



1ª PRUEBA: CUESTIONARIO TEÓRICO
2ª PRUEBA: CUESTIONARIO PRÁCTICO

ACCESO: PROMOCIÓN INTERNA

CATEGORÍA: FEA CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

CONCURSO-OPOSICIÓN PARA CUBRIR PLAZAS BÁSICAS VACANTES:

Resolución de 13 de abril de 2015 (BOJA núm. 74, 20 de abril)

ADVERTENCIAS:

- Compruebe que en su «**Hoja de Respuestas**» están sus datos personales, que son correctos, y **no olvide firmarla**.
- El **tiempo de duración de las dos pruebas** es de **tres horas**.
- **No abra** el cuadernillo hasta que se le indique.
- Para abrir este cuadernillo, rompa el precinto.
- Si observa alguna anomalía en la impresión del cuadernillo, solicite su sustitución.
- Este cuadernillo incluye las preguntas correspondientes a la «1ª PRUEBA: CUESTIONARIO TEÓRICO» y «2ª PRUEBA: CUESTIONARIO PRÁCTICO».

1ª PRUEBA: CUESTIONARIO TEÓRICO

- Esta prueba consta de 100 preguntas, numeradas de la 1 a la 100, y 3 de reserva, situadas al final del cuestionario, numeradas de la 151 a la 153.
 - Las preguntas de esta prueba deben ser contestadas en la «Hoja de Respuestas», numeradas de la 1 a la 100.
 - Las preguntas de reserva deben ser contestadas en la zona destinada a «Reserva» de la «Hoja de Respuestas», numeradas de la 151 a la 153.
- Todas las preguntas de esta prueba tienen el mismo valor.
- Las contestaciones erróneas se penalizarán con $\frac{1}{4}$ del valor del acierto.

2ª PRUEBA: CUESTIONARIO PRÁCTICO

- Esta prueba consta de 50 preguntas, numeradas de la 101 a la 150.
 - Las preguntas de esta prueba deben ser contestadas en la «Hoja de Respuestas», numerada de la 101 a la 150.
- Todas las preguntas de esta prueba tienen el mismo valor.
- Las contestaciones erróneas se penalizarán con $\frac{1}{4}$ del valor del acierto.

- Todas las preguntas tienen 4 respuestas alternativas, siendo sólo una de ellas la correcta.
- Solo se calificarán las respuestas marcadas en su «Hoja de Respuestas».
- Compruebe siempre que el número de respuesta que señale en su «Hoja de Respuestas» es el que corresponde al número de pregunta del cuadernillo.
- Este cuadernillo puede utilizarse en su totalidad como borrador.
- No se permite el uso de calculadora, libros ni documentación alguna, móvil ni ningún otro dispositivo electrónico.

SOBRE LA FORMA DE CONTESTAR SU «HOJA DE RESPUESTAS», LEA MUY ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES QUE FIGURAN AL DORSO DE LA MISMA.

ESTE CUESTIONARIO DEBERÁ ENTREGARSE EN SU TOTALIDAD AL FINALIZAR EL EJERCICIO. Si desean un ejemplar pueden obtenerlo en la página web del SAS (www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud).

1 El plan de calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2010-2014 plantea tres escenarios sobre los que se diseñan las líneas de acción quedan contenido al conjunto del plan: ciudadanos, profesionales y espacio compartido. Dentro de los objetivos marcados para los profesionales se encuentran:

- A) Reforzar el compromiso, la autonomía y participación del profesional en su desarrollo competencial y la gestión de su conocimiento
- B) El profesional se constituye en agente facilitador del paciente en el recorrido por el sistema sanitario, en el desarrollo efectivo de los derechos y en la utilización de los servicios en el marco de la corresponsabilidad.
- C) Desarrollar la estrategia en I+D+I ampliando su desarrollo a nuevas expectativas, como generadora de conocimiento y motor del desarrollo de Andalucía.
- D) Todas son ciertas

2 Según el Decreto 197/2007 de 3 de Julio por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los Servicios de Atención Primaria de Salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud, la Dirección de la Unidad de gestión Clínica:

- A) En cada Unidad de Gestión Clínica existirá una Dirección que tendrá rango de cargo intermedio y dependerá directamente del Director de Salud del Distrito
- B) Su función es la de distribuir las actividades y los recursos económicos asignados
- C) Debe hacer efectiva la participación ciudadana en el ámbito de la Unidad de Gestión Clínica a través de los mecanismos establecidos por la Consejería competente en materia de Salud
- D) Todas son ciertas

3 A propósito de voluntades vitales anticipadas de una persona:

- A) A este documento tienen acceso los profesionales sanitarios, que se encuentren a cargo de su proceso clínico, aún con el paciente lúcido
- B) El derecho a realizar la declaración de voluntad vital anticipada puede ejercerlo toda persona mayor de edad, menor emancipada o aquella otra incapacitada judicial si no lo determina expresamente la resolución de incapacidad
- C) Los profesionales sanitarios no pueden consultar la Voluntad Vital de personas inscritas en otras Comunidades Autónomas
- D) El registro de voluntades puede hacerse exclusivamente en la Delegaciones de Salud

4 En un estudio de investigación la pregunta a investigar debe reunir las siguientes características excepto:

- A) Factibilidad
- B) Interesante para el investigador
- C) Ética y relevante
- D) Debe ser lo más amplia posible

- 5 A una paciente inmigrante de 23 años sin antecedentes patológicos relevantes, que proviene de Rumanía y que no recuerda si ha sido vacunada, ¿que vacuna le administraría?**
- A) Solamente la del tétanos porque ya no es una adolescente
 - B) Tétanos y difteria
 - C) Tétanos, difteria, triple vírica y polio oral
 - D) Tétanos, difteria, triple vírica y polio inactivada
- 6 La gestión clínica en el Servicio Andaluz de Salud es un proceso de rediseño organizativo que permite incorporar a los profesionales en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica. En las Unidades de Gestión Clínica la actividad se desarrolla de acuerdo a diferentes objetivos, entre los que destacan:**
- A) Disminución del gasto farmacéutico
 - B) Mejor control presupuestario
 - C) Fomentar la implicación de los profesionales sanitarios en la gestión de los centros.
 - D) Ninguna es correcta
- 7 ¿Cual de las siguientes herramientas resulta menos útil en la toma de decisiones sobre estrategias terapéuticas desde el enfoque de la gestión clínica?**
- A) La medicina basada en la evidencia
 - B) Los informes de evaluación tecnológica
 - C) La experiencia profesional individual
 - D) Las búsquedas sistemáticas de información: Pubmed, Cochrane..
- 8 En relación con las habilidades comunicativas de los médicos:**
- A) No pueden ser evaluadas con métodos objetivos
 - B) Mejoran la adherencia de los pacientes al tratamiento prescrito
 - C) Se correlaciona con sus conocimientos científicos
 - D) Se basan exclusivamente en la capacidad de comunicación oral
- 9 El Plan andaluz del ataque cerebral agudo (PLACA). La activación del código ictus se realiza de acuerdo a los siguientes criterios. Señale la respuesta correcta.**
- A) Edad inferior a 85 años
 - B) Situación previa al episodio de autosuficiencia.
 - C) La situación de coma, invalida la activación del código ICTUS.
 - D) Tiempo de evolución inferior a seis horas. Documentado por testigos

- 10 El Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2010-2014. En las estrategias de desarrollo, contempla los siguientes escenarios, excepto:**
- A) Los ciudadanos
 - B) La organización sanitaria
 - C) Los profesionales
 - D) La integración con el Sistema Nacional de Salud para la mejor cohesión y calidad del sistema sanitario.
- 11 Uno de estos parámetros no corresponde al shock hemorrágico clase III, según el curso ATLS:**
- A) Pérdida de sangre 30-40%
 - B) Pulso, latidos/minuto mayor de 80
 - C) Presión arterial reducida
 - D) Frecuencia respiratoria 30-40/min
- 12 El aporte de volumen en fase inicial del paciente traumático con pérdida de volumen circulante:**
- A) Debe ser posterior a la corrección de las pérdidas de hematíes
 - B) Prioritario sobre la corrección de las pérdidas de hematíes
 - C) La corrección de las pérdidas de hematíes es prioritaria siempre
 - D) Puede ser prioritario sobre la corrección de hematíes en algunas ocasiones
- 13 En el síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, los efectos biológicos importantes de la interleucina 6, son todos excepto uno:**
- A) Induce hipotermia
 - B) Promueve la maduración y diferenciación del linfocito B
 - C) Estimula el eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal
 - D) Induce la síntesis hepática de proteínas de fase aguda
- 14 El síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) se considera que está presente cuando hay dos o más de los siguientes criterios clínicos:**
- A) Temperatura >38 o $<36^{\circ}\text{C}$, taquicardia >90 latidos/min, frecuencia respiratoria >20 rpm, leucocitosis de más de 12.000 e hipotensión mantenida a pesar de reposición de volumen
 - B) Temperatura >38 o $<35^{\circ}\text{C}$, taquicardia >90 latidos/min, Hipotensión $< 60/40$ mmHg a pesar de reposición de volumen e hiperventilación evidenciada por una frecuencia respiratoria >20 rpm o una $\text{PCO}_2 < 32$ mmHg
 - C) Temperatura corporal $> 38^{\circ}\text{C}$ o $< 36^{\circ}\text{C}$, frecuencia cardíaca > 90 latidos/min. Hiperventilación, evidenciada por una frecuencia respiratoria >20 rpm o una $\text{PCO}_2 < 32$ mmHg y recuento leucocitario >12.000 o < 4.000
 - D) Temperatura >38 o $<36^{\circ}\text{C}$, taquicardia >90 latidos/min, hipotensión $< 60/40$ mmHg a pesar de reposición de volumen y taquipnea con frecuencia respiratoria >20 rpm o $\text{pCO}_1 < 32$ mmHg

15 Necesidades estándar de electrolitos en la NP, cuál es incierta:

- A) Potasio 60 mEq
- B) Calcio 10-15 mEq
- C) Magnesio 8-20 mEq
- D) Zinc 60-70 mEq

16 Infecciones de heridas quirúrgicas. La disminución del número de infecciones se produce en todas menos una:

- A) Profilaxis antibiótica adecuada
- B) Hipotermia durante la cirugía
- C) Menor hospitalización preoperatoria
- D) Menor tiempo de intervención

17 En un paciente quirúrgico que presenta un embolismo pulmonar ¿cuál de las siguientes opciones es falsa?

- A) La gasometría arterial está alterada
- B) La angiografía pulmonar es costosa, relativamente segura y no fácil de realizar
- C) La TC helicoidal puede sustituir a la gammagrafía pulmonar
- D) En la sospecha de embolismo pulmonar en el algoritmo diagnóstico el eco-doppler de MMII tiene su utilidad

18 Sobre los métodos mecánicos específicos utilizados en la enfermedad tromboembólica venosa señale la opción incorrecta:

- A) Hay pocos estudios (pequeños) que comparen con la trombopprofilaxis farmacológica
- B) No aumentan la efectividad de la trombopprofilaxis farmacológica
- C) Pueden reducir o retrasar el empleo de los métodos anticoagulantes
- D) Una limitación es el coste asociado a la compra, limpieza etc de los diferentes aparatos

19 El término Analgesia Multimodal o Balanceada hace referencia a:

- A) Utilización de dosis mínimas de analgésicos para evitar la aparición de efectos secundarios indeseables
- B) Utilización, siempre que sea posible, de la vía oral para que el paciente gane autonomía
- C) La combinación de analgésicos y vías de administración que actúan a través de diferentes mecanismos lo que permite disminuir la dosis de cada uno de ellos, potenciando la analgesia y disminuyendo los posibles efectos adversos
- D) Una vez decidido el analgésico adecuado, intentar no sustituirlo por otro para evitar interacciones de mismo con el nuevo fármaco administrado

20 Sobre los traumatismo abdominales , con respecto al colon, es cierto que:

- A) El colon es uno de los órganos afectados con menor frecuencia en las heridas abdominales penetrantes
- B) Las lesiones de colon y recto por traumatismos cerrados, aparecen en mas del 10% de todos los pacientes que tienen este tipo de traumatismo
- C) El colon no es vulnerable a fuerzas de cizallamiento
- D) En caso de shock, la anastomosis inmediata podría asociarse a una tasa de dehiscencia demasiado elevada

21 Traumatismos torácicos. Es incierto que :

- A) Las fracturas costales son la lesión torácica más frecuente en los traumatismos cerrados
- B) Una toracotomía derecha es útil en el abordaje del esófago distal
- C) Hasta el 85% de todas las lesiones torácicas pueden tratarse simplemente con la toracostomía por sonda
- D) En pacientes con contusión pulmonar no debe realizarse restricción de líquidos

22 Los signos clave para determinar la gravedad del la isquemia en la embolia arterial son todos menos uno:

- A) Dolor persistente
- B) Cianosis
- C) Pérdida de sensibilidad
- D) Debilidad muscular

23 Traumatismos del cuello. Requieren exploración quirúrgica inmediata todas, menos una:

- A) Hematoma creciente
- B) Lesiones aerodigestivas
- C) Presencia de pseudoaneurisma
- D) Hemorragia activa

24 ¿Cuál de los siguientes enunciados le parece incorrecto a propósito de las lesiones de los nervios en los traumatismos penetrantes del cuello?

- A) La TC-mielografía constituye el gold standard como técnica diagnóstica, junto con la RMN
- B) Los test electro-diagnósticos resultan más útiles de 3 a 4 semanas tras la lesión
- C) El pronóstico de recuperación funcional es variable e incierto
- D) Las lesiones del plexo braquial por herida por arma blanca se deben tratar de forma conservadora

- 25 Las náuseas y vómitos es una complicación que tiene un impacto negativo en la Cirugía Mayor Ambulatoria. Al respecto de medidas útiles en su profilaxis ¿cuál de las siguientes opciones es falsa?**
- A) La dexametasona presenta la mejor relación coste-efectividad en su prevención
 - B) La hidratación
 - C) La utilización de propofol en la inducción y mantenimiento
 - D) El uso de óxido nítrico y de agentes volátiles halogenados
- 26 La malla de POLIPROPILENO se caracteriza por:**
- A) Ser una prótesis laminar
 - B) Ser absorbible
 - C) Presentar óptima integración tisular siendo el anclaje a los tejidos receptores muy bueno
 - D) Al ser una prótesis laminar o microporosa, permite un buen desarrollo del peritoneo sobre su estructura evitando la aparición de adherencias
- 27 ¿Cuál de los siguientes biomateriales protésicos tolera mejor la infección?**
- A) Polipropileno
 - B) PTFEe (Politetrafluoroetileno expandido)
 - C) Prótesis compuestas de POLIPROPILENO- PTFEe
 - D) Prótesis compuesta de POLIPROPILENO- Poliuretano
- 28 En la reparación de las hernias inguinales, que afirmación es incierta:**
- A) Durante la reparación laparoscópica se puede dañar con frecuencia el tronco principal del nervio femoral
 - B) Los nervios que más veces se lesionan durante la reparación abierta son el ilioinguinal, ramo genital del genitofemoral y el iliohipogástrico
 - C) En ocasiones se registran neuralgias transitorias y que remiten a las semanas
 - D) Las estrategias de sección nerviosa rutinaria durante la cirugía no se acompañan de una disminución del dolor torácico
- 29 En la hernia umbilical del lactante es cierto todo menos una respuesta:**
- A) A diferencia del onfalocele está cubierta por piel
 - B) En general ocurren en el borde superior del anillo umbilical
 - C) Se reducen con dificultad
 - D) La reparación quirúrgica está indicada cuando persiste más allá de 3-4 años
- 30 Sobre la hernia de Bochdalek, es cierto:**
- A) En su mayoría ocurren en el lado derecho
 - B) Se acompaña de malformaciones congénitas en casi el 50% de los casos
 - C) Es menos frecuente que la hernia de Morgagni
 - D) Generalmente se practica para su tratamiento un abordaje torácico

31 Fístulas y quistes congénitos cervicales. Una respuesta es cierta:

- A) En los vestigios del segundo surco faríngeo, el orificio externo se sitúa en el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo
- B) Los vestigios del primer surco faríngeo son los más frecuentes
- C) Los vestigios del tercer surco faríngeo se localizan, de ordinario, en el parte anterior o posterior de la oreja
- D) Ninguna de las anteriores es cierta

32 Para definir un bocio multinodular como endémico ¿cuál de las siguientes opciones es la correcta?

- A) Lo padece más del 10% de la población
- B) Más del 15% de la población
- C) Más del 5% de la población
- D) Más del 20% de la población

33 Los cuerpos de Psamoma son una característica histológica patognomónica del:

- A) Carcinoma papilar
- B) Carcinoma folicular
- C) Carcinoma medular
- D) Carcinoma anaplásico

34 ¿Cuál es la causa más frecuente, y porcentajes , del hiperparatiroidismo primario?

- A) Adenoma , 85%
- B) Hiperplasia 70%
- C) Hiperplasia 60%%
- D) Carcinoma 55%

35 Tumoración suprarrenal de 3 a 5 cm , no funcionante, que factores favorecen la suprarrenalectomía. Todos menos uno:

- A) Riesgos sospechosos en la imagen
- B) Paciente senil
- C) Pocos factores de riesgo quirúrgico
- D) Intervalo de crecimiento tumoral corto

36 En el síndrome MEN 1, es cierto todo menos uno:

- A) Cuando coinciden hiperparatiroidismo y gastrinomas debe realizarse antes el tratamiento del gastrinoma
- B) El hiperparatiroidismo suele ser la primera manifestación clínica
- C) Otras manifestaciones son dermatofibromas
- D) El insulinoma constituye el segundo tumor pancreático en frecuencia

- 37 La causa más frecuente de secreción espontánea por el pezón , procedente de un solo conducto es:**
- A) Mastitis
 - B) Galactocele
 - C) Cáncer intraductal
 - D) Papiloma intraductal
- 38 Ante una paciente que se le realiza mamografía en campaña de cribaje mamario y solo aparece grupo pequeño de calcificaciones puntiformes redondeadas ¿cuál sería la categoría en la escala BIRADS de este hallazgo radiológico y que actitud adoptaría?**
- A) BIRADS 0. Realizaría una ecografía
 - B) BIRADS 5. Haría una biopsia
 - C) BIRADS 4. Consideraría la biopsia
 - D) BIRADS 3. Recomendaría seguimiento en plazo breve (seis meses)
- 39 La mamografía digital se caracteriza por todo lo siguiente ¿excepto?**
- A) Mayor resolución y contraste de las imágenes
 - B) Aumenta el número de proyecciones especiales
 - C) Imagen en pantalla prácticamente en tiempo real
 - D) La ausencia de artefactos
- 40 El tratamiento quirúrgico más adecuado en un paciente varón de 70 años con carcinoma ductal infiltrante de mama de 2,5 cms de diámetro mayor que infiltra la piel y con afectación clínica, ecográfica e histológica de la axila homolateral es:**
- A) Tumorectomía
 - B) Tumorectomía + BSGC
 - C) Mastectomía radical modificada
 - D) Mastectomía simple + BSGC
- 41 Sobre el espasmo esofágico difuso (EED), cuál es cierta:**
- A) El EED es un trastorno de hipomotilidad esofágica muy conocido
 - B) Es cinco veces más frecuente que la achalasia
 - C) La alteración patológica básica es una anomalía del esófago que afecta especialmente al tercio superior del esófago
 - D) Las contracciones esofágicas son repetitivas simultáneas y de una gran amplitud
- 42 En el tratamiento del cáncer de esófago, no se realiza piloroplastia en que técnica:**
- A) Esofagectomía en bloque
 - B) Esofagectomía transtorácica
 - C) Esofagectomía transhiatal
 - D) Esofagectomía con conservación del vago

- 43 En el RGE al realizar una endoscopia, aparecen lesiones que cubren la circunferencia, infiltrado de la pared sin producir estenosis, corresponde en la clasificación de Savary-Miller a:**
- A) Grado V
 - B) Grado IV
 - C) Grado III
 - D) Grado I
- 44 En el tratamiento de las úlceras gástricas, en que tipo hay que emplear gastrectomía en combinación con vagotomía o vagotomía altamente selectiva:**
- A) Úlceras de tipo I
 - B) Úlceras de tipo II y III
 - C) Úlceras de tipo IV
 - D) Úlceras de tipo V
- 45 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta en la diarrea postvagotomía?**
- A) En estos pacientes la colestiramina no disminuye la diarrea
 - B) Es útil disminuir la fibra dietética e incrementar los lácteos
 - C) Algunos estudios han evaluado el octreótido con resultados alentadores
 - D) La recontaminación intestinal con cursos cortos de neomicina puede ser útil para tratar y excluir el sobrecrecimiento bacteriano
- 46 El propósito de la Estadificación Preoperatoria de los pacientes con Cáncer de Estómago es incluir a los mismos en grupos homogéneos para afinar el pronóstico y seleccionar el tratamiento más adecuado. ¿Cuál de las siguientes pruebas son las más utilizadas en el momento actual para llevar a cabo este estadiaje?**
- A) Tránsito esófago-gástrico y gastroscopia
 - B) Ecografía endoscópica (Eco-endoscopia) y TAC helicoidal con doble contraste
 - C) Resonancia Magnética y PET-TC (PET-TAC)
 - D) Resonancia Magnética y Laparoscopia asistida por ecografía endoscópica
- 47 Cuando un Cirujano realiza una resección gástrica R0, hace referencia a :**
- A) Resección gástrica con extirpación incompleta del Nivel I
 - B) Resección completa del tumor sin restos tumorales
 - C) Resección del tumor dejando restos microscópicos
 - D) Resección del tumor dejando restos macroscópicos
- 48 Cirugía de la obesidad mórbida. En la técnica del cruce duodenal, el conducto común debe medir:**
- A) 50 cm
 - B) 100 cm
 - C) 200 cm
 - D) 250 cm

- 49 Criterios clínicos para el diagnóstico del cáncer colorrectal sin poliposis hereditaria. Criterios de Amsterdam, como mínimo tres familiares con cáncer de colon más todo lo siguiente, excepto uno:**
- A) Uno de los afectados es familiar en primer grado de los otros dos
 - B) Afectación de dos generaciones sucesivas
 - C) Al menos un caso de cáncer de colon diagnosticado antes de los setenta años
 - D) Exclusión de la poliposis adenomatosa familiar
- 50 En el cáncer de recto se puede optar por la resección transanal en que caso ?**
- A) uT1N0 menor de 3 cm
 - B) uT1N0 de 5 cm
 - C) uT1N0 de 6 cm
 - D) En todos los anteriores
- 51 En la enfermedad duodenal de Crohn, son ciertas todas, excepto una :**
- A) Necesita cirugía con frecuencia
 - B) La indicación quirúrgica principal es la obstrucción de duodeno
 - C) El procedimiento preferido es la gastroyeyunostomía
 - D) Afecta al 2-4% de los pacientes con esta enfermedad
- 52 ¿Cuál de las siguientes variables no tiene en cuenta la Clasificación de Montreal de la enfermedad de Crohn?**
- A) Respuesta al tratamiento
 - B) Edad de diagnóstico
 - C) Localización
 - D) Comportamiento evolutivo
- 53 Es característico de la colitis ulcerosa:**
- A) La afectación perianal por la enfermedad
 - B) La afectación sincrónica de segmentos de intestino delgado
 - C) La afectación transmural del segmento afecto
 - D) La afectación continua e ininterrumpida de la mucosa colónica que suele comenzar en el recto distal
- 54 Incontinencia anal. En los defectos anatómicos, la técnica más frecuente es la esfinteroplastia de solapamiento directa. Con respecto a esta técnica, que respuesta no es cierta:**
- A) Tiene baja morbilidad y mortalidad
 - B) Los resultados son buenos en el 55-68%
 - C) Es necesario la desviación de las heces
 - D) Con el paso de los años existe un deterioro continuo de la función

55 Técnicas en el tratamiento del prolapso rectal, Cuál no está indicada:

- A) Delorme
- B) Ferguson
- C) Altemeier
- D) Resección intestinal y rectopexia

56 Sobre el tratamiento de las fístulas anales es incierto:

- A) La identificación del orificio interno puede realizarse con la inyección de agua oxigenada
- B) Colgajos de avance es la técnica de elección en las fístulas submucosas
- C) Si durante la intervención se encuentran cavidades abscesificadas es preferible no hacer un colgajo de avance
- D) El colgajo se debe tallar por encima del orificio interno de la fístula

57 En la colecistitis aguda, los microorganismos más frecuentes, son:

- A) Aerobios gramnegativos
- B) Anaerobios
- C) Aerobios grampositivos
- D) Ninguno de los anteriores

58 En todos los siguientes casos se contraindica la cirugía del cáncer de vesícula biliar excepto:

- A) Infiltración de porta derecha
- B) Infiltración de arteria hepática propia
- C) Adenopatías tumorales en tronco celiaco
- D) Adenopatías paraaórticas

59 Se consideran Criterios de Irresecabilidad en un tumor de Klatskin todos los siguientes excepto:

- A) Bismuth II
- B) Patología de base que contraindique la cirugía
- C) Evidencia de afectación ganglionar N2 (adenopatías en tronco celiaco; arteria mesentérica superior o paraaórticas)
- D) Evidencia de metástasis a distancia o enfermedad extrahepática

60 En primera instancia, cuál es el tratamiento de un adenoma hepatocelular de 3 cm :

- A) Resección hepática
- B) Embolización
- C) Suspender la píldora anticonceptiva
- D) Ver evolución sin cambiar el tratamiento

61 **Cuál es el estudio inicial de elección para la ictericia obstructiva:**

- A) Ecografía
- B) ERCP
- C) TAC
- D) RMN

62 **En los abscesos amebianos, es característica (solo una):**

- A) Leucopenia
- B) 80-90% tiene amebas en las heces
- C) Los anticuerpos antiamebianos circulantes se ven en aprox. El 90%
- D) Es frecuente que los abscesos rompan hacia el peritoneo

63 **Qué diferencia existe entre el hepatocarcinoma convencional y el fibrolaminar:**

- A) Invasivo/bien circunscrito
- B) Presencia de cirrosis/no presencia
- C) Hepatitis B positivo/negativo
- D) Todos los anteriores

64 **Todas son indicaciones de TH (trasplante hepático) de Donante Vivo en carcinoma hepatocelular cuando el periodo de lista de espera supera los seis meses excepto:**

- A) Tumor único > de 7 cm
- B) Tumor único 5-7 cm
- C) Multinodularidad con tres nódulos < 5 cm o 5 nódulos < 3 cm
- D) Respuesta a cualquier tratamiento que consiga criterios de trasplante convencional mantenidos por un periodo de seis meses, durante el periodo en lista de espera

65 **La introducción de nuevas líneas de Quimioterapia en el tratamiento de las metástasis hepáticas secundarias al Carcinoma Colo-Rectal (CCR) han condicionado modificaciones en los Criterios de Irresecabilidad de las mismas. ¿Cuál de los siguientes criterios se mantiene actualmente como criterio de IRRESECABILIDAD en las metástasis hepáticas del CCR?**

- A) Margen de resección > 1 cm
- B) Presencia de adenopatías en la cadena de la arteria hepática o del tronco celiaco
- C) Adenopatías hiliares (ligamento hepato-duodenal / retropancreáticas)
- D) Enfermedad extrahepática

66 **¿Qué es una derivación de Warren?**

- A) Derivación portocava laterolateral
- B) Derivación portocava termino-lateral
- C) Injerto H portocavo sistémico
- D) Derivación esplenorenal distal con ligadura de la vena coronaria

67 ¿En qué caso no está indicada la esplenectomía?

- A) Deficiencia de 6 glucosa-fosfato-deshidrogenasa
- B) Tumores esplénicos
- C) Púrpura trombocitopénica trombótica
- D) Absceso esplénico

68 En el trasplante de páncreas ¿ donde se realiza la anastomosis del conducto exocrino en la colocación paratópica ? :

- A) Vejiga
- B) Yeyuno
- C) Estómago
- D) Colon

69 Sobre el trasplante hepático de donante vivo, es cierto:

- A) Menos del 10% de donantes de un hígado, vivos, tienen una o más complicaciones postoperatorias
- B) Hay un aumento de complicaciones del receptor relacionados con la anastomosis de la vía biliar
- C) Los resultados de los receptores de donantes de hígados vivos son peores
- D) Todo lo anterior es incierto

70 La fase neohepática del receptor se caracteriza por disminución de frecuencia cardiaca, presión arterial y resistencia vascular periférica, además de aumento de gasto cardiaco y de presiones de llenado cardiacas, a lo que se puede añadir disritmias. Cuando el cuadro adquiere una especial magnitud se denomina Síndrome Postreperfusión. La profilaxis de este síndrome consiste en las siguientes medidas excepto:

- A) Evitar cambios bruscos de temperatura y de potasio
- B) Desechar la sangre de lavado del injerto
- C) Administrar bicarbonato y cloruro cálcico
- D) Intentar evitar la administración de atropina

71 En la Clasificación de la Estadificación del Cáncer de Páncreas de la American Joint Committee for Cancer (AJCC), el estadio IIA se corresponde con:

- A) Tis N0 M0
- B) T1 N0 M0
- C) T2 N0 M0
- D) T3 N0 M0

- 72 El diagnóstico diferencial de una lesión indurada en la cabeza pancreática debe incluir las siguientes posibilidades, EXCEPTO:**
- A) Carcinoma de vesícula biliar
 - B) Pancreatitis crónica focal
 - C) Colangiopancreatitis autoinmune
 - D) Adenocarcinoma periampular
- 73 Criterios de Ramson en las pancreatitis agudas, durante las 48 horas iniciales, todas son ciertas menos una:**
- A) Déficit de bases mayor de 4
 - B) Secuestros de líquidos mayor de 6 l
 - C) Disminución del hematocrito mayor del 10%
 - D) LDH mayor de 200
- 74 En la pancreatitis crónica autoinmunitaria, una respuesta es cierta:**
- A) La pancreatitis autoinmunitaria es más frecuente en mujeres
 - B) Hasta el 80% tiene menos de 50 años
 - C) Pueden presentar síntomas agudos como la ictericia o los de una pancreatitis aguda
 - D) El tipo 2 es más frecuente que el tipo 1
- 75 En el estudio de extensión del carcinoide apendicular no se incluye:**
- A) Niveles de cromogranina A en sangre
 - B) Niveles de 5-hidroxiindolacetico en sangre
 - C) Gammagrafía con octeotrido marcada con In 111
 - D) Gammagrafía I 131 MIBG (metayodobencilguanidina)
- 76 Con respecto a las complicaciones crónicas de la diabetes tras el trasplante pancreático, ¿cual es la opción incorrecta?**
- A) La retinopatía diabética constituye la mayor causa de ceguera en el adulto.
 - B) La hiperlipidemia, la hipertensión y la proteinuria son factores potenciales de riesgo de progresión de la retinopatía.
 - C) La nefropatía diabética supone la causa más frecuente de insuficiencia renal terminal.
 - D) La hiperlipidemia, la hipertensión y la hipernatremia son factores potenciales de riesgo de progresión de la retinopatía.
- 77 En relación con el absceso intraabdominal localizado en el vestíbulo de la bolsa del epiplón menor ("lesser sac abscess") ¿Cuál es la causa más frecuente?**
- A) Perforación gastroduodenal incipiente
 - B) Colecistitis aguda
 - C) Dehiscencia de anastomosis esofágica o gástrica
 - D) Pancreatitis aguda complicada

78 El tratamiento de elección de un paciente con buen estado general, con una peritonitis localizada secundaria a apendicitis aguda complicada y que debuta como plastrón apendicular fijo será:

- A) Observación domiciliaria
- B) Apendicectomía urgente
- C) Tratamiento conservador con antibioterapia; sueroterapia ; control ecográfico cada 48-72 horas y si presenta buena evolución realizar apendicectomía de intervalo pasadas 6-8 semanas
- D) Desbridamiento de los tejidos; hemicolectomía derecha y drenaje en proximidad de la cavidad del plastrón

79 Abdomen agudo, el signo de Danforth consiste en:

- A) Varices venosas en el ombligo
- B) Dolor en el hombro a inspirar
- C) Dolor al levantar y extender la pierna contra una resistencia
- D) Sensibilidad de rebote en la pared abdominal

80 La causa más frecuente de obstrucción de intestino delgado es:

- A) Adherencias
- B) Hernias
- C) Enfermedad de Crohn
- D) Neoplasias

81 Sobre el packing en los traumatismos hepáticos, es cierta una de las respuestas:

- A) Debe retirarse antes de las 72 horas
- B) Las compresas se introducen dentro del parénquima hepático
- C) Las compresas comprimen la cava
- D) Esta indicado en lesiones de grado I de la clasificación de la ASST

82 De estos fármacos cual impide, en mayor grado, la cicatrización de las heridas:

- A) Doxorrubicina
- B) Paracetamol
- C) Metamizol
- D) Omeprazol

83 En el tratamiento prehospitalario de la quemadura es básico todas las siguientes medidas excepto:

- A) Minimizar la pérdida de calor
- B) Control de temperatura durante el traslado
- C) Reducir el dolor cubriendo las quemaduras
- D) Utilizar inyecciones intramusculares de narcóticos para aliviar el dolor

- 84 La sulfadiazina argéntica, pomada antimicrobiana utilizada en el tratamiento tópicol de las quemaduras tiene las siguientes características excepto:**
- A) Es relativamente indolora
 - B) Fácil de usar
 - C) Espectro antimicrobiano limitado
 - D) Puede producir leucopenia
- 85 Una vez garantizada la permeabilidad de la vía aérea en un paciente afecto por el Síndrome de Aplastamiento en una extremidad, la prioridad en el tratamiento es:**
- A) Descompresión inmediata de la extremidad
 - B) Aplicación de un torniquete en la raíz de la extremidad afecta
 - C) Administración solución de Ringer-Lactato
 - D) Fasciotomía descompresiva
- 86 En las heridas por mordedura de perro o gato, los gérmenes que se localizan con más frecuencia, son:**
- A) Género Pasteurella
 - B) Bacteroides
 - C) Enterobacter
 - D) Escherichia Coli
- 87 Sobre la hidradenitis supurativa, no es cierto:**
- A) El microorganismo causal más frecuente es el staphylococcus aureus
 - B) Es una infección/absceso de las glándulas sudoríparas ecrinas
 - C) Las localizaciones más frecuentes son perineo/nalgas, área inguinal , axila
 - D) El tratamiento es antibióticos/incisión y drenaje
- 88 ¿Qué es la úlcera de Marjolin?**
- A) Carcinoma basocelular extenso
 - B) Carcinoma de células escamosas en zona de inflamación crónica
 - C) Melanoma ulcerado
 - D) Carcinoma basocelular ulcerado
- 89 La coagulopatía de los pacientes quirúrgicos es multifactorial. Una de las causas es la reducción de los factores de coagulación. Este descenso se debe a las siguientes causas excepto a una que NO es cierta:**
- A) Consumo
 - B) Dilución
 - C) Factores genéticos
 - D) Hipertermia

- 90 En el diagnóstico de sarcoma o masa de partes blandas en el adulto se debe de obtener una biopsia en todos los casos excepto:**
- A) Masa que produzca síntomas
 - B) Masa que mida < 5 cm
 - C) Masa que persista más de cuatro semanas
 - D) Masa que aumente de tamaño
- 91 El tratamiento definitivo de la hernia de Bochdaleck en recién nacidos es la Cirugía. Actualmente, se suele diferir la misma hasta conseguir una estabilización del neonato. ¿Cuál de las siguientes medidas de soporte preoperatoria ha conseguido mejoras en la supervivencia de estos pacientes?**
- A) Administración de Dopamina
 - B) Oxigenación con membrana extracorpórea (ECMO)
 - C) Administración de Oxido Nítrico
 - D) Administración de Prostaglandina D2
- 92 ¿Cuál de los siguientes NO se considera un criterio de CAMERON para el manejo conservador de las roturas esofágicas?**
- A) Presencia de estenosis distal a la perforación
 - B) Perforación bien drenada hacia la luz esofágica
 - C) Inflamación mediastínica mínima y bien localizada
 - D) Estabilidad hemodinámica, ausencia de criterios de sepsis y de insuficiencia respiratoria
- 93 En el síndrome compartimental abdominal (SCA), es cierto:**
- A) El SCA primario se presenta en pacientes afectados de Shock que requieren una agresiva reanimación con cristaloides
 - B) El shock y la isquemia disminuyen la permeabilidad capilar
 - C) La compresión de los riñones y la obstrucción del flujo de salida venoso determinan un aumento de la filtración glomerular
 - D) Las manifestaciones clínicas del SCA primario y secundario son similares
- 94 En las eventraciones, es incierto:**
- A) A menudo se asocian con infecciones del sitio quirúrgico
 - B) Factores de riesgo son la enfermedad pulmonar crónica y la diabetes
 - C) Es altamente aconsejable colocar la malla por encima de la fascia
 - D) El abordaje laparoscópico supone menos complicaciones incisionales
- 95 La infección después de la reparación herniaria con uso de prótesis:**
- A) Las prótesis de PTFEe son más resistentes a la infección que las de polipropileno
 - B) Las prótesis microporosas tienen una menor probabilidad de infección que las macroporosas
 - C) Los gérmenes que más frecuentemente producen la contaminación son los estafilococos
 - D) Son correctas las respuestas b y c

96 Sobre las hemorroides, es incierto:

- A) Los signos y síntomas son, masa/prolapso anal/sangrado/prurito/dolor
- B) Las hemorroides internas se encuentran por debajo de la línea dentada
- C) Las hemorroides de segundo grado prolapsan a la defecación pero regresan por si solas
- D) La enfermedad de Crohn es contraindicación para la hemorroidectomía

97 Las malformaciones anorrectales presentan un alto riesgo de asociación con otras patologías ¿cuál es la asociación más frecuente?

- A) Anomalías cardiovasculares
- B) Atresia de esófago
- C) Malrotación intestinal
- D) Anomalías urinarias

98 Según la Escala para el Traumatismo Rectal (Rectal Organ Injury Scale- RIS-) de la Asociación Americana para la Cirugía del Trauma (AAST), una lesión RIS III corresponde a:

- A) Laceración parcial del espesor de la pared del recto
- B) Deterioro de la vascularización de un segmento del recto
- C) Laceración / lesión completa del espesor de la pared del recto que afecta al 50% ó más de la circunferencia
- D) Laceración total del espesor de la pared rectal con extensión al periné

99 Sobre la poliposis adenomatosa familiar (PAF), es cierto:

- A) La PAF ocasiona el 5-10% de todos los cánceres colorrectales
- B) Es mutación del gen APC localizado en el cromosoma 5a30
- C) Microscópicamente los pólipos son distintos de los pólipos esporádicos adenomatosos
- D) El adenocarcinoma de duodeno es la tercera causa de muerte en la PAF

100 Sobre el síndrome del Ligamento Arcuato medio, cuál no es cierta:

- A) Es una isquemia mesentérica
- B) Son fibras del hiato diafragmático
- C) Existe soplo abdominal con frecuencia
- D) No presenta dolor abdominal

101 CASO I:

Varón de 70 años que ingresa con diagnóstico de estenosis antropilórica por neoplasia. Refiere una pérdida de peso de unos 20 Kg en cuatro meses. El peso actual es de 53 kg con una estatura de 172 cm. Presenta signos de hipoperfusión y caquexia severa. Desde el punto de vista nutricional hipoalbuminemia de 1.4 g/dl, e hipoproteinemia de 3.7 g/dl

Comienza con nutrición parenteral con aporte energético de 30 kcal/kg (distribución calórica de 48% de carbohidratos, 30% de lípidos y 22% de proteínas) y un aporte proteico de 1.6 g/kg.

CASO I - PREGUNTA 1:

Le parece correcta este tipo de nutrición en este paciente:

- A) No es correcta, precisa menos aporte calórico y menos hidratos de carbono
- B) Es correcta
- C) No es correcta precisa un superior aporte calórico y más hidratos de carbono
- D) No es correcta , el aporte de proteínas debería ser un 50% superior

102 CASO I - PREGUNTA 2:

Recomendaría la administración profiláctica de tiamina, y si lo hace en que cantidades:

- A) No lo haría , esperaría al menos hasta el quinto día del inicio de la nutrición
- B) Si lo haría, 200-300 mg antes del inicio de la realimentación
- C) Si lo haría , 10-20 mg
- D) En ningún caso

103 CASO I - PREGUNTA 3:

Al tercer día de iniciar la nutrición el paciente presenta un cuadro de insuficiencia respiratoria, bajo nivel de conciencia , disminución de los reflejos tendinosos y fuerza en las cuatro extremidades.

Que realizaría de manera prioritaria:

- A) Estudio analítico
- B) TAC abdominal
- C) TAC craneal
- D) TAC torácico

104 CASO I - PREGUNTA 4:

Entre las prueba realizadas en la analítica que se pidió se reflejan los siguientes resultados, glucosa 178 mg/dl, urea 36, creatinina 1.01 mg/dl, Na 134 mEq, K 2.9 mEq, Hb 8.5 g/dl, no leucocitosis y 90.000 plaquetas.

Con estos resultados , que haría:

- A) Solicitar nueva analítica, con fósforo y magnesio
- B) Incrementar el ritmo de la nutrición con aumento del aporte proteico
- C) Transfundir hematíes y solicitar coagulación
- D) Solicitar analítica con metabolismo del Fe

105 CASO I - PREGUNTA 5:

En la nueva analítica recibida los valores son K de 3 mmol/l, fósforo de 1.3 mg/dl, magnesio de 0.8 mg/dl, hierro 15 mcg/dl, ferritina 15 ng/ml.. Todos presentan niveles inferiores a la normalidad

Cual sería el siguiente paso:

- A) Suspender la nutrición y corregir las alteraciones electrolíticas
- B) Corregir las alteraciones electrolíticas
- C) Continuar con el tratamiento ya que estos no son la causa del cuadro
- D) Repetir pruebas de imagen si fueron normales

106 CASO I - PREGUNTA 6:

Si hemos decidido tratar la hipofosfatemia, que efectos secundarios pueden aparecer si administramos dosis excesivas, todos excepto uno:

- A) Hiperfosfatemia
- B) Tetania
- C) Hipernatremia
- D) Hipertensión

107 CASO I - PREGUNTA 7:

Que síntomas podría provocar la hipomagnesemia en un paciente, todos menos uno:

- A) Vómitos
- B) Estreñimiento
- C) Irritabilidad
- D) Convulsiones

108 CASO I - PREGUNTA 8:

La suplementación de potasio vía iv en los déficit severos, se considera seguro:

- A) 10-20 mEq/h con un máximo de 40 en una hora
- B) Usar vía central si la velocidad es elevada
- C) Monitorización cardiaca en casos de infusión rápida
- D) Todos los anteriores

109 CASO I - PREGUNTA 9:

El cuadro que ha presentado el paciente ha sido debido a:

- A) Alteraciones metabólicas por rápida reintroducción del soporte nutricional
- B) Nutrición parenteral hipocalórica que motivó alteraciones electrolíticas
- C) Nutrición con exceso de lípidos en paciente con caquexia que motivó desorden electrolítico
- D) Nutrición hipoproteica en paciente con caquexia

110 CASO I - PREGUNTA 10:

El diagnóstico del cuadro que ha presentado:

- A) Síndrome de realimentación
- B) Síndrome de hipoalimentación
- C) Síndrome de desnutrición calórico/proteica
- D) Ninguno de los anteriores

111 CASO II:

Mujer de 45 años de edad remitida a Consulta de Unidad de Mama por tumoración de 1,5 cms de diámetro, en cuadrante supero-externo (CSE) hacia unión de cuadrantes superiores (UCCSS) de la mama derecha de crecimiento lento en los últimos 4-5 meses. Aumento discreto de las molestias en periodo premenstrual.

Antecedentes personales:

- Abuela materna con cáncer de mama, no sabe edad de debut.
- Nulípara.
- Ingesta durante 3 años de ACO, veinte años atrás.
- No otros antecedentes de interés.

Exploración física:

Normosómica. Buen estado general.

Mamas simétricas a la exploración sin alteraciones cutáneas y con normal desarrollo del tejido fibroglandular.

Nódulo de consistencia dura y buena definición de sus contorno de 1,5 cms de diámetro en cuadrante supero-externo (CSE) hacia unión de cuadrantes superiores (UCCSS) en mama derecha no adherido a la piel.

Axila clínicamente libre.

Analítica realizada por su médico de cabecera con parámetros dentro de la normalidad, incluidos marcadores tumorales.

- Mamografía solicitada de control por su Médico de cabecera, cinco años antes (antecedentes familiares) informada como múltiples microcalcificaciones dispersas en ambas mamas compatible con lesiones benignas: BIRADS 2 mamográfico.

CASO II - PREGUNTA 1:

En este escenario, cuál crees que debería ser la actitud a tomar:

- A) Dada la existencia de una prueba de imagen cinco años antes, actitud conservadora con vigilancia clínica de la lesión
- B) La existencia de una nueva lesión clínica nos obliga a diagnosticarla por lo que solicitaremos al Servicio de Radiodiagnóstico una prueba de imagen diagnóstica: Ecografía / Mamografía
- C) La existencia de una nueva lesión obliga a realizar en primer lugar una Biopsia con aguja gruesa (BAG)
- D) Dados los antecedentes familiares de la paciente se debe realizar una biopsia quirúrgica de la lesión

112 CASO II - PREGUNTA 2:

El informe Anatómo-Patológico confirma la presencia de un Carcinoma Ductal Infiltrante grado I de Bloom-Richardson modificado (Nuclear 1, Tubular 1, Mitótico 1) de 7 mms en CIE de la mama izquierda, que respeta ampliamente márgenes de resección. Primer y segundo ganglios centinelas negativos para células malignas y estudio Inmuno-histoquímico compatible como subtipo Luminal A.

Cual sería el tratamiento adyuvante más adecuado en esta paciente:

- A) Quimioterapia + Radioterapia + Hormonoterapia
- B) Radioterapia + Hormonoterapia
- C) Quimioterapia + Hormonoterapia
- D) No necesita tratamiento adyuvante

113 CASO II - PREGUNTA 3:

A la paciente se le realiza una Biopsia por estereotaxia de la lesión que informa de la presencia de un Carcinoma Ductal Infiltrante grado I de Bloom- Richardson modificado de la lesión en cuadrante ínfero-externo (CIE) de la mama izquierda con Estudio Inmuno-histoquímico que informa de RE (+) ; RP (+) ; HER2 / Neu (-) ; Ki67 < 7%.

La ecografía axilar descarta la presencia de ganglios patológicos axilares ni en cadena mamaria interna y se practica Resonancia Magnética con Gadolinio que informan de la presencia de una zona de realce del contraste única de 6 mm en CIE MI.

Qué indicación quirúrgica crees la más adecuada con estos datos:

- A) Mastectomía radical modificada
- B) Mastectomía simple + Biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC)
- C) Tumorectomía ampliada guiada por arpón
- D) Tumorectomía ampliada guiada por arpón + BSGC

114 CASO II - PREGUNTA 4:

El Fibroadenoma del CSE MI de la paciente permanece estable, sin evidencia de cambios en la mamografía de los seis meses, por lo que se realiza nueva mamografía / ecografía al año del diagnóstico como parte del control de estabilización de lesiones. En dicha mamografía se evidencia un aumento en el número de microcalcificaciones, de aspecto polimorfos, agrupadas, en el cuadrante ínfero-externo (CIE) de la mama izquierda.

En qué grado de la Clasificación BIRADS mamográfica, crees que se encuentra la paciente:

- A) BIRADS 2
- B) BIRADS 3
- C) BIRADS 4
- D) BIRADS 5

115 CASO II - PREGUNTA 5:

Siendo el diagnóstico de presunción de esta lesión un fibroadenoma de mama de 7 mms ; En cuál de los siguientes supuestos habría que sacar a la paciente del Programa de Control de Estabilización de lesiones y realizar una biopsia de la misma :

- A) Aumento brusco del tamaño de la lesión
- B) Aparición de alguna característica radiológica en los estudios evolutivos que nos lleve a una duda diagnóstica de la misma
- C) Inquietud y ansiedad en la paciente ante la presencia de una lesión no diagnosticada en la mama
- D) Todos los supuestos anteriores son causas de realización de biopsia de la lesión

116 CASO II - PREGUNTA 6:

La paciente presentaba además en las pruebas de imagen, asociada al quiste en la mama derecha , una lesión bien definida en cuadrante supero-externo (CSE) de la mama izquierda (MI) de unos 7 mms de diámetro, de aspecto sólida y eje paralelo a la piel.

En el caso de esta lesión, cuál es la actitud diagnóstica / terapéutica más adecuada:

- A) Dados los antecedentes de la paciente, debería realizarse una biopsia radio-quirúrgica de la lesión
- B) Alta en la consulta de mama y reevaluación clínica de la paciente
- C) Debido a los antecedentes familiares de la paciente, y al hecho de encontrarnos ante una lesión sólida, debería realizarse de inicio una mastectomía subcutánea profiláctica
- D) Al encontrarnos ante una lesión BIRADS III , no palpable, se recomienda ingresar a la paciente en un Programa de Control de Estabilización de lesiones, con realización de mamografía / ecografía a los 6, 12 y 24 meses

117 CASO II - PREGUNTA 7:

Si por el contrario, el líquido obtenido de la punción tuviera características hemorrágicas, la actitud a seguir sería:

- A) Si el tamaño de la lesión lo permite, debe realizarse una Biopsia con aguja gruesa (BAG) y si la misma no fuera factible o no es diagnóstica, realizar biopsia quirúrgica
- B) Dado que no se puede descartar que el sangrado sea secundario a la punción, reevaluación clínica con nueva punción pasados tres meses
- C) Control de estabilización de lesiones con mamografía / ecografía en seis meses
- D) Dados los antecedentes familiares, practicar una mastectomía subcutánea profiláctica

118 CASO II - PREGUNTA 8:

Suponiendo que el líquido obtenido en la PAAF del quiste sea cristalino, cuál debe ser el siguiente paso a dar:

- A) Una vez vaciado el quiste, conviene insuflar aire y realizar una prueba de imagen de la mama para detectar lesiones intraquísticas
- B) Si con la PAAF, la lesión se resuelve se debe reevaluar a las tres o seis semanas para confirmar su resolución
- C) Si aparece de nuevo líquido, se puncionará y se vaciará el mismo y si no desaparece del todo se debe hacer una biopsia quirúrgica
- D) Todas las respuestas de los apartados A), B) y C) son ciertas

119 CASO II - PREGUNTA 9:

Qué tipo de secreción en esta paciente nos haría sospechar que nos encontramos ante un papiloma intraquístico o un carcinoma de mama:

- A) Secreción cristalina
- B) Secreción verdosa
- C) Secreción láctea
- D) Secreción sanguinolenta

120 CASO II - PREGUNTA 10:

Supongamos que dentro de la batería de pruebas solicitadas a esta paciente, se realiza una prueba de imagen (Mamografía cráneo-caudal y oblicua medio-lateral) que informa:

- **Persistencia de múltiples microcalcificaciones dispersas sin cambios respecto a estudios previos, compatibles con lesiones benignas (BIRADS 2 mamográfico)**
- **Presencia de una lesión -opacidad- redondeada de bordes bien definidos en CSE hacia UCCSS de la mama derecha por lo que se realiza Ecografía mamaria bilateral con los siguientes hallazgos:**
 - **Presencia de múltiples lesiones quísticas en ambas mamas, muchas de ellas con pequeñas calcificaciones en su interior, compatibles con quistes simples, siendo la de mayor tamaño de unos 11 mm en CSE-UCCSS MD (12 horas).**
 - **Lesión bien definida en cuadrante supero-externo (CSE) de la mama izquierda (MI), de eje largo paralelo a la piel, de aspecto sólido con ecos en su interior, de unos 7 mms. Clasificación ecográfica BIRADS 3**

En este supuesto: lesión palpable en CSE hacia UCCSS MD y otra no palpable en CSE MI; cuál sería la actitud a seguir con la lesión palpable en CSE MD:

- A) Dado que parece tratarse de una lesión quística, Alta en la consulta de Unidad de Mama y control por su médico de cabecera
- B) Observación clínica en nuestra consulta en tres meses
- C) Siendo una lesión palpable y tratarse probablemente de un quiste se procede a una Punción Aspiración con aguja fina (PAAF) diagnóstica / terapéutica de la secreción del quiste
- D) Dados los antecedentes de la paciente, exéresis quirúrgica de la lesión

121 CASO III:

Varón de 70 años, de raza blanca, nivel sociocultural bajo, sin familia, con antecedentes médicos de HTA, diabetes tipo II e intervenido en dos ocasiones de urgencias. La primera hace 22 años por un cuadro de abdomen agudo al parecer una úlcera y la segunda hace 15 años parece ser que por una obstrucción, le dijeron "que estaba todo muy mal y muy pegado". No aporta ninguna información al respecto.

Es traído por un vecino porque cada vez lo encuentra peor. Presenta clínica de náuseas y vómitos sobre todo tras la ingesta, distensión y dolor abdominal que localiza en epigastrio, de tiempo de evolución y últimamente el deterioro y la pérdida de peso es cada vez mayor.

CASO III - PREGUNTA 1:

Por la clínica sólo ¿cuál de los siguientes cuadros descartaría?

- A) Dumping tardío
- B) Recidiva ulcerosa
- C) Obstrucción crónica del asa eferente
- D) Obstrucción crónica del asa aferente

122 CASO III - PREGUNTA 2:

Siguiendo con la clínica ¿cuál también de los siguientes cuadros descartaría?

- A) Gastroparesia tardía o de presentación crónica
- B) Carcinoma muñón gástrico
- C) Síndrome de estasis del asa en Y de Roux
- D) Fístula gastroyeyunocólica

123 CASO III - PREGUNTA 3:

Si los vómitos que presenta el paciente son biliosos sin restos alimenticios en un periodo corto tras la ingesta (de media a una hora) ¿cuál sería su primera posibilidad diagnóstica?

- A) Obstrucción crónica de asa eferente
- B) Obstrucción crónica del asa aferente
- C) Gastroparesia de presentación crónica
- D) Recidiva ulcerosa

124 CASO III - PREGUNTA 4:

Pensando en las distintas posibilidades diagnósticas en este paciente, de las siguientes pruebas ¿cuál cree que nunca está indicada?

- A) Endoscopia oral
- B) pHmetría gástrica y esofágica de 24 horas
- C) Gammagrafía HIDA de vaciamiento de las vías biliares
- D) Gammagrafía de vaciado gástrico

125 CASO III - PREGUNTA 5:

De las siguientes opciones ¿cuál escogería de entrada para avanzar en el diagnóstico?

- A) Analítica completa, endoscopia digestiva alta y determinación de gastrina en sangre
- B) Analítica completa, endoscopia digestiva alta y gammagrafía HIDA de vaciamiento de las vías biliares
- C) Analítica completa, endoscopia digestiva alta y tránsito EGD
- D) Analítica completa, endoscopia digestiva alta y gammagrafía de vaciado gástrico

126 CASO III - PREGUNTA 6:

Si tras la realización de esta primera batería de pruebas la sospecha es de obstrucción crónica del asa eferente ¿solicitaría alguna prueba más y que tratamiento haría?

- A) Mejoraría el estado nutricional del enfermo y tratamiento con procinéticos
- B) Mejoraría su estado nutricional, modificaría sus hábitos dietéticos y tratamiento con procinéticos
- C) Mejoraría su estado nutricional, solicitaría TAC para asegurar diagnóstico y practicaría una enteroenteroanastomosis a pie de asa (Braun)
- D) Mejoraría su estado nutricional, solicitaría TAC para confirmar diagnóstico, posible motivo, e intervendría al paciente resolviendo la causa mecánica

127 CASO III - PREGUNTA 7:

Si tras la realización de esta primera batería de pruebas el diagnóstico es de recidiva ulcerosa tras descartar el carcinoma muñón gástrico ¿cuál de las siguientes afirmaciones es la más correcta?

- A) Gastrinemia siempre, suspendiendo toda medicación antisecretora. Si es normal, la cirugía de rescate es excepcional y el manejo es médico habitualmente
- B) Gastrinemia y test de la secretina siempre
- C) Gastrinemia, test de la secretina, determinación de acidez gástrica y niveles de polipéptido pancreático tras comida simulada siempre
- D) Gastrinemia, test de la secretina y gammagrafía con octreotido I. Posteriormente plantearía el tratamiento quirúrgico

128 CASO III - PREGUNTA 8:

Si tras la realización de esta primera batería de pruebas la sospecha es de obstrucción crónica del asa aferente ¿solicitaría alguna prueba más y que tratamiento haría?

- A) Pasaría directamente al tratamiento quirúrgico intentando una conversión a Billroth I
- B) Intentaría dilataciones por endoscopia
- C) Solicitaría un TAC y de confirmarse intervendría al paciente: enteroenteroanastomosis laterolateral a pie de asa (Braun) o reconversión a un asa en Y de Roux con vagotomía
- D) Solicitaría un TAC y de confirmarse intentaría dilataciones por endoscopia

129 CASO III - PREGUNTA 9:

Si tras la realización de esta primera batería de pruebas la sospecha es de síndrome de estasis del asa en Y de Roux ¿solicitaría alguna prueba más y que tratamiento haría?

- A) No es necesario ninguna prueba más . Tratamiento médico con procinéticos
- B) Gammagrafía de vaciado gástrico. Tratamiento quirúrgico, eligiendo la opción quirúrgica más apropiada en da caso
- C) No es necesaria ninguna prueba más. Tratamiento quirúrgico, eligiendo la opción quirúrgica más apropiada en cada caso
- D) Gammagrafía de vaciado gástrico. El tratamiento se debe iniciar siempre con agentes procinéticos. Si tras largo periodo no hay respuesta se indicaría la cirugía

130 CASO III - PREGUNTA 10:

Si tras la realización de esta primera batería de pruebas la sospecha es de gastroparesia tardía o de presentación crónica ¿solicitaría alguna prueba más y que tratamiento haría?

- A) No son necesarias más pruebas. Indicación de marcapasos gástrico
- B) Gammagrafía de vaciado gástrico, técnicas de electrogastrografía y estudios manométricos GI. De confirmarse tratamiento médico inicial y si no hay respuesta cirugía
- C) No son necesarias más pruebas. Tratamiento médico inicial y si no hay respuesta marcapasos
- D) Gammagrafía de vaciado gástrico. De confirmarse, tratamiento quirúrgico completando la gastrectomía habitualmente

131 CASO IV:

Varón de 52 años , HTA en tratamiento, sin hábitos tóxicos ni otros antecedentes. Acude al servicio de Urgencias, presentando cuadro de prurito de intensidad progresiva de veinte días de evolución, acompañado de astenia, pérdida de apetito, coluria, acolia, no fiebre y dolor abdominal en hipocondrio derecho. En la exploración física se objetiva tinte icterico en piel y mucosas. En la analítica destaca una hiperbilirrubinemia (93 mmol/L), hipertransaminemia (AST: 114 U/L; ALT: 263 U/L) y elevación de Fosfatasa Alcalina (808 U/L).

CASO IV - PREGUNTA 1:

¿Cuál sería la primera prueba diagnóstica de imagen que pediría para llegar a un posible diagnóstico?

- A) Ecografía abdominal
- B) TAC abdominal con contraste multicorte
- C) CPRE
- D) ColangioRMN

132 CASO IV - PREGUNTA 2:

Realizada la primera prueba de imagen y establecida sospecha diagnóstica, el estudio debe completar unos objetivos, para ello ¿cuáles de las siguientes pruebas de imagen pediríamos?

- A) TAC abdominal con contraste multicorte y CPRE (colangiopancreatografía retrógrada endoscópica)
- B) TAC abdominal con contraste multicorte y colangioRMN
- C) Ecoendoscopia y PAAF (punción aspiración con aguja fina)
- D) PET/TAC (tomografía por emisión de positrones /TC)

133 CASO IV - PREGUNTA 3:

En la TAC con contraste se observa dilatación de la vía biliar intrahepática a expensas de vía biliar derecha, no dilatación de la vía biliar extrahepática, no colelitiasis (datos confirmados por la ecografía), masa hipodensa y con realce periférico irregular de 3 cm de diámetro en segmento IV con extensión hacia segmento III, V y VIII. Adenopatías de 1 cm pericoledocianas y adenopatías < 1 cm retroportales. Trombosis vena porta izquierda > 180°, pérdida de plano graso de arteria hepática izquierda < 180°. No LOES hepáticas. Sin otros hallazgos.

En colangioRMN se observa masa hipointensa en señal T1 e hiperintensa en T2 que afecta al conducto hepático común, conducto hepático derecho e izquierdo y se extiende hacia la confluencia de radicales secundarios derechos anteriores. Ante estos hallazgos se trata de una lesión:

- A) Colangiocarcinoma perihiliar tipo IIIa según la clasificación de Bismuth-Corlette y T2 según la clasificación MSKCC (Blumgart's Group at MSKCC)
- B) Colangiocarcinoma perihiliar tipo IIIb según la clasificación de Bismuth-Corlette y T2 según la clasificación MSKCC (Blumgart's Group at MSKCC)
- C) Colangiocarcinoma perihiliar tipo IV según la clasificación de Bismuth-Corlette y T2 según la clasificación MSKCC (Blumgart's Group at MSKCC)
- D) Colangiocarcinoma perihiliar tipo II según la clasificación de Bismuth-Corlette y T2 según la clasificación MSKCC (Blumgart's Group at MSKCC)

134 CASO IV - PREGUNTA 4:

Una vez diagnosticado y evaluado correctamente el estadiaje preoperatorio de esta patología que se realiza conforme a la clasificación TNM propuesta por American Joint Committee on Cancer (AJCC) T3N1 M0 y a las antiguas clasificaciones de Bismuth-Corlette y de Blumgart, se ha añadido la clasificación del "cholangiocarcinoma group for the staging of perihiliar cholangiocarcinoma" que incluye los siguientes datos excepto:

- A) Afectación biliar
- B) Afectación portal > 180°
- C) Volumen hepático remanente
- D) Atrofia lobar

135 CASO IV - PREGUNTA 5:

Ante esta lesión diagnosticada y realizado el estadiaje preoperatorio, el siguiente planteamiento sería:

- A) Quimioterapia neoadyuvante
- B) Drenaje biliar y cálculo del volumen del futuro remanente hepático (FRH)
- C) Cirugía (resección hepática mayor)
- D) Tratamiento de soporte y quimioterapia paliativa

136 CASO IV - PREGUNTA 6:

Una vez realizadas las indicaciones del apartado anterior, estamos ante un colangiocarcinoma que aplicando la clasificación "cholangiocarcinoma group for the staging of perihilar cholangiocarcinoma" sería una tumoración B4, PV3-L, HA3-L, V25%. La siguiente actuación en este paciente sería:

- A) Nuevo ciclo de quimioterapia
- B) Resección hepática mayor
- C) Reevaluación del paciente con TAC con contraste multicorte y ColangioRMN
- D) Embolización portal y como alternativa ALPPS (assocoating liver partition and vein ligation staged hepatectomy)

137 CASO IV - PREGUNTA 7:

Si el paciente requiriese resección hepática mayor ¿cuantas semanas tendríamos que esperar para tener un volumen de remanente hepático adecuado?

- A) Dos semanas
- B) De una a dos semanas
- C) Diez días
- D) Tres semanas tras embolización portal y una semana tras ligadura portal del hígado afecto y transección hepática in situ

138 CASO IV - PREGUNTA 8:

El tratamiento quirúrgico indicado en este paciente sería el siguiente:

- A) Colectomía, resección de VBP, hepatectomía izquierda, resección segmento I, linfadenectomía y biopsia de márgenes
- B) Colectomía, resección de VBP, hepatectomía izquierda ampliada, resección segmento I, linfadenectomía y biopsia de márgenes
- C) Colectomía, resección de VBP, hepatectomía derecha ampliada, resección segmento I, linfadenectomía y biopsia de márgenes
- D) Colectomía, resección de VBP, linfadenectomía, biopsia de márgenes y quimioterapia y radioterapia adyuvante

139 CASO IV - PREGUNTA 9:

Si en el estudio de anatomía patológica fuera R0 y con afectación ganglionar ¿cuál sería la actitud terapéutica a seguir?

- A) Observación y seguimiento clínico por Oncología
- B) Radioterapia y quimioterapia con régimen basado en fluoropirimidinas o gemcitabina
- C) Quimioterapia con régimen basado en fluoropirimidinas o gemcitabina
- D) Radioterapia sin quimioterapia

140 CASO IV - PREGUNTA 10:

¿Cuál es el único factor pronóstico que se asociaría a una mejoría significativa en la supervivencia en este paciente?

- A) La ausencia de adenopatías invadidas
- B) El grado de diferenciación tumoral
- C) Resección R0
- D) Resección vascular

141 CASO V:

Paciente de 45 años de edad que ingresa con traumatismo abdominal cerrado, con TA de 10/7, 80 ppm, y hemograma y bioquímica con escasas alteraciones. En pruebas de imagen desgarró capsular y 2 cm de penetración en parénquima, aprox. 500 cc de líquido en cavidad peritoneal y no extravasación de contraste

CASO V - PREGUNTA 1:

Cuál es la mejor prueba en pacientes estables:

- A) TAC sin contraste iv
- B) TAC con contraste iv
- C) Ecografía
- D) Angiografía

142 CASO V - PREGUNTA 2:

Qué grado de lesión es la que se describe en la clasificación de la AAST:

- A) I
- B) II
- C) III
- D) IV

143 CASO V - PREGUNTA 3:

Qué tratamiento estaría indicado:

- A) Angiografía con embolización si disponemos de ella
- B) Tratamiento conservador con vigilancia
- C) Esplenectomía
- D) Laparotomía y tratamiento quirúrgico conservador

144 CASO V - PREGUNTA 4:

En la rotura de bazo con hemoperitoneo, que se presente el signo de Ballance quiere decir:

- A) Que tiene dolor en el hombro izquierdo
- B) Que presenta matidez a la percusión de CSI
- C) Que presenta hipotensión con bradicardia
- D) Que presenta hipotensión con taquicardia

145 CASO V - PREGUNTA 5:

En lesiones de grado IV de la AAST cuál es la tasa aproximada de fracaso del tratamiento conservador:

- A) 10%
- B) 20%
- C) 30%
- D) 75%

146 CASO V - PREGUNTA 6:

En pacientes en los que se opta por el tratamiento conservador, la hemorragia diferida tiene una frecuencia aproximada de:

- A) 10%
- B) 25%
- C) 40%
- D) 55%

147 CASO V - PREGUNTA 7:

Que factor influye en la decisión de conservar el bazo:

- A) Estado fisiológico
- B) Edad del paciente
- C) Grado de lesión
- D) Todos los anteriores

148 CASO V - PREGUNTA 8:

Tras esplenectomía , el periodo ideal para realizar la vacunación es de:

- A) 14 días
- B) 30 días
- C) 45 días
- D) Antes de los seis meses

149 CASO V - PREGUNTA 9:

Cuál es el agente más frecuentemente aislado en hemocultivos en pacientes con sepsis tras esplenectomía:

- A) Estafilococo epidermidis
- B) Streptococo pneumoniae
- C) Haemophilus influenzae
- D) Neisseria meningitidis

150 CASO V - PREGUNTA 10:

Tras esplenectomía cuando y como debe tratarse la trombocitosis:

- A) Más de trescientas mil y quinientas mil plaquetas y ácido acetilsalicílico
- B) Más de un millón de plaquetas y ácido acetilsalicílico
- C) Más de quinientas mil con clopidogrel
- D) Ninguno de los anteriores

151 Como clasificaría usted una hernia umbilical producida a consecuencia de una cirugía laparoscópica (con insercción umbilical del trócar):

- A) Hernia de tipo I con anillo pequeño.
- B) Hernia de tipo I con anillo pequeño y contenido epiploico.
- C) Hernia de tipo II post-laparoscopia.
- D) Ninguna de las anteriores respuestas son correctas.

152 Los hemangiomas microscópicamente son:

- A) Sinusoides normales con espacios llenos de sangre recubiertos por células endoteliales
- B) Sinusoides patológicos con dificultad de relleno sanguíneo
- C) Sinusoides normales llenos de sangre sin cobertura de células endoteliales
- D) Sinusoides patológicos sin espacios y con cobertura endotelial

153 La laparotomía descompresiva requiere una preparación preoperatoria para:

- A) Evitar infección intra abdominal
- B) Evitar hipotensión y parada cardiaca
- C) Evitar isquemia mesentérica
- D) Evitar tromboembolismo pulmonar



JUNTA DE ANDALUCIA
CONSEJERÍA DE SALUD

CONSEJERÍA DE SALUD

JUNTA DE ANDALUCIA

