## **ESPECIALIDAD: ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR**

---

### **IMPORTANTE**

#### **ANTES DE COMENZAR EL EXAMEN, LEA ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES**

1. Compruebe que este Cuaderno de Examen lleva todas sus páginas y no tiene defectos de impresión. Si detecta alguna anomalía, pida otro cuaderno de examen al equipo colaborador.
2. El examen se compone de 100 preguntas más 10 de reserva (las últimas 10 preguntas). Las respuestas correctas puntúan positivo, las respuestas no contestadas o incorrectas no tienen valor. Para superar el ejercicio debe tener 50 aciertos. Tiempo de realización de la prueba es de 150 min.
3. Compruebe que el examen corresponde a la especialidad para la que se presenta.
4. El cuadernillo de preguntas y la hoja de respuestas se deben entregar al personal colaborador al finalizar el ejercicio. El cuadernillo de preguntas se devolverá al opositor que lo solicite al finalizar esta prueba.
5. Solo se valorará la hoja de respuestas. Si inutiliza su "Hoja de Respuestas" pida una nueva al equipo colaborador.
6. Datos de filiación en la hoja de respuesta.
7. Prohibido el uso de calculadoras, teléfonos móviles y/o cualquier otro dispositivo con capacidad de almacenamiento de información o posibilidad de comunicación mediante voz o datos.



**PÁGINA DEJADA INTENCIONALMENTE EN BLANCO**



1. Las características de una placa de ateroma vulnerable o inestable son:
  - A) Cubierta fibrosa gruesa, reducido contenido lipídico, y luz arterial preservada.
  - B) Cubierta fibrosa fina, amplio núcleo lipídico y gran contenido de células inflamatorias.
  - C) Cubierta fibrosa gruesa, reducido contenido lipídico, y reducción de luz arterial inferior al 50%.
  - D) Cubierta y núcleo fibroso, y reducción de la luz arterial superior al 50%.
  
2. Todas las siguientes hipótesis están relacionadas con la etiopatogenia de la aterosclerosis, EXCEPTO:
  - A) Hipótesis de respuesta a la lesión del endotelio.
  - B) Hipótesis de lípidos.
  - C) Hipótesis de la oxidación de ácidos grasos.
  - D) Hipótesis monoclonal.
  
3. En el estudio ecodoppler arterial de MMII de un paciente con EAP (enfermedad arterial periférica), ante un hallazgo en arteria femoral superficial con una Velocidad Sistólica Máxima 190 cm/sg y Ratio 1'8, ¿cómo cuantificaría la lesión?
  - A) Estenosis mayor a 70%.
  - B) Estenosis de 50-70%.
  - C) Estenosis de 30-49%.
  - D) Ausencia de estenosis.
  
4. Respecto al índice tobillo/brazo (ITB), es cierto que:
  - A) Valores mayores a 0.5 se asocian frecuentemente a progresión a isquemia crítica de extremidades inferiores a corto plazo.
  - B) Un ITB anormal (menor de 0,6 ó mayor de 1,30), se ha asociado a un aumento de la mortalidad general.
  - C) El uso de un manguito de presión demasiado pequeño en una extremidad, dará como resultado, lecturas de presión falsamente reducidas.
  - D) Un ITB no colapsable es patognomónico de pacientes con enfermedad arterial periférica y diabetes mellitus.
  
5. Respecto a las complicaciones de los procedimientos diagnósticos endovasculares es cierto que:
  - A) El diagnóstico de falso aneurisma postpunción mayor a 1 centímetro de diámetro es indicación de reparación quirúrgica.
  - B) La mayoría de los hematomas postpunción son clínicamente insignificantes.
  - C) Las fístulas arteriovenosas postpunción femoral se localizan, de forma preferente, en porciones proximales de la arteria femoral común.



- D) La edad menor a 50 años es un factor de riesgo para presentar complicaciones en el punto de acceso.
6. Para maximizar la calidad de las imágenes en la realización de una arteriografía diagnóstica, todas las siguientes son opciones correctas, EXCEPTO:
- A) Limitar el movimiento del paciente.
  - B) Correcto posicionamiento del paciente y equipo de imágenes.
  - C) Hidratación del paciente previo a la realización de la prueba.
  - D) Elección de la proyección radiográfica recomendada para cada segmento arterial.
7. ¿Cuál de los siguientes factores inicia la activación de la vía extrínseca de la coagulación?
- A) Factor 4 plaquetario.
  - B) Factor VIII.
  - C) Factor XIIa.
  - D) Factor tisular.
8. El trastorno de hipercoagulabilidad genético más común asociado a alto riesgo de enfermedad tromboembólica venosa (en adelante ETEV), es:
- A) Déficit de Factor V de Leyden.
  - B) Déficit de Proteína C.
  - C) Déficit de Proteína S.
  - D) Déficit de Antitrombina.
9. La respuesta de una arteria a una angioplastia son todas las siguientes, EXCEPTO:
- A) Disección.
  - B) Oclusión.
  - C) Degeneración aneurismática.
  - D) Hiperplasia intimal.
10. Respecto a los siguientes anticoagulantes, todas las afirmaciones son correctas, EXCEPTO:
- A) El Dabigatrán es un inhibidor directo de la trombina, con un metabolismo en el 85% de excreción renal.
  - B) El Rivaroxabán es un inhibidor del factor Xa, con un metabolismo en 66% de excreción renal y 33% excreción hepática.
  - C) El Apixabán es un inhibidor directo de la trombina, con un metabolismo 66% excreción renal y 33% excreción hepática.



- D) El Fondaparinux causa, tras unirse a la antitrombina III, la neutralización del Factor Xa.
11. Son causas de embolismo arterial agudo todas las siguientes, EXCEPTO:
- A) Disección aórtica.
  - B) Fibrilación auricular.
  - C) Aneurisma ventricular.
  - D) Endocarditis.
12. Respecto a la isquemia aguda en MMSS (miembros superiores), las siguientes respuestas son correctas, EXCEPTO:
- A) La isquemia del brazo amenaza la extremidad con menor frecuencia que en MMII (miembros inferiores), y las decisiones de tratamiento quirúrgico suelen ser menos urgentes que en la isquemia aguda de MMII.
  - B) Menos de un 10% de pacientes con isquemia arterial aguda en MMSS, sin recibir tratamiento alguno, desarrollarán síntomas isquémicos tardíos en el brazo.
  - C) El brazo presenta a menudo mejoría clínica tras administrar anticoagulación inicial, y la decisión para realizar una embolectomía puede ser difícil.
  - D) La causa más frecuente de isquemia arterial aguda en el brazo es la embolia de origen cardiaco.
13. Según la clasificación de la TASC (Trans-Atlantic Inter-Society Consensus II) para lesiones aortoiliacas, una estenosis bilateral de arteria iliaca externa de 3-10 cm de largo, sin extensión a arteria femoral común, es una lesión tipo:
- A) Tipo A.
  - B) Tipo B.
  - C) Tipo C.
  - D) Tipo D.
14. Respecto a la infección de una prótesis vascular en el sector aortoiliaco, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?
- A) La incidencia de infección descrita varía del 5-10% en la cirugía abierta, y está influenciada por múltiples factores.
  - B) Las infecciones tardías son resultado de la colonización del injerto por organismos de baja virulencia, como el Staphilococcus Epidermidis, o menos frecuente por especies de Cándida.
  - C) La presencia de gas en los tejidos periprotésicos más allá de 2-3 semanas tras la intervención quirúrgica, es un hallazgo anormal del TAC que sugiere una infección del injerto.



- D) El tratamiento de primera elección en la infección de un injerto protésico permeable, localizado a nivel de la anastomosis femoral, es el de antibioterapia sistémica y curas locales.
15. Son complicaciones del tratamiento endovascular todas las enumeradas, EXCEPTO:
- A) Disección arterial.
  - B) Linforrea.
  - C) Rotura arterial.
  - D) Embolización distal.
16. Respecto al tratamiento quirúrgico en la enfermedad de Takayasu es cierto:
- A) Las lesiones en arterias subclavias y axilares requieren excepcionalmente tratamiento quirúrgico revascularizador.
  - B) La endarterectomía carotídea es más sencilla, debido a la afectación inflamatoria limitada a la íntima, con preservación de capa media y adventicia.
  - C) El tratamiento quirúrgico es el gold estandar para para el tratamiento del síndrome de aorta media.
  - D) En las lesiones renales que requieren reparación quirúrgica, el uso de material protésico es preferible, por presentar menor tasa de complicaciones.
17. Uno de los siguientes síntomas NO es propio de la arteritis de células gigantes (arteritis de la temporal o enfermedad de Horton). Señálelo:
- A) Claudicación intermitente en miembros inferiores.
  - B) Claudicación mandibular.
  - C) Cefalea de nueva aparición.
  - D) Ceguera brusca.
18. ¿Cuál de las siguientes entidades NO es causa de aneurisma verdadero de arteria renal?
- A) Post-Nefrectomía.
  - B) Aterosclerosis.
  - C) Displasia fibromuscular.
  - D) Síndrome de Ehlers-Danlos.
19. Respecto a la etiopatogenia de la Displasia fibromuscular, las siguientes respuestas son correctas, EXCEPTO:
- A) Los factores hormonales pueden ser importantes en su desarrollo.
  - B) La hipótesis de la isquemia de la pared del vaso puede tener relevancia.
  - C) La obesidad e hiperlipemia pueden jugar un papel importante en el desarrollo de la displasia fibromuscular.



- D) La displasia fibromuscular se asocia con el tabaquismo.
20. En relación a los traumatismos en los miembros, señale la opción verdadera:
- A) La lesión vascular es más frecuente en los miembros superiores.
  - B) La tasa de amputación es mayor en la extremidad inferior.
  - C) En la extremidad inferior, en el traumatismo cerrado, la arteria femoral es la más frecuentemente lesionada.
  - D) En la extremidad inferior, en el traumatismo penetrante, la arteria poplítea es la más frecuentemente lesionada.
21. Sobre las lesiones traumáticas penetrantes a nivel cervical, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?
- A) La zona I es la más comúnmente lesionada.
  - B) La zona III es la más comúnmente lesionada.
  - C) La zona IV es la más comúnmente lesionada.
  - D) La zona II es la más comúnmente lesionada.
22. Señale el FALSO respecto a los signos clínicos “duros” de lesión arterial de la extremidad:
- A) Pulso distal ausente.
  - B) Hematoma en expansión activo.
  - C) Déficit neurológico.
  - D) Frémito palpable o soplo audible.
23. Con respecto al tratamiento de las lesiones vasculares a nivel cervical, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?
- A) Las lesiones de la zona II deben abordarse con reparación quirúrgica.
  - B) El tratamiento de elección de las lesiones de la zona I y III es la exclusión endovascular.
  - C) La reparación endovascular de la aórtica torácica se ha convertido en la primera opción terapéutica ante una lesión traumática.
  - D) El tratamiento endovascular de las lesiones axilo-subclavias se asocia con una mayor mortalidad hospitalaria e infecciones respecto a la cirugía convencional.
24. Respecto a los traumatismos torácicos, señale la respuesta verdadera:
- A) La mayoría de los pacientes con traumatismo vascular torácico no requieren intervención quirúrgica.
  - B) La lesión vascular que se produce dentro de la región torácica está asociada a una baja mortalidad.
  - C) Las lesiones torácicas menos frecuentes son hemotórax y/o neumotórax.



- D) El traumatismo torácico penetrante en un paciente hemodinámicamente estable requiere siempre intervención quirúrgica.
25. En relación a los traumatismos vasculares abdominales señale la afirmación CORRECTA:
- A) El vaso más frecuentemente afectado es la vena cava inferior.
  - B) La arteria mesentérica inferior no puede ligarse sin secuelas isquémicas al intestino delgado y colón derecho.
  - C) La lesión contusa es la causa más frecuente de lesión de la aorta abdominal.
  - D) Hay que explorar todos los hematomas debidos a traumatismo penetrante a nivel retrohepático aunque el paciente se encuentre estable.
26. Todos los siguientes son factores de riesgo de complicaciones en el sitio de punción, MENOS uno:
- A) Edad avanzada.
  - B) Insuficiencia cardíaca congestiva.
  - C) Sexo masculino.
  - D) Intervención urgente.
27. En relación a las complicaciones vasculares por el consumo de drogas, señale la afirmación correcta:
- A) La arteria humeral es en la que más frecuentemente se inyecta.
  - B) Como opción terapéutica aconsejada, se encuentra la administración de Dexametasona 4 mg/6h i.v.
  - C) Una de las complicaciones infecciosas es el desarrollo de un aneurisma micótico en el lugar de la inyección.
  - D) Todas son verdaderas.
28. Ante un paciente con síndrome compartimental, se consideran indicaciones absolutas para la realización de una fasciotomía, todas las siguientes, EXCEPTO:
- A) Flegmasia cerúlea dolens.
  - B) PIC menos presión arterial diastólica > 10 mmHg.
  - C) Dolor con el movimiento pasivo de los músculos del compartimento afecto.
  - D) PIC menos presión arterial media > 40 mmHg.
29. Las características principales del síndrome de Klippel-Trénaunay incluyen todas las siguientes, EXCEPTO:
- A) Malformación capilar de la piel "tinción de vino de Oporto".
  - B) Malformaciones vasculares de alto flujo.
  - C) Malformaciones vasculares de bajo flujo.



- D) Hipertrofia o gigantismo de la extremidad afecta.
30. Según la clasificación de Crawford, ¿cuál es el tipo de aneurisma toracoabdominal más frecuente?
- A) I.
  - B) II.
  - C) III.
  - D) IV.
31. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO es cierta respecto a los aneurismas inflamatorios?
- A) En los cortes axiales del TAC se visualiza una reacción fibrótica alrededor del aneurisma, a modo de "corteza".
  - B) Pueden asociarse con obstrucción ureteral.
  - C) Las complicaciones más frecuentes asociadas con la cirugía abierta son perforación duodenal y lesión ureteral.
  - D) La reparación endovascular de los aneurismas inflamatorios no produce una regresión de la inflamación peri-aneurismática y la fibrosis.
32. Todos los siguientes son riesgos asociados a la compresión ecoguiada de un pseudoaneurisma (PSA) femoral, MENOS uno. Señálelo:
- A) Ruptura del PSA.
  - B) Incomodidad del paciente.
  - C) Embolización distal.
  - D) Trombosis de la arteria o vena femoral.
33. El concepto "hipotensión permisiva" en el manejo del aneurisma de aorta abdominal roto (RAAA), implica todas las siguientes actuaciones, EXCEPTO:
- A) Reanimación con volumen suficiente para mantener la conciencia.
  - B) Mantener volemia con grandes cantidades de volumen.
  - C) Minimizar la isquemia de órganos, incluyendo evitar descenso de ST en el ECG.
  - D) Mantener presión sistólica de 70-80 mmHg.
34. Las características principales del síndrome de Parkes-Weber incluyen todas las citadas a continuación, EXCEPTO:
- A) Afecta de forma preferente a las extremidades superiores.
  - B) Puede llegar a producir cuadros de insuficiencia cardíaca.
  - C) Clínicamente podemos observar una mancha vascular roja, varicosidades, linfedema y vesículas linfáticas en la piel.
  - D) Presentan malformaciones vasculares de alto flujo.



35. ¿Cuál es la indicación más frecuente de conversión a cirugía abierta tras reparación endovascular (EVAR)?
- A) Aneurisma inflamatorio.
  - B) Endofuga con crecimiento de aneurisma.
  - C) Infección protésica.
  - D) Anclaje suprarrenal del dispositivo utilizado para EVAR.
36. Respecto a los aneurismas de la arteria poplítea, señale la respuesta verdadera:
- A) La ruptura del aneurisma es el síntoma de presentación más común.
  - B) La cirugía está indicada en aquellos aneurismas de < 2 cm, asintomáticos.
  - C) No se aconseja el tratamiento endovascular en aquellos pacientes que flexionan con frecuencia las rodillas a más de 90º, debido al riesgo de deformación y trombosis del Stent.
  - D) La mayoría de los aneurismas de la arteria poplítea aparecen en la porción distal de la arteria.
37. Respecto al tratamiento de la disección tipo B, señale la afirmación FALSA:
- A) El tratamiento médico debe de incluir la combinación de un beta bloqueante y un vasodilatador.
  - B) La mortalidad a los 30 días con tratamiento médico es mayor que la mortalidad tras reparación abierta.
  - C) A menos que haya un aneurisma extenso, la resección debe limitarse a la aorta descendente proximal.
  - D) En caso de optar por el tratamiento endovascular como primera opción terapéutica, se desaconseja la colocación de Stents descubiertos sobre el desgarró de entrada dentro de la luz aórtica verdadera proximal.
38. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA respecto a la clínica del Síndrome del desfiladero torácico (SDT)?
- A) De forma general, el 20% de los casos de SDT se da en mujeres.
  - B) La costilla cervical es más frecuente en mujeres.
  - C) Los pacientes con SDT venoso son asintomáticos hasta el evento trombótico, que resulta en dolor, hinchazón y cianosis del brazo.
  - D) La forma más frecuente de SDT es la neurógena.
39. Con respecto a los aneurismas esplénicos, NO es cierto que:
- A) Los aneurismas esplénicos se asocian a multíparas.
  - B) Se asocian a pacientes con hipertensión portal.
  - C) Los pseudoaneurismas se asocian a pancreatitis.



- D) La ruptura en dos tiempos es la forma más frecuente de presentación en caso de ruptura.
40. Con respecto al tratamiento de los aneurismas viscerales:
- A) La cirugía endovascular no se contempla en el tratamiento.
  - B) La arteriografía es necesaria en su diagnóstico.
  - C) Los aneurismas de arteria hepática común no necesitan revascularización distal normalmente.
  - D) Los pacientes sometidos a embolización de arteria esplénica deben recibir vacunas frente a neumococo, meningococo y haemophilus influenzae tipo A, sobre todo ante una posible esplenectomía.
41. Con respecto a los aneurismas renales verdaderos:
- A) La mayoría son intraparenquimatosos.
  - B) Suelen ser saculares.
  - C) Se recomienda su tratamiento cuando son mayores de 15 mm.
  - D) La calcificación no protege del riesgo de ruptura.
42. Referido a los aneurismas de mesentérica superior, todo lo enunciado a continuación es correcto, EXCEPTO:
- A) Suelen ser de origen infeccioso.
  - B) Presentan alto riesgo de ruptura.
  - C) Deben de intervenirse independientemente del tamaño si el riesgo quirúrgico es aceptable.
  - D) Suelen afectar a la porción media de la arteria.
43. ¿En cuál de estos casos de aneurismas esplénicos optaría por un tratamiento conservador?
- A) Aneurismas sintomáticos.
  - B) Gestantes.
  - C) Pseudoaneurismas.
  - D) Aneurismas de 2 cm.
44. Con respecto a la etiología e incidencia de los aneurismas viscerales, NO es cierto:
- A) Su prevalencia es de hasta un 2% en población adulta.
  - B) El más frecuente es el de la arteria mesentérica superior.
  - C) La enfermedad de von Recklinghausen, el síndrome de Ehler-Danlos o la Poliarteritis Nodosa, se han relacionado con el desarrollo de múltiples aneurismas viscerales.
  - D) Un tercio se asocian a otros aneurismas a nivel abdominal.



45. Respecto a la vigilancia del injerto venoso infrainguinal, todas las afirmaciones siguientes son correctas, EXCEPTO:
- A) Casi un tercio de los injertos de vena autógenos desarrollan lesiones que amenazan la permeabilidad del injerto.
  - B) La mayoría de las lesiones, en los dos primeros años tras realización de injerto, están relacionadas con la hiperplasia intimal.
  - C) Las estenosis del injerto venoso son solitarias y focales en el 80% de los casos.
  - D) Los injertos con lesiones focales con Velocidad Sistólica Máxima mayor a 200 cm/sg o Ratio Mayor 2'5 se someten a reparación profiláctica, para prevenir su trombosis.
46. Respecto a los efectos biológicos de las radiaciones ionizantes es FALSO:
- A) Los efectos deterministas son dosis dependientes.
  - B) El mecanismo causal de los efectos deterministas es la muerte celular.
  - C) Los efectos estocásticos tienen una dosis umbral de aparición.
  - D) Los efectos estocásticos causan daño en el DNA celular, provocando mutaciones.
47. Respecto a la anatomía del opérculo torácico superior elija la respuesta falsa:
- A) El triángulo interescaleno es cruzado por la arteria subclavia y los tres troncos del plexo braquial (C5-C6; C7; C8-T1), pero no por la vena subclavia.
  - B) En el espacio costoclavicular está limitado anteriormente por el músculo subclavio.
  - C) El espacio retropectoral menor es el más lateral de los tres espacios y donde se localiza con más frecuencia la compresión del nervio en el síndrome de salida de tórax.
  - D) La elevación del brazo no induce cambios en el triángulo interescaleno en voluntarios sanos pero sí en el costoclavicular y retropectoral menor.
48. Respecto a los aneurismas aislados de arteria iliaca, señale lo INCORRECTO:
- A) Representan menos de 1% de todos los aneurismas aortoiliacos.
  - B) Clásicamente se han considerado que hasta en un 50% de los casos son sintomáticos.
  - C) Se localizan más frecuentemente en el lado izquierdo.
  - D) Según la clasificación de Sandhu et al, el tipo C afecta exclusivamente a la hipogástrica.
49. Con respecto a los factores implicados en la expansión y ruptura de los aneurismas de aorta abdominal, una es INCORRECTA:
- A) El tabaquismo activo aumenta el riesgo de ruptura.



- B) La ausencia de trombo intraaórtico se ha asociado con menor velocidad de progresión del diámetro del AAA.
- C) El tabaquismo activo se ha asociado a mayor velocidad en la progresión del AAA.
- D) Los antecedentes familiares de AAA se han asociado con mayor riesgo de rotura de los AAA.
50. En el caso de la cirugía abierta del AAA, ¿en qué situación de las siguientes NO se ha sugerido que el abordaje retroperitoneal sea mejor que la vía anterior?
- A) Paciente con AAA y riñón en herradura.
- B) Paciente con AAA inflamatorio.
- C) Paciente con EPOC portador de AAA.
- D) Paciente con AAA inflamatorio.
51. Con respecto a los aneurismas del tronco celiaco y de la arteria mesentérica superior (AMS), una de las siguientes es INCORRECTA:
- A) A diferencia de arterias viscerales, se recomienda la reparación quirúrgica de los aneurismas hepáticos si son mayores de 2 cm en pacientes asintomáticos.
- B) En cirugía electiva y pacientes asintomáticos con aneurisma hepático o de AMS con anatomía favorable, se aconseja tratamiento endovascular como primera elección.
- C) A la hora de planificar el tratamiento de los aneurismas hepáticos, es importante evaluar la colateralidad de la arteria mesentérica superior.
- D) Se recomienda la reparación quirúrgica de los aneurismas de la mesentérica superior si son mayores de 2 cm.
52. En las complicaciones postpunción arterial, señale la FALSA:
- A) Las fístulas arterio-venosa inguinales postpunción suelen ser asintomáticas y se detectan en la exploración física por la presencia de thrill palpable o soplo.
- B) La incidencia de pseudoaneurismas (PSA) tras procedimientos percutáneos descrita en las series contemporáneas es menor de 1%.
- C) Los PSA ocurren más frecuentemente en la punción alta de la arteria femoral común.
- D) En los PSA de pequeño tamaño se puede optar por tratamiento conservador.
53. Respecto a los pseudoaneurismas anastomóticos (PSAA) es CIERTO que:
- A) La localización más frecuente de PSAA es la arteria carótida.
- B) Entre los factores locales asociados con el desarrollo de los PSAA no se encuentran los errores técnicos.



- C) La detección de un PSAA en una localización, particularmente si es femoral, requiere la evaluación del resto de anastomosis dado el riesgo de presentar PSAA sincrónicos hasta en el 36% de los pacientes.
- D) Los pseudoaneurismas femorales pueden ser seguidos estrechamente hasta alcanzar 3-3.5 cm de diámetro o hasta que producen síntomas.
54. En los traumatismos de extremidades inferiores una de las siguientes afirmaciones es FALSA:
- A) Deben evitarse las embolizaciones de las lesiones aisladas de arteria tibial por el elevado riesgo de isquemia.
- B) En las lesiones poplíteas, la duración de la isquemia predice sistemáticamente la amputación.
- C) Las lesiones poplíteas focales por encima o por debajo de la rodilla son infrecuentes.
- D) La escala MESS no es útil para predecir con exactitud los resultados funcionales en traumatismos graves de las extremidades.
55. En un paciente con traumatismo torácico por accidentes de tráfico una de las siguientes afirmaciones es FALSA:
- A) El angioTC en el protocolo de evaluación inicial permite una valoración precisa de la aorta y otras estructuras vasculares del tórax.
- B) Hallazgos como un ensanchamiento mediastínico, taponamiento apical izquierdo, borramiento del botón aórtico, desviación traqueal o hemotórax izquierdo importante en la radiografía de tórax confirman la sospecha de lesión aórtica.
- C) La ecografía intravascular (IVUS) es una herramienta útil especialmente en casos de hematomas periaórticos en ausencia de un signo directo de lesión aórtica.
- D) La angiografía sigue siendo una modalidad de imagen valiosa en el tratamiento de los pacientes con traumatismo vascular torácico.
56. En un traumatismo contuso con lesión de arterias ilíacas. Señale la INCORRECTA:
- A) En la mayoría de los casos suele ser necesaria la reconstrucción mediante interposición o by pass.
- B) La presencia de contaminación entérica no contraindica el uso de injertos sintéticos.
- C) En caso de necesitar procedimiento de control de daños, la ligadura de la arteria ilíaca es bien tolerada, pudiendo realizarse un by pass una vez estabilizado el paciente.
- D) Si la lesión es pequeña puede realizarse sutura directa o cierre con parche.



57. En el ateroembolismo, es cierto que:
- A) La causa fundamental es el vasoespasmo.
  - B) Su presentación clásica es la de un dedo cianótico no doloroso con pulsos distales, conocido como síndrome de dedo azul.
  - C) Puede ocurrir en cualquier territorio excepto las arterias coronarias.
  - D) Las lesiones cianóticas iniciales en la piel, pueden progresar a ulceración, necrosis y gangrena franca.
58. Señale lo incorrecto en relación con la arteritis de células gigantes o arteritis de la temporal o enfermedad de Horton:
- A) El desarrollo de diplopía en ancianos es muy sugestivo de arteritis de Horton.
  - B) La elevación de VSG es uno de los 5 criterios que presenta el American College of Rheumatology de 1990.
  - C) La claudicación mandibular aparece en el 80% de los casos.
  - D) La arteritis de la temporal explica el 15% de los pacientes cursan con fiebre de origen desconocido.
59. Con respecto a los acrosíndromes, señale la INCORRECTA:
- A) La eritromelalgia es un trastorno vascular paroxístico caracterizado por un aumento de la temperatura local, con eritema o eritrocianosis de pies y manos, con escaso dolor local.
  - B) El síndrome de Raynaud es un trastorno vascular paroxístico que se caracteriza por fases de palidez, cianosis y rubor, y que se puede acompañar de úlceras isquémicas digitales.
  - C) Se han descrito lesiones cutáneas típicas de livedo reticularis ligada a la toma de algunos fármacos como la amantadina.
  - D) Conocemos como “sabañón” a la forma crónica de eritema pernicio.
60. En el tratamiento de la isquemia aguda por trombosis de un aneurisma poplíteo, es FALSO:
- A) Se debe considerar la reparación mediante by pass con vena safena.
  - B) Se debe plantear la trombolisis pre o intraoperatoria.
  - C) Los stents recubiertos son considerados un tratamiento de primera elección hoy en día.
  - D) En estos pacientes la isquemia aguda puede deberse tanto a trombosis del aneurisma como a embolización distal.
61. No participa en el síndrome de reperfusión:
- A) Radicales libres de oxígeno.
  - B) Infiltración por neutrófilos del tejido reperfundido.



- C) Vasodilatación masiva y edema de la extremidad.  
D) Niveles preoperatorios de colesterol LDL.
62. Clasificación en la isquemia crónica de MMII, es FALSO:
- A) La clasificación de Fontaine es la más utilizada ya que es lo suficientemente completa en cuanto a parámetros hemodinámicos, isquémicos y hemodinámicos.
  - B) Las clasificaciones de TASC I y II se centran sobre todo en patrones anatómicos sin tener en cuenta el estado de la extremidad.
  - C) Los sistemas Meggit-Warner, PEDIS, universidad de Texas, SAD e IDSA están diseñados fundamentalmente para valorar el pie diabético.
  - D) La clasificación wifi tiene en consideración tanto la arteriopatía como la diabetes y valora tanto la lesión como la perfusión y la infección.
63. En la reconstrucción abierta del sector aortoiliaco, es FALSO:
- A) El by pass aortobifemal tiene una elevada permeabilidad a medio y largo plazo, por lo que no es preciso un seguimiento instrumental, únicamente clínico.
  - B) La cirugía abdominal previa apoya una elección de técnicas endovasculares o extraanatómicas.
  - C) En pacientes obesos, la reconstrucción abierta conlleva un aumento significativo de las complicaciones de herida quirúrgica y por tanto de la permeabilidad y supervivencia del paciente.
  - D) Los pacientes con isquemia crítica tiene una supervivencia muy limitada, por lo que es lícito plantearles una reconstrucción.
64. Señale la forma inadecuada en la toma de muestras de las lesiones infecciosas del Pie Diabético:
- A) Raspado post-desbridamiento.
  - B) Aspiración de secreción purulenta.
  - C) Biopsia.
  - D) Torunda sobre úlcera no desbridada.
65. La reconstrucción endovascular aortoiliaca, es CIERTO:
- A) Los stents cubiertos ha demostrado ser mejores en cuanto a permeabilidad y ausencia de complicaciones que los stents no cubiertos.
  - B) La técnica CERAB es, actualmente, de elección en la reconstrucción de la bifurcación aórtica.
  - C) La reconstrucción endovascular de la bifurcación aórtica requiere disponer de múltiples accesos vasculares, tanto en miembro inferiores como superiores.



- D) En general, suele ser una técnica rápida que requiere materiales que suelen estar disponibles en todos los servicios de Angiología y Cirugía Vascular.
66. En el diagnóstico de la isquemia aguda es CORRECTO.
- A) El cuadro clínico típico es de dolor, palidez, ausencia de pulsos, parestesias y parálisis. La ausencia de cualquiera de ellos excluye el diagnóstico
  - B) La elección de cualquier método diagnóstico debe basarse en la disponibilidad y en la capacidad de llegar a una orientación de tratamiento sin retrasarlo.
  - C) El método diagnóstico de elección es el Eco-Doppler por su disponibilidad y fiabilidad.
  - D) En los pacientes con isquemia aguda, se recomienda determinar los niveles de mioglobina y creatin kinasa para decidir si revascularizar o amputar.
67. El tratamiento con cilostazol en pacientes con claudicación intermitente en MMII puede provocar como efectos adversos frecuentes todos los citados excepto uno:
- A) Cefaleas.
  - B) Diarrea.
  - C) Hipotensión.
  - D) Náuseas y vómitos.
68. De las complicaciones del injerto aortobifemoral es VERDAD :
- A) La complicación precoz más frecuente es la hemorragia.
  - B) Las complicaciones pulmonares raramente se presentan tras esta intervención.
  - C) El daño de los uréteres durante la intervención puede evitarse con una técnica quirúrgica cuidadosa.
  - D) La complicación tardía más frecuente es el pseudoaneurisma anastomótico.
69. En relación con el bypass femoro-femoral es FALSO que:
- A) La permeabilidad primaria a los 5 años es de 65-70%.
  - B) En el seguimiento con Eco-doppler una VPS < 60cm/sg en el trayecto es predictor de trombosis próxima del bypass.
  - C) La realización sistemática de tratamiento endovascular sobre el eje iliaco donante mejora a largo plazo la permeabilidad del bypass femoro-femoral.
  - D) El uso de diferentes materiales protésicos (PTFE vs Dacron) no ha demostrado diferencias significativas a largo plazo en la permeabilidad del bypass.
70. 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.
71. ¿Cuál es el signo arteriográfico típico de la enfermedad quística adventicial de la arteria poplítea?
- A) Signo de media luna hiperdensa.
  - B) Signo de la cimitarra.
  - C) Signo de la pata de perro.
  - D) Signo del collar de cuentas.
72. En relación a la Isquemia aguda mesentérica, es cierto que :
- A) La trombosis aguda mesentérica no tiene relación con la patología arteriosclerótica habitualmente.
  - B) La embolia mesentérica de origen cardioembólico es la causa más frecuente de isquemia mesentérica aguda.
  - C) Podemos retrasar el tratamiento hasta que no dispongamos de una arteriografía que nos confirme el diagnóstico.
  - D) Una vez intervenido, nunca habrá que hacer un “second look” para comprobar viabilidad de partes del tracto intestinal.
73. En la Isquemia Crónica Mesentérica es cierto que :
- A) la revascularización está indicada en pacientes sintomáticos.
  - B) La prevención del infarto intestinal y la recuperación de peso son las metas del tratamiento.
  - C) En el caso de lesiones de los tres vasos, puede estar indicada la revascularización profiláctica en casos concretos.
  - D) A, B y C son correctas.
74. En el tratamiento de la Isquemia crónica mesentérica es FALSO que :
- A) La arteria mesentérica superior es la más frecuentemente tratada.
  - B) El tratamiento de elección de la AMS suele ser endovascular.
  - C) En el caso del tronco celiaco, el tratamiento de elección es endovascular incluso con ligamento arcuato con compresión activa no seccionado previamente.
  - D) En caso de lesiones con abundante trombo puede ser útil realizar el procedimiento endovascular con filtro, para evitar la migración de material trombótico.
75. De los aneurismas arteria esplénica es cierto que :



- A) Aneurismas menores de 2 cm, asintomáticos y con escaso crecimiento tiene que ser intervenidos.
  - B) En mujeres embarazadas o en edad fértil tiene que ser intervenidos independientemente de su tamaño dada la alta tasa de ruptura.
  - C) Entre las ramas viscerales, es el segundo en frecuencia después de los aneurismas de arteria mesentérica superior.
  - D) No se ha documentado una relación entre la hipertensión portal y el desarrollo de un aneurisma de arteria esplénica.
76. Después 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.
77. 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
78. Disección aortica, etiopatogénicamente los componentes principales son:
- A) Desgarro íntima y ruptura capa media
  - B) Desgarro íntima y debilidad adventicia
  - C) Desgarro íntima y debilidad capa media
  - D) Desgarro íntima y ruptura adventicia
79. 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
80. La condición de personal estatutario fijo se adquiere por el cumplimiento sucesivo de los siguientes requisitos:



- A) Superación de las pruebas de selección.
  - B) Nombramiento conferido por el órgano competente.
  - C) Incorporación, previo cumplimiento de los requisitos formales en cada caso establecidos, a una plaza del servicio, institución o centro que corresponda en el plazo determinado en la convocatoria.
  - D) Todas las anteriores.
81. Para la pérdida de la condición de personal estatutario fijo. Son causas de extinción de la condición de personal estatutario fijo, las siguientes, EXCEPTO:
- A) La renuncia.
  - B) La pérdida de la nacionalidad tomada en consideración para el nombramiento.
  - C) La sanción disciplinaria firme de separación del servicio.
  - D) La jubilación, a no ser que la condición física sea muy buena.
82. El Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS) está adscrito a:
- A) Subsecretaría de Defensa
  - B) Ministerio de Economía
  - C) Ejército de Tierra
  - D) Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030
83. El Observatorio Militar para la Igualdad entre mujeres y hombres en las Fuerzas Armadas está adscrito a:
- A) Secretaría de Estado de Defensa
  - B) Subsecretaría de Defensa
  - C) Ministerio de Sanidad
  - D) Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones
84. La Unidad Militar de Emergencias (UME) depende orgánicamente de:
- A) Subsecretaría de Defensa
  - B) Jefe del Estado Mayor del Ejército de Tierra
  - C) Directamente del Ministro de Defensa
  - D) Del Jefe de la Escuela NRBQ de las FAS
85. La estructura orgánica de las Fuerzas Armadas está compuesta por:
- A) El Ejército de Tierra, la Armada, el Ejército del Aire, y el conjunto de cuerpos y fuerzas de Seguridad del Estado
  - B) El Ejército de Tierra, la Armada y el Ejército del Aire y del Espacio
  - C) El Ejército de Tierra, la Armada, el Ejército del Aire, la UME y el CNI
  - D) Ninguna de las anteriores.



86. Marcar la FALSA: El Director del Hospital Central de la Defensa puede:
- A) Autorizar la asistencia a cursos
  - B) Conceder las vacaciones y los permisos establecidos en la legislación vigente
  - C) Diferir la fecha de cese hasta 2 meses por razones de servicio
  - D) Conceder las medidas de flexibilidad horaria previstas en la normativa vigente
87. Marcar la FALSA: La Academia Central de la Defensa:
- A) El Director de la Academia Central de la Defensa será un Oficial General nombrado por el Subsecretario de Defensa
  - B) Dentro de ella se disponen la Escuela Militar de Sanidad y la Escuela de Músicas Militares
  - C) También pertenece a ella la Academia General Militar de Zaragoza
  - D) También dentro de ella está la Escuela Militar de Idiomas
88. Un Oficial Médico que luce como divisa dos estrellas de seis puntas cada una será:
- A) Un Capitán
  - B) Un Coronel
  - C) Un General
  - D) Un Teniente
89. Marca la VERDADERA: La Jefatura Conjunta de Sanidad (JECOSAN):
- A) Forma parte del Estado Mayor Conjunto de la Defensa (EMACON)
  - B) Es responsable de dirigir y coordinar los aspectos relacionados con la sanidad operativa, en el ámbito de sus competencias
  - C) Las dos anteriores son verdaderas
  - D) Todas son falsas
90. El Ministerio de Defensa:
- A) Es el departamento de la Administración General del Estado al que le corresponde la preparación, el desarrollo y la ejecución de la política de Defensa determinada por el Gobierno y la gestión de la administración militar
  - B) Bajo la dirección de la persona titular del Departamento se estructura en Fuerzas Armadas, Secretaría de Estado de Defensa, Subsecretaría de Defensa y Secretaría General de Política de Defensa
  - C) Es un órgano asesor y consultivo cuyo es la Junta Superior del Cuerpo Militar de Sanidad
  - D) Todas son verdaderas



91. Marca la FALSA: La Dirección General de Personal de la Subsecretaría de Defensa:
- A) Es el órgano directivo al que le corresponde la planificación y desarrollo de la política de personal, así como la supervisión y dirección de su ejecución
  - B) Gestiona el personal militar de los Cuerpos Comunes y el personal del Servicio de Asistencia Religiosa de las Fuerzas Armadas así como el personal civil
  - C) Sólo gestiona el personal militar de los Cuerpos Comunes pero no el personal del Servicio de Asistencia Religiosa de las Fuerzas Armadas ni tampoco el personal civil
  - D) Realiza las convocatorias de la oferta de empleo público que competen al Ministerio de Defensa y tramita los procesos selectivos y la provisión de puestos de trabajo
92. Son órganos directivos de la Subsecretaría de Defensa:
- A) Secretaría General Técnica, Dirección General de Personal y Dirección de Reclutamiento y Enseñanza Militar
  - B) Subdirección General de Régimen Interior
  - C) Subdirección General de Servicios Económicos y Pagadurías
  - D) Todos los anteriores
93. Son órganos dependientes de la Subsecretaría de Defensa:
- A) Dirección General de Personal
  - B) Inspección General de Sanidad de la Defensa
  - C) Consejo de Personal de las Fuerzas Armadas
  - D) Todos los anteriores
94. A la Secretaría General Técnica de la Subsecretaría de Defensa le corresponde:
- A) Gestionar el programa editorial y todas las publicaciones del Departamento
  - B) Planificar, dirigir, supervisar y coordinar técnicamente todas las bibliotecas, archivos y museos del Departamento e impulsar la difusión de su patrimonio cultural
  - C) Gestionar la Biblioteca Centro de Documentación de Defensa, el Archivo Central del Ministerio de Defensa y el Archivo General e Histórico de Defensa
  - D) Todas las funciones anteriores le corresponden
95. Son órganos dependientes de la Dirección General de Personal de la Subsecretaría de Defensa:



- A) Unidad administrativa de las Reales y Militares Órdenes de San Fernando y San Hermenegildo
- B) Subdirección General de Planificación y Costes de Recursos Humanos
- C) División de Igualdad y Apoyo Social al Personal
- D) Todos los anteriores son órganos dependientes de la DIGENPER

96. El emblema del Cuerpo Militar de Sanidad es:

- A) la Cruz de Malta
- B) el símbolo internacional de la Cruz Roja
- C) la Cruz de Camarga
- D) El Cuerpo Militar de Sanidad no tiene emblemas oficiales

97. Como se podría realizar la recuperación de la condición de personal estatutario fijo.

- A) En el caso de pérdida de la condición de personal estatutario como consecuencia de pérdida de la nacionalidad, el interesado podrá recuperar dicha condición si acredita la desaparición de la causa que la motivó.
- B) Procederá también la recuperación de la condición de personal estatutario cuando se hubiera perdido como consecuencia de incapacidad, si ésta es revisada conforme a las normas reguladoras del Régimen General de la Seguridad Social. Si la revisión se produce dentro de los dos años siguientes a la fecha de la declaración de incapacidad, el interesado tendrá derecho a incorporarse a plaza de la misma categoría y área de salud en que prestaba sus servicios.
- C) La recuperación de la condición de personal estatutario, salvo en el caso previsto en el último párrafo del apartado anterior, supondrá la simultánea declaración del interesado en la situación de excedencia voluntaria.
- D) Todas son correctas.

98. La provisión de plazas del personal estatutario se regirá por los siguientes principios básicos, que son los siguientes, EXCEPTO:

- A) Igualdad, mérito, capacidad y publicidad en la selección, promoción y movilidad del personal de los servicios de salud.
- B) Planificación eficiente de las necesidades de recursos y programación periódica de las convocatorias.
- C) Integración en el régimen organizativo y funcional del servicio de salud y de sus instituciones y centros.
- D) Todas están incluidas dentro de los principios básicos.

99. Para poder participar en los procesos de selección de personal estatutario fijo será necesario reunir los siguientes requisitos, EXCEPTO:



- A) Poseer la nacionalidad española o la de un Estado miembro de la Unión Europea o del Espacio Económico Europeo, u ostentar el derecho a la libre circulación de trabajadores conforme al Tratado de la Unión Europea o a otros tratados ratificados por España, o tener reconocido tal derecho por norma legal.
- B) Estar en posesión de la titulación exigida en la convocatoria o en condiciones de obtenerla dentro del plazo de presentación de solicitudes.
- C) Poseer la capacidad funcional necesaria para el desempeño de las funciones que se deriven del correspondiente nombramiento.
- D) Tener cumplidos 18 años, no hay edad límite.

100. Las profesiones sanitarias tituladas se estructuran en los siguientes grupos, EXCEPTO:

- A) De nivel Licenciado: las profesiones para cuyo ejercicio habilitan los títulos de Licenciado en Medicina, en Farmacia, en Odontología y en Veterinaria.
- B) De nivel Diplomado: las profesiones para cuyo ejercicio habilitan los títulos de Diplomado en Enfermería, en Fisioterapia, en Terapia Ocupacional, en Podología, en Óptica y Optometría, en Logopedia y en Nutrición Humana y Dietética y los títulos oficiales de especialista en Ciencias de la Salud para tales Diplomados a que se refiere el título II de esta ley.
- C) De nivel técnico.
- D) Ninguna de las anteriores.

101. son funciones de cada una de las profesiones sanitarias de nivel de Licenciados las siguientes, EXCEPTO:

- A) Médicos: corresponde a los Licenciados en Medicina la indicación y realización de las actividades dirigidas a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención de las enfermedades y al diagnóstico, tratamiento, terapéutica y rehabilitación de los pacientes, así como al enjuiciamiento y pronóstico de los procesos objeto de atención.
- B) Farmacéuticos: corresponde a los Licenciados en Farmacia las actividades dirigidas a la producción, conservación. La dispensación es de la sola función de los auxiliares de farmacia.
- C) Dentistas: corresponde a los Licenciados en Odontología y a los Médicos Especialistas en Estomatología, sin perjuicio de las funciones de los Médicos Especialistas en Cirugía Oral y Maxilofacial, las funciones relativas a la promoción de la salud buco-dental y a la prevención, diagnóstico y tratamiento señalados en la Ley 10/1986, de 17 de marzo, sobre odontólogos y otros profesionales relacionados con la salud bucodental.



- D) Veterinarios: corresponde a los Licenciados en Veterinaria el control de la higiene y de la tecnología en la producción y elaboración de alimentos de origen animal, así como la prevención y lucha contra las enfermedades animales, particularmente las zoonosis, y el desarrollo de las técnicas necesarias para evitar los riesgos que en el hombre pueden producir la vida animal y sus enfermedades.

102. En cuanto a relaciones interprofesionales y trabajo en equipo, señale la FALSA:

- A) La atención sanitaria integral supone la cooperación multidisciplinaria, la integración de los procesos y la continuidad asistencial, y evita el fraccionamiento y la simple superposición entre procesos asistenciales atendidos por distintos titulados o especialistas.
- B) El equipo de profesionales es la unidad básica en la que se estructuran de forma uni o multiprofesional e interdisciplinar los profesionales y demás personal de las organizaciones asistenciales para realizar efectiva y eficientemente los servicios que les son requeridos.
- C) Cuando una actuación sanitaria se realice por un equipo de profesionales, se articulará de forma jerarquizada o colegiada, atendiendo al criterio de antigüedad en el centro, no se valorará la titulación que se ostente.
- D) Dentro de un equipo de profesionales, será posible la delegación de actuaciones, siempre y cuando estén previamente establecidas dentro del equipo las condiciones conforme a las cuales dicha delegación o distribución de actuaciones pueda producirse.

103. Referente al acceso al acceso a la historia clínica, señale la CORRECTA:

- A) El derecho de acceso del paciente a la historia clínica puede ejercerse también por representación debidamente acreditada.
- B) El derecho al acceso del paciente a la documentación de la historia clínica no puede ejercitarse en perjuicio del derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos que constan en ella recogidos en interés terapéutico del paciente, ni en perjuicio del derecho de los profesionales participantes en su elaboración, los cuales pueden oponer al derecho de acceso la reserva de sus anotaciones subjetivas.
- C) Los centros sanitarios y los facultativos de ejercicio individual sólo facilitarán el acceso a la historia clínica de los pacientes fallecidos a las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, salvo que el fallecido lo hubiese prohibido expresamente y así se acredite. En cualquier caso el acceso de un tercero a la historia clínica motivado por un riesgo para su salud se limitará a los datos pertinentes. No se facilitará información que afecte a



la intimidad del fallecido ni a las anotaciones subjetivas de los profesionales, ni que perjudique a terceros.

D) Todas son correctas.

104. En lo relativo al informe de alta, es CIERTO qué:

- A) Si el paciente pide el alta voluntaria no tiene derecho a un informe.
- B) Todo paciente, familiar o persona vinculada a él, en su caso, tendrá el derecho a recibir del centro o servicio sanitario, una vez finalizado el proceso asistencial, un informe de alta con los contenidos mínimos.
- C) Si el paciente se niega a recibir un tratamiento el médico debe solicitar su alta forzosa.
- D) B y C son ciertas.

105. El alta del paciente se efectuara en los siguientes supuestos, EXCEPTO:

- A) En caso de no aceptar el tratamiento prescrito, se propondrá al paciente o usuario la firma del alta voluntaria. Si no la firmara, la dirección del centro sanitario, a propuesta del médico responsable, podrá disponer el alta forzosa en las condiciones reguladas por la Ley.
- B) El hecho de no aceptar el tratamiento prescrito no dará lugar al alta forzosa cuando existan tratamientos alternativos, aunque tengan carácter paliativo, siempre que los preste el centro sanitario y el paciente acepte recibirlos. Estas circunstancias quedarán debidamente documentadas.
- C) En el caso de que el paciente no acepte el alta, la dirección del centro, previa comprobación del informe clínico correspondiente, oirá al paciente y, si persiste en su negativa, lo pondrá en conocimiento del juez para que confirme o revoque la decisión.
- D) Si el paciente no quiere recibir un tratamiento el medico puede solicitar el alta aun si hay alguna terapia alternativa.

106. Las actuaciones de las Administraciones Públicas Sanitarias estarán orientadas:

- A) A la promoción de la salud.
- B) A promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población.
- C) A garantizar que cuantas acciones sanitarias se desarrollen estén dirigidas a la prevención de las enfermedades y no sólo a la curación de las mismas.
- D) Todas son correctas.

107. Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias, EXCEPTO:



- A) Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por su origen racial o étnico, por razón de género y orientación sexual, de discapacidad o de cualquier otra circunstancia personal o social.
- B) A la información sobre los servicios sanitarios a que puede acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso. La información deberá efectuarse en formatos adecuados, siguiendo las reglas marcadas por el principio de diseño para todos, de manera que resulten accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad.
- C) A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público.
- D) Todas son correctas.

108. Serán obligaciones de los ciudadanos con las instituciones y organismos del sistema sanitario:

- A) Cumplir las prescripciones generales de naturaleza sanitaria comunes a toda la población, así como las específicas determinadas por los Servicios Sanitarios.
- B) Cuidar las instalaciones y colaborar en el mantenimiento de la habitabilidad de las instituciones Sanitarias.
- C) Responsabilizarse del uso adecuado de las prestaciones ofrecidas por el sistema sanitario, fundamentalmente en lo que se refiere a la utilización de servicios, procedimientos de baja laboral o incapacidad permanente y prestaciones terapéuticas y sociales.
- D) Todas las anteriores.

109. Las Administraciones Públicas, a través de sus Servicios de Salud y de los Órganos competentes en cada caso, desarrollarán las siguientes actuaciones:

- A) La promoción de los sistemas de saneamiento no es una de sus actuaciones.
- B) La atención primaria integral de la salud, incluyendo, además de las acciones curativas y rehabilitadoras, las que tiendan a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad del individuo y de la comunidad.
- C) La asistencia sanitaria especializada, que incluye la asistencia domiciliaria, la hospitalización y la rehabilitación.
- D) B y C son correctas.

110. Son medidas dirigidas al control de la temporalidad las siguientes, EXCEPTO:



- A) Las administraciones sanitarias serán responsables del cumplimiento de las previsiones contenidas en la presente norma y, en especial, velarán por evitar cualquier tipo de irregularidad en el nombramiento del personal estatutario temporal y sustituto. Asimismo, las administraciones sanitarias promoverán, en sus ámbitos respectivos, el desarrollo de criterios de actuación que permitan asegurar el cumplimiento de las medidas de limitación de la temporalidad de su personal, así como una actuación coordinada de los distintos órganos con competencia en materia de personal. No obstante, desde la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud se establecerá un seguimiento de estas actuaciones.
- B) Las actuaciones irregulares en materia de nombramiento de personal estatutario temporal y sustituto darán lugar a la exigencia de las responsabilidades que procedan de conformidad con la normativa vigente en cada una de las administraciones públicas.
- C) Todo acto, pacto, acuerdo o disposición reglamentaria, así como las medidas que se adopten en su cumplimiento o desarrollo, cuyo contenido directa o indirectamente suponga el incumplimiento por parte de la comunidad autónoma o del Estado de los plazos máximos de permanencia como personal estatutario temporal se aceptará como válido.
- D) El incumplimiento del plazo máximo de permanencia dará lugar a una compensación económica para el personal estatutario temporal afectado, que será equivalente a veinte días de sus retribuciones fijas por año de servicio, en virtud de la normativa específica que le sea de aplicación, prorrateándose por meses los períodos de tiempo inferiores a un año, hasta un máximo de doce mensualidades. El derecho a esta compensación nacerá a partir de la fecha del cese efectivo y la cuantía estará referida exclusivamente al nombramiento del que traiga causa el incumplimiento. No habrá derecho a la compensación descrita en caso de que la finalización de la relación de servicio sea por causas disciplinarias o por renuncia voluntaria.