Junta de Andalucía | Consejería de Salud y Consumo

Servicio Andaluz de Salud

1ª PRUEBA: CUESTIONARIO TEÓRICO **2ª PRUEBA:** CUESTIONARIO PRÁCTICO	**ACCESO: LIBRE**

CONCURSO-OPOSICIÓN 2023 PARA CUBRIR PLAZAS BÁSICAS VACANTES DE:

FEA OFTALMOLOGÍA

ABRIR SOLAMENTE A LA INDICACIÓN DEL TRIBUNAL

ADVERTENCIAS:

- **ESTÁ PROHIBIDA LA ENTRADA AL AULA Y PUESTO DE EXAMEN con TELEFONO MÓVIL (o dispositivo electrónico conectado a datos, en general).**
- **EN LA CONTRAPORTADA DE ESTE CUADERNILLO ENCONTRARÁ INSTRUCCIONES QUE DEBE SEGUIR EN CASO DE HABER OLVIDADO DEJAR EL TELEFONO MÓVIL ANTES DE ACCEDER AL AULA DE EXAMEN.**
- **ESTÁ PROHIBIDO HABLAR DESDE EL INICIO DE LA PRUEBA.**
- **NO ABRA EL CUADERNILLO HASTA QUE SE LE INDIQUE.**
- **EL INCUMPLIIMIENTO DE LAS INSTRUCCIONES SUPONDRÁ LA EXPULSIÓN DEL PROCESO**.

- 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**.
- **Para abrir este cuadernillo, rompa el precinto cuando se indique.**
- Si observa alguna anomalía en la impresión del cuadernillo, solicite su sustitución. PARA ELLO LEVANTE LA MANO Y ESPERE EN SILENCIO A SER ATENDIDO POR LAS PERSONAS QUE ESTAN VIGILANDO EL EXAMEN.
- 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 teórica 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 y sumarían un máximo de 50 puntos.
- Las contestaciones erróneas se penalizarán con ¼ 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 práctica 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 y sumarían un máximo de 50 puntos.
- Las contestaciones erróneas se penalizarán con ¼ 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.

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

ESTE CUADERNILLO DEBERÁ ENTREGARSE EN SU TOTALIDAD AL FINALIZAR EL EJERCICIO. Si desea un ejemplar puede obtenerlo en la página web del Organismo.

CONTINÚA EN LA CONTRAPORTADA

SAS_FEA OFTALMOLOGÍA 2023 / TURNO LIBRE

CUESTIONARIO TEÓRICO

---

1 El derecho a la vida y el derecho a la integridad física y moral son los derechos más básicos y primarios de todos los reconocidos en nuestra Constitución Española de 1978, en la medida en que la afirmación de los demás solo tiene sentido a partir del reconocimiento de éstos. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones referida a este tema es cierta?

A) La Constitución Española (CE) de 1978 reconoce este derecho fundamental en su artículo 13.
B) La CE establece la abolición, en cualquier circunstancia o situación, de la pena de muerte.
C) La CE establece que nadie, en ningún caso, pueda ser sometido a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes.
D) Todas las respuestas anteriores son ciertas.

2 ¿Qué artículo del Estatuto de Autonomía para Andalucía señala que "corresponde a la Comunidad Autónoma la competencia exclusiva sobre organización, funcionamiento interno, evaluación, inspección y control de los centros, servicios y establecimientos sanitarios"?

A) Artículo 53.
B) Artículo 54.
C) Artículo 55.
D) Artículo 56.

3 La Ley 2/1998, de Salud de Andalucía establece, en su artículo 30, que las líneas directivas y de planificación de actividades, programas y recursos necesarios para alcanzar la finalidad expresada en el objeto de dicha ley constituirán el Plan Andaluz de Salud, que será el marco de referencia y el instrumento indicativo para todas las actuaciones en materia de salud en el ámbito de Andalucía. Así mismo establece que la vigencia será fijada en el propio plan. En la actualidad, el plan vigente es el IV, que estaba diseñado para el periodo 2013-2020, por lo que el pasado 16 de mayo de 2023, el Consejo de Gobierno firmó un Acuerdo por el que se aprueba la formulación de:

A) El V Plan Andaluz de Salud.
B) La Estrategia de Salud de Andalucía 2030.
C) El Plan Estratégico de Salud 2023-2028.
D) Ninguna de las anteriores es cierta.

4 Las llamadas Precauciones Estándar en la prevención frente al riego biológico establecen, entre otras premisas, que toda sangre humana o fluido biológico así como cualquier material que pueda transmitir infección debe considerarse infeccioso. En este sentido, ¿cuál es la medida preventiva más importante para reducir los riesgos de transmisión de agentes biológicos en nuestro ámbito laboral?

A) El uso de guantes.
B) El uso de máscaras y protectores faciales y oculares.
C) La eliminación de resíduos.
D) El lavado de manos.

5 ¿A qué órgano directivo de la actual Consejería de Salud y Consumo está adscrita la Escuela Andaluza de Salud Pública, según establece el Decreto 156/2022, de 9 de agosto, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y Consumo?

A) Secretaria General de Salud Pública e I+D+i en Salud.
B) Viceconsejería.
C) Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica.
D) Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud.

6 Las Comisiones Hospitalarias constituyen uno de los pilares más importantes de la Política de Calidad de los centros sanitarios, constituyéndose como órganos colegiados de asesoramiento técnico a la Dirección del Hospital. ¿Por qué norma legal están reguladas las Comisiones Clínicas y otros órganos colegiados de participación y asesoramiento?

A) Por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
B) Por la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.
C) Por el RD 328/2004, de 11 de noviembre, por el que se regulan las Comisiones de Calidad en los centros asistenciales del Sistema Nacional de Salud.
D) Por el RD 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud.

7 El vigente Contrato Programa 2023 del SAS con sus centros (Hospitales, Distritos, Áreas de Gestión Sanitaria y Red Andaluza de Medicina Transfusional, Tejidos y Células) establece tres perspectivas prioritarias, de forma que todos los objetivos se orienten hacia: (señale la FALSA)

A) El desarrollo de los profesionales.
B) Garantizar la accesibilidad.
C) Una asistencia humanizada.
D) La eficiencia.

8 Según se recoge en la Exposición de Motivos de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, "El concepto de profesión es un concepto elusivo que ha sido desarrollado desde la sociología en función de una serie de atributos como formación superior, autonomía y capacidad auto-organizativa, código deontológico y espíritu de servicio, que se dan en mayor o menor medida en los diferentes grupos ocupacionales que se reconocen como profesiones". Por otra parte (sigue el texto legal), en nuestra organización política solo se reconoce como profesión existente aquella que está normada desde el Estado, y de ahí el objeto y ámbito de aplicación de esta Ley 44/2003. ¿Qué establece esta norma legal regulatoria de las profesiones sanitarias en nuestro país?

A) Esta ley regula los aspectos básicos de las profesiones sanitarias tituladas en lo que se refiere a su ejercicio por cuenta propia, dejando en manos de la Administración Sanitaria la regulación de las mismas en el ejercicio por cuenta ajena y en los servicios sanitarios públicos.
B) A efectos de esta Ley son profesiones sanitarias, tituladas y reguladas, aquellas cuya formación pregraduada o especializada se dirige específica y fundamentalmente a dotar a los interesados de los conocimientos, habilidades y actitudes propias de la atención de salud, y que están organizadas en colegios profesionales oficialmente reconocidos por los poderes públicos.
C) La Ley establece en su artículo 2, tres grupos de profesiones sanitarias tituladas: de nivel licenciado, de nivel diplomado y de nivel de formación profesional.
D) Todas las respuestas anteriores son correctas.

9 La responsabilidad patrimonial de la Administración Pública es el deber que tiene la Administración de indemnizar a un sujeto cuando, como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, causa una lesión o daño que el sujeto afectado no está jurídicamente obligado a soportar. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre este tema es cierta?

A) Los procedimientos de responsabilidad patrimonial solo podrán iniciarse a solicitud de la persona interesada.
B) El medio de presentación dependerá de lo que establezca la normativa que regule este procedimiento: si el procedimiento es exclusivamente telemático, no podrá presentar la solicitud en una oficina de asistencia en materia de registros.
C) El plazo máximo que tiene la Administración para la Resolución/Notificación es de 2 meses tras la presentación de la solicitud.
D) En el caso de reclamaciones patrimoniales interpuestas por los ciudadanos ante el Servicio Andaluz de Salud (SAS), el órgano responsable de la tramitación de las mismas es la Dirección General de Gestión Económica y Servicios del SAS.

10 A la hora de evaluar la relación entre dos variables cuantitativas contínuas, es cierto que:

A) Siempre es una buena idea examinar la relación entre las variables con una gráfica de dispersión.
B) Un coeficiente de correlación mide el grado en que dos variables tienden a cambiar al mismo tiempo, describiendo la fuerza de la asociación pero no la dirección de la relación.
C) La correlación de Pearson evalúa la relación logarítmica entre dos variables contínuas.
D) La correlación de Spearman evalúa la relación lineal entre dos variable contínuas.

11 Un estudio de investigación ha llevado a cabo un seguimiento de una gran muestra (multicéntrica y multinacional) de pacientes con cáncer de pulmón no microcítico, para evaluar la supervivencia global en función del primer tratamiento oncológico recibido. ¿Cuál de las afirmaciones siguientes sobre este estudio clínico es correcta?

A) Es un diseño clásico de casos y controles.
B) El análisis de supervivencia a usar será el método de Kaplan-Meier, al ser una muestra tan grande.
C) La estimación del riesgo será un hazard ratio (HR).
D) Este estudio no podría diseñarse como una cohorte retrospectiva o histórica, porque no podría determinarse con seguridad el evento o desenlace (muerte).

12 UpToDate está disponible para todos los profesionales del SNS, y es probablemente el recurso de información para la práctica clínica más usado en el mundo, considerándose un estándar para la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia. En la pirámide de Haynes, que clasifica las fuentes que debemos utilizar para encontrar las mejores evidencias en función de su relevancia, y establece una jerarquía de niveles en los que se encuentran las diferentes formas de presentar la información biomédica, ¿dónde se encuadraría el recurso UpToDate?

A) Nivel de Síntesis (revisiones sistemáticas)
B) Nivel de Sumarios (textos basados en la evidencia).
C) Nivel de Sinopsis (resúmenes basados en la evidencia).
D) Nivel de Sistemas (herramientas para la toma de decisiones basadas en la evidencia).

13 Marc Lalonde, en 1974 y siendo Ministro de Sanidad de Canadá, enunció un modelo que ha tenido una gran influencia en los últimos años, y que establece que la salud de una comunidad está condicionada por la interacción de cuatro grupos de factores. ¿Cuál de los siguientes factores determinantes de la salud, NO está contemplado en el Informe Lalonde como uno de estos cuatro?

A) Biología humana.
B) Atención sanitaria y organización de los sistemas de salud.
C) Medio ambiente.
D) Nivel socioeconómico.

14 Tras la aprobación de un nuevo medicamento por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) y su comercialización y financiación pública en nuestro país, usted quiere llevar a cabo un estudio de investigación para evaluar la efectividad y seguridad de dicho fármaco en una población de pacientes en condiciones de práctica clínica habitual y siguiendo escrupulosamente las indicaciones aprobadas en su ficha técnica. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones referidas a este estudio de investigación es correcta?

A) Es un ensayo clínico en fase IV (postcomercialización), y le será de aplicación el Real Decreto 1090/2015.
B) Es un estudio cuasiexperimental con medicamentos, tipo antes/después, y requiere aprobación por la AEMPS.
C) Es un estudio observacional con medicamentos, y le será de aplicación el Real Decreto 957/2020.
D) Es un estudio de vida real (o Real World Evidence, en inglés) y no requiere aprobación por un Comité de Ética de Investigación, al tratarse de práctica clínica habitual.

15 Los Procesos Asistenciales Integrados (PAIs) que se han ido priorizando en el SSPA son aquellos que representan la mayor parte de las patologías que se atienden en los centros sanitarios de nuestra Comunidad (como Cefaleas, Demencias, Anemias, Asma infantil, Insuficiencia cardiaca, etc.), hasta un total de 41 contenidos en los llamados Mapa 1 y Mapa 2. Indique en qué tipo o grupo de procesos incluiría estos Procesos Clínico-Asistenciales:

A) Procesos operativos.
B) Procesos estratégicos.
C) Procesos de soporte.
D) Procesos de salud pública.

16 ¿Cuál de estas capas de la retina es la más externa?

A) Capa plexiforme externa.
B) Capa de células ganglionares.
C) Epitelio pigmentario de la retina.
D) Membrana de Bruch.

17 En las anomalías de las vergencias:

A) La insuficiencia de divergencia es difícil de diferenciar de una parálisis de IV par.
B) El espasmo del reflejo de proximidad es más frecuente en varones adultos.
C) En la paresia de reflejo de proximidad, se produce una insuficiencia doble de convergencia y acomodación.
D) El tratamiento de la insuficiencia de divergencia se basa, fundamentalmente, en ejercicios ortópticos para aumentar las amplitudes fusionales.

18 La queratoplastia conductiva:

A) Consiste en la aplicación de una energía de onda larga.
B) Se realizan uno o dos anillos de quemaduras en la córnea periférica.
C) Su uso es fundamentalmente para tratamiento de la miopía.
D) Produce una disminución de la curvatura corneal.

19 ¿Cuál es de las siguientes porciones del nervio óptico es la de mayor longitud?

A) Intraocular.
B) Intraorbitaria.
C) Intracanalicular.
D) Intracreaneal.

20 En el ojo humano normal:

A) El diámetro corneal vertical es mayor que el horizontal.
B) La sensibilidad corneal es menor que la conjuntival.
C) La nutrición de la córnea depende de la difusión de glucosa del humor acoso y del oxígeno a través la película lagrimal.
D) El índice refractivo de la córnea es de 1,536.

21 El flujo de drenaje uveoescleral del humor acuoso disminuye con la aplicación de:

A) Cicloplégicos.
B) Agentes adrenérgicos.
C) Análogos de prostaglandinas.
D) Mióticos.

22 En cirugía refractiva:

A) En LASIK se realiza una retirada del epitelio corneal previamente a la ablación.
B) El LASIK se aplica directamente sobre la membrana de Bowman.
C) En LASIK un haze es más probable si el flap es demasiado delgado.
D) El LASEK se aplica sobre el estroma corneal una vez levantado un colgajo o flap corneal.

23 ¿Cuál es la distancia focal, expresada en metros, de un lente con potencia dióptrica de +20?

A) 0.02
B) 0.20
C) 0.05
D) 5.00

24 En la conjuntivitis papilar gigante, señale la respuesta FALSA:

A) Es una complicación común del uso de lentes de contacto.
B) El tratamiento inicial es la eliminación del estímulo inflamatorio mediante el cese del uso de lentes de contacto durante 2 a 4 semanas.
C) Se cree que es el resultado, tanto de una irritación mecánica, como de una estimulación inmunológica.
D) La duración del uso de las lentes de contacto, la higiene, los antecedentes de atopia/alergia ambiental y las temporadas de otoño y primavera, no son factores que se asocien a esta patología.

25 Señale el enunciado INCORRECTO, entre los siguientes:

A) Las lentes de contacto de diseño moderno se introdujeron a finales de la década de 1940, y estaban hechas de polimetilmetacrilato (PMMA).
B) La mayoría de los pacientes que informan usar “lentes de contacto duras”, usan lentes de material rígido permeable a los gases (RGP), que se introdujeron por primera vez en la década de 1970.
C) Los síntomas de anisoforia anisometrópica resultantes del poder prismático asimétrico inducido por la regla de Prentice, se anulan completamente con el uso de lentes de contacto, porque el centro óptico de la lente de contacto se mueve con el ojo del paciente.
D) La aniseiconia no se tolera generalmente en las lentes de contacto en la corrección de la afaquia monocular.

26 En las malformaciones congénitas de los párpados:

A) El telecanto consiste en una disminución de la distancia entre los cantos internos.
B) El epiblefaron suele progresar rápidamente en la niñez, por lo que requiere intervención quirúrgica precoz.
C) En el epicanto inverso, los pliegues verticales de piel descienden desde los párpados superiores hasta en el canto interno.
D) En el anquiloblefaron filiforme congénito, el tratamiento consiste en realizar un corte transversal con tijeras.

27 ¿Qué factor es el único que puede ser manipulado para parar o enlentecer la progresión del glaucoma?

A) Tensión arterial.
B) Dieta.
C) Presión intraocular.
D) Paquimetría corneal.

28 En el glaucoma congénito:

A) La evaluación de la PIO (presión intraocular) en el lactante se realiza habitualmente con anestesia tópica.
B) El buftalmos puede dar lugar a miopía y luxación del cristalino.
C) No se suele realizar tratamiento quirúrgico, porque la tasa de éxito es inferior al 50%.
D) La mayoría de los bebés afectados muestran una excavación papilar grande, que no remite con la normalización de la PIO.

29 ¿En qué patología es característica la presencia de enoftalmos?

A) Sarcoma granulocítico.
B) Neuroblastoma.
C) Carcinoma de mama del tipo escirro.
D) Carcinoma renal de células claras.

30 En un cuadro clínico de leucocoria en un niño, debemos considerar que:

A) La ecografía es una técnica útil en el diagnóstico diferencial entre el retinoblastoma y la enfermedad de Coats.
B) La enfermedad de Coats es normalmente bilateral.
C) En el astrocitoma está indicada la radioterapia externa de forma urgente.
D) La resonancia magnética nuclear es la técnica más útil para detectar calcificaciones.

31 En el retinoblastoma, tendremos en cuenta que:

A) El estrabismo es la forma de presentación más frecuente.
B) El riesgo de padecer un segundo cáncer es más alto en el no hereditario que en el hereditario.
C) La ecografía es útil para valorar el tamaño del tumor y detección de calcificación intratumoral.
D) La forma de tumor exofítico se proyecta hacia el vítreo como una masa blanca.

32 En el pseudoestrabismo:

A) El epicanto suele simular una exotropia.
B) Un ángulo k muy positivo puede causar una pseudoexotropia.
C) El ángulo k es negativo cuando la fóvea está situada temporalmente en el polo posterior.
D) Una distancia pupilar corta puede simular una exotropia.

33 En relación con la estructura de la córnea, señale el enunciado INCORRECTO:

A) El epitelio corneal es de tipo estratificado, escamoso y no queratinizado.
B) La membrana de Bowman es la capa superficial acelular del estroma, formada por fibras de colágeno.
C) El estroma corneal representa el 50% del grosor corneal.
D) El endotelio corneal está compuesto por una monocapa de células poligonales, con una densidad en adultos jóvenes de aproximadamente 3.000 células /mm^2, que disminuye a un ritmo anual de alrededor del 0.6%, ya que estas células no pueden regenerarse.

34 En relación con la queratitis por virus del herpes simple (VHS), marque la respuesta FALSA:

A) La enfermedad herpética ocular es la causa infecciosa de ceguera corneal más frecuente en países desarrollados.
B) Las pomadas de Aciclovir al 3% y el gel de Ganciclovir al 0.15%, administradas 5 veces al día, son útiles como tratamiento.
C) El tratamiento antivírico oral, con Aciclovir 200-400 mg cinco veces al día, no está indicado en ningún caso.
D) La profilaxis oral a largo plazo, con Aciclovir 400 mg dos veces al día, reduce la tasa de recurrencia de la queratitis epitelial y estromal aproximadamente un 50%, y suele tolerarse bien.

35 ¿Qué entidad podríamos sospechar ante un paciente varón de 35 años de edad, con historia de ataques recidivantes de irritación, fotofobia, visión borrosa y lagrimeo en ambos ojos, desde hace 10 años aproximadamente, con lesiones epiteliales grisáceas y granulares en ambas córneas, y con respuesta positiva al tratamiento con lubricantes, corticoides tópicos y ciclosporina al 0.05% tópica?

A) Queratitis postadenovírica.
B) Queratopatía herpética.
C) Queratitis punteada superficial de Thygeson.
D) Queratitis fúngica.

36 La conjuntivitis vírica es una infección ocular externa muy común, siendo el adenovirus el responsable de la mayoría de los casos (90%). Señale la FALSA:

A) La fiebre faringoconjuntival (FFC) es una forma clínica producida sobre todo por los serotipos de adenovirus 3, 4 y 7, en la que aparece queratitis en alrededor del 30% de los casos.
B) La queratoconjuntivitis epidémica (QCE) es la forma clínica más grave de infección ocular por este virus, causada principalmente por adenovirus de los serotipos 8, 19 y 37, en la que la aparición de queratitis es infrecuente.
C) La infección por adenovirus suele resolverse de manera espontánea en el plazo de 2-3 semanas, por lo que normalmente no es necesario un tratamiento específico.
D) Se trata de una infección muy contagiosa, por lo que las medidas de higiene, lavado de manos y evitar compartir toallas, son muy importantes.

37 En el glaucoma facolítico:

A) Se produce fundamentalmente en cataratas moderadas.
B) El edema corneal se acompaña de precipitados en el endotelio corneal.
C) Se produce un cierre del ángulo iridocorneal.
D) Es un glaucoma inflamatorio.

38 En un cierre angular secundario con bloqueo pupilar en una Ectopia Lentis, el tratamiento de elección con láser YAG es la realización de:

A) Iridotomia a las XII.
B) Iridotomia a las IX.
C) Iridotomía a las III.
D) Dos iridotomías separadas 180º.

39 En los factores de riesgo para el desarrollo del glaucoma agudo por cierre angular primario (CAP):

A) La prevalencia del CPA disminuye con la edad pasados los 40 años.
B) No hay diferencia por sexos en la prevalencia del CPA.
C) Los mióticos pueden inducir o empeorar el cierre del ángulo en algunos casos.
D) El CPA ocurre de manera exclusiva en personas hipermétropes.

40 En el glaucoma por cierre angular, el bloqueo pupilar se produce fundamentalmente cuando:

A) Cuando la pupila está contraída.
B) Con la pupila en midriasis media.
C) Con la pupila totalmente dilatada.
D) Independientemente del tamaño pupilar.

41 En la variación circadiana de la presión intraocular, que la mayoría de las personas tienen, ¿cuándo ocurre el pico máximo de elevación de presión?

A) En las primeras horas de la mañana.
B) Hacia la media tarde.
C) Al anochecer.
D) Durante la noche.

42 Mujer de 54 años de edad, que en una revisión rutinaria se le detecta un adelgazamiento escleral extenso, con exposición de la úvea subyacente, sin dolor ni afectación de la visión, y prácticamente sin inflamación. ¿Cuál de los siguientes enunciados NO es cierto?

A) Puede ser necesaria la reparación quirúrgica con injertos en parche para evitar la ptisis.
B) Es frecuente le existencia de artrosis deformante de articulaciones distales.
C) El cuadro es sugestivo de escleromalacia perforante, posiblemente asociada a artritis reumatoide de larga evolución.
D) La perforación del globo ocular es muy frecuente.

43 ¿Cuál es el agente infeccioso más habitual causante de la canaliculitis crónica?

A) Estafilococos.
B) Actinimyces israelii.
C) Estreptococos.
D) Haemophilus.

44 ¿Cuál de los siguientes microorganismos es el Gram negativo más comúnmente aislado en las queratitis bacterianas, y se asocia frecuentemente al uso de lentes de contacto?

A) Moraxella lacunata.
B) Pseudomona aeruginosa.
C) Staphylococcus aureus.
D) Haemophilus Influenzae.

45 En el síndrome de la pupila tónica (Síndrome de Adie):

A) La prevalencia es mayor en varones.
B) Con el tiempo de produce una total recuperación del reflejo a la luz.
C) El músculo más afectado en el iris es el dilatador de la pupila.
D) Se produce una hipersensibilidad a la Pilocarpina en el ojo afectado.

46 En la Distrofia miotónica tipo 1, ¿cuál de estas manifestaciones oftalmológicas es más frecuente?

A) Nistagmus.
B) Cataratas.
C) Atrofia óptica.
D) Estrabismo.

47 El glioma del nervio óptico:

A) Afecta típicamente a adultos.
B) Es difícil de detectar con resonancia magnética.
C) Es un astrocitoma pielocítico de crecimiento generalmente lento.
D) La visión no suele afectarse.

48 En el agujero macular de espesor completo, todas son ciertas EXCEPTO:

A) La mayoría se forma debido a tracción vítreo macular.
B) Es más frecuente en hombres.
C) Ocurre principalmente en personas en la sexta y séptima décadas de la vida.
D) El 10-20% de los casos pueden ser bilaterales, pero raramente simultáneos.

49 En la coroideremia, ¿qué respuesta es cierta?

A) Se hereda de forma dominante.
B) No presenta pérdida de campo visual.
C) Ocurre secundaria a mutaciones en el gen CHM.
D) Su inicio es más frecuente en la edad adulta, con nictalopia.

50 ¿Cuál de estos factores NO tiene un efecto adverso sobre la progresión de la retinopatía diabética?

A) Mal control metabólico.
B) Hipertensión.
C) Miopía.
D) Tabaquismo.

51 Es FALSO sobre las teleangiectasias maculares idiopáticas:

A) Se considera que la tipo 1 es una forma abortiva de la enfermedad de Coats.
B) La tipo 2 es la más frecuente.
C) La degeneración de las células de Müller tiene que ver con su patogenia.
D) La mayoría de los casos suelen ser unilaterales.

52 Un paciente presenta proptosis, esclerouveítis, traqueítis y cavitaciones en pulmón, así como glomerulonefritis. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

A) Poliarteritis nodosa.
B) Lupus eritematoso sistémico.
C) Granulomatosis de Wegener.
D) Púrpura de Henoch Schonlein.

53 Uno de estos síntomas NO es propio de la necrosis retiniana aguda:

A) Vitritis.
B) Edema de papila.
C) Fenómenos oclusivos.
D) Roturas retinianas.

54 La neuropatía óptica de Leber:

A) Su herencia es ligada al X.
B) Es más frecuente en mujeres.
C) La enfermedad plus comprende, además, alteraciones neuromusculares.
D) Suele haber defectos altitudinales en la campimetría.

55 ¿Cuál es el tratamiento más recomendado para tratar un agujero macular menor a 400 micras?

A) Inyección de C3F8 puro.
B) Vitrectomía sin pelado de la limitante interna.
C) Vitrectomía con pelado de la limitante interna.
D) Vitrectomía con plegado de la membrana limitante interna sobre el agujero.

56 La disposición de las drusas reticulares en la OCT es:

A) Debajo del epitelio pigmentario retiniano.
B) Sobre el epitelio pigmentario.
C) Entre el epitelio pigmentario sin sobrepasar éste.
D) Se definen como puramente retinianas.

57 ¿Cuál es la causa más frecuente de recidiva de un desprendimiento de retina regmatógeno, tras una reaplicación quirúrgica?

A) Persistencia de tracciones vitreorretinianas.
B) Roturas retinianas no detectadas.
C) Vitreorretinopatía proliferativa.
D) Nuevas roturas retinianas.

58 Lo más característico de la foseta papilar es:

A) Agudeza visual muy disminuida.
B) Asociarse al síndrome MEN-2.
C) Asociar muy frecuentemente desprendimiento del EPR.
D) Ser una depresión oval o redonda en el disco óptico.

59 La trasposición de +3 -2 a 90º es:

A) +1 +2 a 180º.
B) +1 +2 a 90º.
C) -1 +2 a 90º.
D) -1 +2 a 180º

60 Se define la degeneración macular inicial, como:

A) Ausencia de alteraciones pigmentarias.
B) Drusas pequeñas (< 63 micras) y ausencia de alteraciones pigmentarias.
C) Drusas medianas (< 63 hasta 125 micras) sin alteraciones pigmentarias.
D) Drusas grandes (> 125 micras) con alteraciones pigmentarias.

61 Una uveítis leve con precipitados corneales no granulomatosos dispersos difusamente, y con finas uniones entre ellos por todo el endotelio corneal, debería orientar hacia el diagnóstico de:

A) Uveítis sifilítica.
B) Uveítis HLA-B27.
C) Uveitis heterocrómica de Fuchs.
D) Sarcoidosis.

62 La causa menos probable de aparición de agujero macular, sería:

A) Idiopático.
B) Miopía alta.
C) Traumatismo contuso.
D) Tras iridotomía YAG.

63 En relación con las anomalías congénitas de la córnea y el globo ocular, señale la respuesta FALSA:

A) En el queratocono posterior, existe un aumento unilateral de la curvatura de la superficie corneal posterior. Y se caracteriza por su marcada progresividad a lo largo de la vida.
B) La microcórnea es una rara enfermedad autosómica dominante (a veces esporádica), en la que el diámetro horizontal de la córnea es igual o inferior a 10 mm a los 2 años de vida, o menor de 9 mm en el neonato.
C) La microftalmía simple o nanoftalmía se caracteriza por un ojo en el que todo es pequeño, pero de estructura normal.
D) La microftalmía compleja se aplica a ojos pequeños, pero con otros signos de disgenesia y diversas anomalías oculares.

64 Lo más característico de la distrofia macular de North Carolina, es:

A) Exudados algodonosos que no sobrepasan las arcadas.
B) Hemorragias preretinianas.
C) Atrofia macular colobomatosa.
D) Desprendimientos múltiples del epitelio pigmentario retiniano.

65 NO sería indicación de vitrectomía:

A) Desprendimiento de retina inferior.
B) Agujero macular miópico.
C) Enfermedad de Stargardt.
D) Retinopatía del prematuro estadío 4.

66 ¿Qué entidad de las siguientes NO es causa de leucocoria?

A) Hemangioma cavernoso retiniano.
B) Retinoblastoma.
C) Toxocariasis.
D) Persistencia vasculatura fetal.

67 Respecto a las uveítis intermedias, es FALSO que:

A) Aproximadamente la mitad de los casos suelen ser idiopáticos.
B) Es más frecuente en edad pediátrica.
C) La asociación con periflebitis retiniana suele estar asociada a esclerosis múltiple.
D) El edema macular quístico es poco frecuente.

68 NO sería frecuente encontrar pliegues coroideos, en:

A) Hipermetropía.
B) Síndrome de Senior-Loken.
C) Síndrome de hipotonía ocular.
D) Oftalmopatía tiroidea.

69 Respecto a los quistes dermoides de la órbita, ¿qué respuesta es cierta?

A) Los superficiales se suelen localizar en la zona nasal.
B) Son coristomas.
C) Los profundos se presentan en la lactancia, fundamentalmente.
D) Los superficiales (localizados delante del tabique orbitario) son una masa difusa, no delimitada y dolorosa.

70 En la exploración de la oftalmoplejía:

A) Si hacemos una prueba de ducción forzada y encontramos resistencia, la causa es neurológica.
B) No aparece nunca en los tumores orbitarios.
C) La prueba de la presión intraocular diferencial (Signo de Braley) solo tiene valor si es inferior a 6 mm Hg en los casos de origen restrictivo.
D) Los movimientos oculares sacádicos tienen una velocidad normal con detención brusca del ojo en los cuadros restrictivos.

71 La tasa de mortalidad, más aproximada, de la trombosis del seno cavernoso sin tratamiento, es:

A) El 5%.
B) El 25%.
C) El 50%.
D) El 100%.

72 ¿Cuál de las patologías orbitarias, citadas a continuación, ocurren prácticamente solo en menores de 20 años?

A) Hemangiona cavernoso.
B) Meningioma de nervio óptico.
C) Adenoma pleomórfico de la glándula lagrimal.
D) Hemangioma capilar.

73 En el glaucoma agudo asociado a silicona intraocular en vitrectomía, es FALSO que:

A) La afaquia es un factor protector.
B) La iridectomía suele hacerse inferiormente.
C) La causa suele ser un bloqueo pupilar directo.
D) Suele ser doloroso.

74 ¿Qué respuesta es verdadera en la patología orbitaria?

A) La celulitis preseptal cursa con proptosis y quemosis.
B) La celulitis bacteriana cursa con edema, pero sin dolor.
C) La celulitis bacteriana suele originarse típicamente en los senos paranasales.
D) En la celulitis preseptal, está indicada la realización de resonancia magnética y tomografía axial de urgencia.

75 El carcinoma palpebral de células sebáceas:

A) Es un tumor de crecimiento rápido.
B) Afecta generalmente a adultos jóvenes.
C) La predisposición es mayor en varones.
D) Suele originarse en las glándulas de Meibomio.

76 ¿Cuál es de las siguientes porciones del nervio óptico es la de mayor longitud?

A) Intraocular.
B) Intraorbitaria.
C) Intracanalicular.
D) Intracraneal.

77 Dentro de los efectos secundarios de la Pilocarpina, uno es FALSO:

A) Desplazamiento posterior del diafragma iris-cristalino.
B) Miopía.
C) Sinequias posteriores.
D) Quistes de iris.

78 Es frecuente encontrar, en la siderosis bulbi:

A) Depósitos marrones en la cápsula anterior del cristalino.
B) Anillo blanquecino en la Descemet.
C) Miosis.
D) Catarata en girasol.

79 Encontramos en una funduscopia casual, una lesión plana, negruzca, unilateral, con un tamaño de 1-2 diámetros papilares. No tiene líquido subretiniano, ni drusas, ni pigmento naranja. Sin embargo tiene un anillo hipopigmentado que la rodea. El cuadro que presenta será, probablemente:

A) Melanoma de coroides.
B) Nevus de coroides.
C) Hamartoma astrocítico.
D) Hipertrofia congénita del epitelio pigmentario retiniano.

80 ¿Dónde se localiza la membrana neovascular tipo 3?

A) Entre las capas de la retina.
B) Por encima del epitelio pigmentario.
C) Por debajo del epitelio pigmentario.
D) Por debajo de la coriocapilar.

81 Es FALSO, respecto a la papilopatía diabética:

A) Tiene buen pronóstico habitualmente.
B) Es más frecuente en pacientes jóvenes, y unilateral.
C) Su tratamiento es muy efectivo.
D) No fuga en la AFG.

82 El síndrome de puntos blancos evanescentes, NO suele presentar:

A) Discreta uveítis.
B) Autofluorescencia en la granularidad foveal.
C) En la angiografía con verde de indocianina presenta puntos hiperfluorescentes más abundantes que en la angiografía fluoresceínica.
D) En algunos pacientes progresa hacia un AZOOR.

83 Acerca de los agujeros maculares, es FALSO que:

A) Es más frecuente en mujeres de edad avanzada.
B) El tratamiento habitual es la vitrectomía con pelado de limitante interna.
C) El vítreo no influye en su patogenia.
D) El agujero macular de espesor completo comienza en el estadío 2.

84 Respecto a la vasculopatía polipoidea, una de las siguientes afirmaciones es FALSA:

A) Se considera una variante de la membrana neovascular tipo 2.
B) Es más frecuente en la raza asiática.
C) Es relativamente frecuente su asociación con paquicoroides.
D) Son comunes los desprendimientos del epitelio pigmentario, a veces sanguinolentos.

85 Respecto a la vitrectomía posterior, es FALSO:

A) Utiliza tres vías, una de infusión, otra de corte y otra de iluminación.
B) Los agentes taponadores comunes son el C3F8, SF6 o silicona.
C) Se ha abandonado su uso en la endoftalmitis aguda no respondedora a intravítreos.
D) Con el paso de los años, los calibres de los trócares han disminuido.

86 Una de éstos medicamentos NO suele causar toxicidad del complejo epitelio pigmentario retiniano-fotoreceptores:

A) Cloroquina.
B) Fenotiazidas.
C) Inhibidores de la MEK.
D) Fingolimod.

87 En el traumatismo craneal por maltrato (Abusive Head Trauma / Shaken baby síndrome), NO es cierto que:

A) Es común estar asociado a la avulsión del nervio óptico.
B) Suele ocurrir en niños menores de dos años.
C) Suele presentarse como irritabilidad, letargia o vómitos.
D) Las hemorragias retinianas uni o bilaterales son el signo más frecuente.

88 La enfermedad vírica pie-mano-boca, se asocia a:

A) Maculopatía unilateral aguda idiopática.
B) Neurorretinopatía macular aguda.
C) Retinopatía zonal externa aguda (AZOOR).
D) Corioretinopatía de Birdshot.

89 La miopía se asocia con las siguientes condiciones, EXCEPTO:

A) Nanoftalmos.
B) Síndrome de dispersión pigmentaria.
C) Esferofaquia.
D) Catarata nuclear.

90 ¿En qué capa de la córnea aparece el anillo de Kayser - Fleischer?

A) Epitelio.
B) Membrana de Bowman.
C) Estroma.
D) Membrana de Descemet.

91 ¿Cuál de las siguientes entidades NO está asociada al hamartoma combinado de retina y EPR?

A) Neurofibromatosis.
B) Síndrome de Gorlin.
C) Síndrome de Gardner.
D) Síndrome branquio-oculo-facial.

92 ¿Qué es cierto respecto a la queratoconjuntivitis límbica superior?

A) Es más frecuente en hombres.
B) Suele ser unilateral.
C) Es de etiología desconocida.
D) No se asocia con el uso de lentes de contacto.

93 ¿Qué patología es una contraindicación para la queratoplastia endotelial (DSEK y DMEK)?

A) Distrofia endotelial de Fuchs.
B) Distrofia polimorfa posterior.
C) Queratocono avanzado.
D) Síndrome endotelial iridocorneal.

94 ¿Qué respuesta es cierta, respecto al síndrome de Sjögren?

A) El síndrome de Sjögren secundario no asocia sequedad de boca.
B) El síndrome de Sjögren secundario se asocia a artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico y poliarteritis nodosa.
C) El test de Schirmer se encuentra alargado.
D) No hay infiltración de linfocitos B y CD4 en la glándula lagrimal.

95 Señale lo cierto, en la rosácea ocular:

A) Las telangiectasias del borde palpebral son características.
B) Las erosiones epiteliales, la vascularización periférica y la queratitis marginal, son lesiones corneales asociadas.
C) La Doxiciclina como tratamiento sistémico, a dosis relativamente bajas pero de duración prolongada, puede obtener una mejoría durante meses.
D) Todas son ciertas.

96 ¿Cuál es la distrofia corneal más frecuente?

A) Distrofia corneal endotelial de Fuchs.
B) Distrofia de la membrana basal epitelial (en mapa-punto-huella dactilar) o distrofia de Cogan.
C) Distrofia epitelial de Meesmann.
D) Distrofia corneal granular tipo 2 o distrofia de Avellino.

97 En relación con el síndrome endotelial iridocorneal (EIC), señale la respuesta correcta:

A) Afecta típicamente a varones jóvenes.
B) El síndrome de Cogan-Reese o de nevo de iris es una de sus formas de presentación, en la que por su aspecto puede parecerse a un melanoma difuso de iris.
C) El síndrome de Chandler es la forma de presentación menos frecuente.
D) La evolución hacia el desarrollo de un glaucoma, o hacia una descompensación corneal, es muy infrecuente.

98 Todos las siguientes entidades están correctamente emparejados con su HLA (Sistema del antígeno leucocitario humano), EXCEPTO:

A) Síndrome de presunta histoplasmosis ocular - HLA B9.
B) Enfermedad de Behcet - HLA B51.
C) Corioretinopatía en perdigonada (birdshot) - HLA A29.
D) Síndrome artritis reactiva - B27.

99 El tratamiento más apropiado, para un paciente con escleromalacia, es:

A) Esteroides tópicos.
B) Inyección subtenoniana de esteroides.
C) Antiinflamatorios no esteroideos orales.
D) Agentes inmunosupresores orales.

100 En cirugía LASIK, un "buttonhole" flap es probable que ocurra con el microqueratomo, si el paciente tiene:

A) Longitud axial mayor de 26 mm.
B) Paquimetría corneal central menor de 520 micras.
C) Queratometría mayor de 48 dioptrías.
D) Blanco-blanco mayor de 12,5 mm.

CASO PRÁCTICO 1:
Paciente varón de 23 años de edad, que es remitido a consulta de oftalmología por su médico de atención primaria por pérdida de visión, enrojecimiento, dolor y fotofobia en ambos ojos de dos días de evolución. La exploración oftalmológica es la siguiente:

Agudeza visual con su corrección óptica:
OD: 9/10 que no mejora con agujero estenopeico.
OI: 5/10 que no mejora con agujero estenopeico.
Biomicroscopía:
OD: Hiperemia conjuntival leve, córnea transparente, cámara anterior sin reacción inflamatoria, tyndal negativo, pupila normorreactiva y cristalino transparente.
OI: Hiperemia conjuntival moderada con inyección ciliar, córnea con múltiples lesiones blanquecinas distribuidas por toda su superficie, aunque con predominio en córnea periférica, a modo de infiltrados subepiteliales, cámara anterior sin reacción inflamatoria, tyndal negativo, pupila normorreactiva y cristalino transparente.
Presión intraocular: OD: 15 mmHg. OI: 18 mmHg.
Fondo de ojos sin alteraciones.

101 Si durante la exploración general, el paciente nos refiere que hace 10 días tuvo un catarro de vías altas que se trató con antibióticos y antipiréticos, tiene malestar y mareos desde hace dos días, y constatamos pérdida de audición bilateral, ¿en qué entidad clínica pensaríamos?

A) Queratoconjuntivitis por adenovirus.
B) Queratitis punteada superficial de Thygeson.
C) Síndrome de Cogan.
D) Queratitis fúngica.

102 ¿Cuál es la etiología de esta enfermedad?

A) Es un trastorno autoinmune de etiología desconocida.
B) Infecciosa.
C) Genética.
D) Neoplásica.

103 Señale lo FALSO, en relación con la patogenia y la presentación clínica de esta enfermedad:

A) Cursa con una queratitis estromal, vértigo y pérdida de audición.
B) Típica de adultos jóvenes, la mayoría de los cuales ha tenido una infección respiratoria de vías altas 1-2 semanas antes del inicio de los síntomas.
C) En algunos pacientes se desarrolla una vasculitis sistémica, que se presenta como una poliarteritis nodosa.
D) Los signos corneales más precoces son los infiltrados subepiteliales blancos, y se localizan en la zona central de la córnea.

104 De los siguientes, señale cuáles son signos corneales tardíos de esta enfermedad:

A) Afectación periférica de la córnea.
B) Afectación bilateral de las córneas.
C) Infiltrados subepiteliales.
D) Infiltrados multifocales nodulares en la zona posterior de la córnea.

105 En relación con el diagnóstico y el tratamiento de esta enfermedad, señala lo FALSO:

A) Su diagnóstico es esencialmente de exclusión. No hay pruebas de laboratorio específicas.
B) La queratitis aguda se trata con corticoesteroides tópicos en administración frecuente. Es importante tratar esta afección rápidamente, porque los cambios oculares y vestibulares son precoces, y la sordera es más probable si no se trata pronto.
C) En caso de síntomas auditivos vestibulares, se recomienda usar corticoesteroides orales, porque mejoran el pronóstico a largo plazo y la recuperación de la audición normal.
D) El tratamiento con corticoides orales, en la enfermedad vestibulococlear, no mejora el pronóstico a largo plazo de una posible pérdida de audición.

CASO PRÁCTICO 2:
Paciente de tres años de edad, que es derivado a consulta desde el Hospital Infantil para estudio oftalmológico. Está en estudio por retraso del crecimiento. El paciente presenta una estatura menor que la correspondiente a su edad. No es posible la evaluación de la agudeza visual por poca colaboración, pero a la lámpara de hendidura podemos observar velamiento corneal en ambos ojos, de tipo difuso. Con estos datos conteste las siguientes preguntas.

---

106 Si en la evaluación general del paciente se ha detectado una deficiencia de alfa-L-iduronidasa, podríamos pensar en cualquiera de las siguientes entidades clínicas, EXCEPTO EN UNA de ellas. Señale cuál:

A) Síndrome de Hurler (Mucopolisacaridosis IH).
B) Síndrome de Scheie (Mucopolisacaridosis IS).
C) Complejo Hurler-Scheie (Mucopolisacaridosis IH/S).
D) Síndrome de Morateaux-Lamy (Mucopolisacaridosis VI).

107 ¿Qué tipo de depósitos están aumentados, debido al déficit de esta enzima alfa-L-iduronidasa?

A) Dermatán sulfato y heparán sulfato.
B) Ácido homogentísico.
C) Cistina.
D) Tirosina.

108 Señale lo FALSO, en relación con otras alteraciones oculares y generales que podríamos encontrar, y en cuanto al tipo de herencia posible:

A) Se puede presentar con degeneración retiniana pigmentaria.
B) Puede encontrarse atrofia óptica.
C) No hay patrón hereditario de trasmisión de esta enfermedad.
D) Se asocia con notables alteraciones esqueléticas y retraso mental.

CASO PRÁCTICO 3:
Un hombre de 29 años, acude a Urgencias por dolor agudo en ojo derecho y pérdida brusca de visión después una pelea, donde le han golpeado con un bate de beisbol en la pared externa de la órbita. La visión es de contar dedos a 2 metros, proptosis muy llamativa e incapacidad de mover la musculatura extraocular correctamente. Además encontramos un defecto pupilar aferente relativo, quemosis junto con equimosis subconjuntival y una presión intraocular de 53 mmHg.

---

109 La actitud a tomar sería:

A) Manitol intravenoso al 20%.
B) Cantotomía y cantolisis.
C) Iridotomía mediante láser YAG.
D) Vitrectomía posterior con silicona como taponador.

CASO PRÁCTICO 4:
Paciente varón de 61 años, diabético no insulindependiente desde hace años. Recientemente se ha recomendado pasar a insulina por su mal control, pero ha declinado el cambio. Hipertensión en tratamiento con beta bloqueantes, y fumador de un paquete al día, que tampoco ha querido dejar. Sus cifras de glucemia son de 260 mg/dl y la hemoglobina glicosilada de 9.5%.

---

110 Es cierto que:

A) La hemoglobina glicosilada mide el promedio de los niveles de glucemia en sangre durante los últimos dos años.
B) Diríamos que la hemoglobina glicosilada está por debajo de lo normal.
C) La hemoglobina glicosilada está dentro de los límites de la normalidad.
D) La hemoglobina glicosilada está por encima de la normalidad.

111 La exploración de este paciente muestra una AV en cada ojo de 0.4. No tiene rubeosis y en el fondo de ojo presenta hemorragias profundas numerosas (> 20) en los cuatro cuadrantes, tortuosidad venosa en un cuadrante e IRMAS aislados en el fondo del ojo. Según la ETDRS se clasificaría como:

A) Retinopatía diabética moderada.
B) Retinopatía diabética severa.
C) Retinopatía diabética muy severa.
D) Retinopatía muy severa con CAR (criterios de algo riesgo).

112 Este paciente evoluciona en el tiempo, y presenta a los meses un hemovítreo que permite ver detalles del fondo de ojo derecho. El fondo de ojo del izquierdo está peor que la última evolución descrita, con más tortuosidad venosa en todos los cuadrantes y más hemorragias. Conociendo ya que el paciente es poco cumplidor, la actitud más coherente sería:

A) Comenzar fotocoagulación sólo del OD.
B) Comenzar fotocoagulación del OD y alternándola con el OI.
C) Empezar a tratar con Bevacizumab intravítreo mensual.
D) Vitrectomía de ambos ojos, comenzando por el derecho.

113 Los parámetros de láser de argón que usaríamos en este paciente, si hubiera que fotocoagular, serían aproximadamente de:

A) Sobre 300 mW de potencia, 0.1 seg de duración y 300 micras de spot.
B) Sobre 30 mW de potencia, 0.01 seg de duración y 300 micras de spot.
C) Sobre 300 W de potencia, 0.1 seg de duración y 30 micras de spot.
D) Sobre 300 W de potencia, 1 seg de duración y 300 micras de spot.

114 Lamentablemente este paciente fue faltando a las citas, y cuando vuelve, a los seis meses, ya presenta una retinopatía diabética proliferativa en su ojo derecho, con desprendimiento de retina traccional que afecta a polo posterior por componente fibrovascular. Su visión es de < 0.05. Indicamos vitrectomía de ese ojo en este punto. Es cierto que:

A) La vitrectomía no está indicada.
B) Es muy conveniente inyectar antiangiogénico intravítreo previamente, y esperar al menos 14 días para la cirugía.
C) En este caso, la separación de la hialoides posterior / componete fibrovascular a nivel central, facilitaría mucho la cirugía.
D) Para evitar el sangrado intraquirúrgico se debería elevar la presión de infusión por encima de 50 mm de Hg durante toda la cirugía.

CASO PRÁCTICO 5:
Varón de 4 años, remitido por el servicio de pediatría para exploración oftalmológica. Ha sido diagnosticado de neurofibromatosis. Su agudeza visual, con su mejor corrección, es de unidad en ojo derecho y de percepción de luz en el ojo izquierdo. En la biomicroscopía anterior destaca la presencia bilateral de nódulos iridianos. En el fondo de ojo izquierdo llama la atención una marcada palidez papilar.

---

115 Los nódulos iridianos en esta enfermedad se conocen como:

A) Koeppe.
B) Busacca.
C) Lysch.
D) Brushfield.

116 La herencia de la neurofibromatosis es:

A) Autosómica dominante.
B) Autosómica recesiva.
C) Dominante ligado al cromosoma X.
D) Recesivo ligado al cromosoma X.

117 La causa más probable de la palidez papilar es:

A) Linfangioma del nervio óptico.
B) Hamartoma de nervio óptico.
C) Meningioma de las vainas del nervio óptico.
D) Glioma del nervio óptico.

118 Respecto a la patología previa del nervio óptico, ésta tiene una característica en la resonancia magnética:

A) Imagen en rail de tren.
B) Dilatación uniforme del nervio óptico.
C) Dilatación fusiforme del nervio óptico.
D) Dilatación junto al quiasma.

119 En este paciente, con los datos de nódulos de iris y la patología del nervio óptico previa, podríamos afirmar que la neurofibromatosis (NF) probablemente es de tipo:

A) NF-1.
B) NF-2.
C) NF-3.
D) Con estos datos no puede encuadrarse en un tipo concreto de NF.

CASO PRÁCTICO 6:
Paciente de 32 años, enviado a nuestro servicio de oftalmología, presentando a la funduscopia palidez papilar bilateral, atenuación de los grandes vasos retinianos y espículas óseas en periferia.

---

120 De entrada pensaríamos en:

A) Enfermedad de Stargardt.
B) Síndrome de Morsier.
C) Retinopatía rubeólica.
D) Retinosis pigmentosa.

121 La herencia más frecuente de esta enfermedad, es:

A) Autosómica recesiva.
B) Autosómica dominante.
C) Ligada al X.
D) Esporádica.

122 La prueba que resultaría menos útil en su estudio, sería:

A) ERG de campo completo.
B) Campimetría computerizada 30-2.
C) Potenciales evocados visuales.
D) Tomografía de coherencia óptica.

123 El defecto de esta patología, está localizado en:

A) Fotoreceptores.
B) Epitelio pigmentario retiniano.
C) Células de Müller.
D) Células amacrinas.

124 En esta patología, la separación de las capas de la retina ocurre entre:

A) Epitelio pigmentario retiniano y neuroepitelio.
B) Plexiforme interna y nuclear interna.
C) Plexiforme externa y nuclear externa.
D) Capa de fibras nerviosa y resto de retina sensorial.

CASO PRÁCTICO 7:
Paciente que acude a Urgencias por traumatismo por una piedra que ha saltado desde un vehículo. Presenta múltiples patologías en la exploración.

---

125 Dentro de la patología contusa ocular, sería IMPROBABLE encontrar:

A) Subluxación de cristalino.
B) Rotura coroidea.
C) Diálisis retiniana.
D) Macrodesgarro retiniano.

126 Otra patología frecuente en estos traumatismos es el hifema. Sería cierto, respecto a los hifemas traumáticos, que:

A) Suele producirse por sangrado en el esfínter pupilar.
B) El sangrado que ocurre a los 3-5 días, suele ser más benigno que el inicial.
C) Es más frecuente que ocurra en pacientes con hemoglobinopatías.
D) La impregnación hemática de la córnea es rara en hiphemas totales mantenidos varios días.

127 Dentro de la patología traumática contusa retiniana, sería muy poco probable encontrar:

A) Ciclodiálisis.
B) Edema de Berlín o conmoción retiniana.
C) Avulsión del nervio óptico.
D) Agujero macular.

128 Referente a los cuerpos extraños intraoculares, es INCORRECTO que:

A) Antes de realizar la extracción de un cuerpo extraño intraocular localizado en la retina, se debería hacer una vitrectomía posterior.
B) La inyección prequirúrgica de Amikacina intravítrea es muy útil en estos casos.
C) Se prefiere la tomografía axial computerizada a la resonancia magnética en el diagnóstico de los cuerpos extraños intraoculares metálicos.
D) Los cuerpos extraños intraoculares de cobre son especialmente tóxicos.

129 Una de estas afirmaciones sobre la vitrectomía en patología traumática ocular, NO es correcta:

A) Si hay perforación ocular, se suele preferir cerrar las heridas de primera intención y realizar la vitrectomía entre 5 y 12 días, siempre que el caso lo permita.
B) La endoftalmitis postraumática debería intervenirse lo antes posible si la visión es inferior a movimiento de manos.
C) Las fluoroquinolonas sistémicas no tienen un nivel aceptable de penetración en vítreo.
D) El germen Bacillus cereus es especialmente prevalente en las endoftalmitis postraumáticas, llegando hasta el 25% de los casos.

CASO PRÁCTICO 8:
Acude un paciente a Urgencias con un déficit en la addución del ojo derecho, y un nistagmo en la abducción del ojo izquierdo. La convergencia está respetada. El resto de la exploración es normal.

---

130 Nos encontramos ante:

A) Una oftalmoplejia internuclear derecha.
B) Una oftalmoplejia internuclear izquierda.
C) Una oftalmoplejia internuclear bilateral.
D) Un síndrome de WEBINO.

131 La causa menos frecuente de este proceso, sería:

A) Esclerosis múltiple.
B) Tumores.
C) Infartos cerebrales.
D) Cirugía del estrabismo.

132 Respecto a este caso, el síndrome del uno y medio se correspondería a:

A) El único movimiento respetado horizontal sería la abducción del ojo contralateral.
B) El único movimiento respetado horizontal sería la adducción del ojo contralateral.
C) El único movimiento respetado horizontal sería la abducción del ojo ipsilateral.
D) El único movimiento respetado horizontal sería la adducción del ojo ipsilateral.

133 La mayoría de las parálisis de la mirada conjugada horizontal, se encuentran por lesiones en:

A) Bulbo raquídeo.
B) Formación reticular pontina.
C) Cerebelo.
D) Mesencéfalo.

134 Las oftalmoplejias internucleares sería más frecuente encontrarlas asociadas a:

A) Neuritis óptica retrobulbar.
B) Edema de papila.
C) Neuropatía óptico isquémica no arterítica.
D) Neuropatía óptica de Leber.

CASO PRÁCTICO 9:
Paciente de 79 años, con antecedentes de diabetes, hipertensión y enfermedad cardiovascular. No ha dejado de fumar a pesar de las recomendaciones. Acude a Urgencias presentando un dolor periocular sordo derecho desde hace un par de meses, pero sobre todo una pérdida de visión gradual en ese ojo. Lo más llamativo es la dilatación venosa junto con estrechamiento vascular y hemorragias redondeadas en media periferia en el ojo derecho, pero no en el izquierdo. Su visión en ese ojo es de 0.15 (OD), y de 0.6 en OI. Presenta además cataratas bilaterales, mayores en el derecho.

---

135 Pensaríamos en:

A) Retinopatía diabética.
B) Retinopatía anémica.
C) Retinopatía de altura.
D) Síndrome isquémico ocular.

136 En estos pacientes, sería muy raro encontrar:

A) Rubeosis.
B) Atrofia de iris.
C) Nódulos coroideos.
D) Flare.

137 En esta patología, un hallazgo muy común a la exploración, es:

A) Blanco sin presión en extrema periferia.
B) Pulsación espontánea de la arteria central de la retina a la digitopresión.
C) Desprendimientos únicos del epitelio pigmentario de la retina.
D) Periflebitis retiniana.

138 La etiopatogenia de este cuadro es:

A) Mala perfusión carotídea.
B) Fibrilación auricular.
C) Hipertensión pulmonar.
D) Síndrome de la vena cava superior.

139 Concerniente a este cuadro, es FALSO que:

A) Es más frecuente en hombres.
B) Hay un retraso en el llenado coroideo en la angiofluoresceingrafía.
C) Son frecuentes los episodios de amaurosis fugax.
D) Suele ser bilateral.

CASO PRÁCTICO 10:
Paciente mujer de 56 años de edad, con antecedente de intervención de catarata ojo izquierdo (OI) mediante facoemulsificación con implante de lente intraocular cinco meses antes de la actual visita en consulta. La paciente refiere visión borrosa OI desde el primer día del postoperatorio, aun habiendo existido ligera mejoría en las primeras semanas. La exploración oftalmológica es la siguiente:

Agudeza visual con su corrección óptica:
OD: 5/10 que no mejora con agujero estenopeico.
OI: 1/10 que no mejora con agujero estenopeico.
Biomicroscopía:
OD: Córnea transparente con pequeños puntos oscuros a nivel endotelial adoptando un aspecto de "bronce batido", cámara anterior sin reacción inflamatoria, tyndal negativo, pupila normorreactiva y cristalino transparente.
OI: Hiperemia conjuntival leve. Edema corneal moderado con epitelio deslustrado y algunas bullas periféricas en córnea. Cámara anterior formada y limpia, tyndal negativo, pupila normorreactiva y lente intraocular (LIO) bien posicionada.
Presión intraocular: (medidas mediante tonometría por aplanamiento de Goldman)
OD: 12 mmHg.
OI: 16 mmHg.
Espesor corneal central:
OD: 580 µm.
OI: 760 µm.
Recuento endotelial:
OD: 1.340 células/mm^2.
OI: Imposible obtener valor por defectuoso enfoque.
Fondo de ojos sin alteraciones.

---

140 ¿Cuál le parece el diagnóstico más acertado, de entre los siguientes?

A) Síndrome tóxico del segmento anterior (TASS).
B) Queratopatía bullosa.
C) Síndrome iridocorneal.
D) Queratitis herpética.

141 ¿Cuál cree que es la etiología de esta enfermedad?

A) Yatrogénica, en el contexto de una predisposición por patología previa.
B) Infecciosa.
C) Genética.
D) Neoplásica.

142 ¿Qué patología previa justifica más la complicación postoperatoria, descrita en este caso?

A) Síndrome iridocorneal.
B) Glaucoma crónico.
C) Distrofia corneal endotelial de Fuchs.
D) Insuficiencia límbica.

143 En cuanto al tratamiento, señale lo FALSO de entre los siguientes enunciados:

A) Dado el tiempo transcurrido desde la intervención, y la baja recuperación de agudeza visual y de transparencia corneal, el tratamiento de elección es quirúrgico.
B) La primera indicación en la que se debe pensar es la realización de una queratoplastia lamelar endotelial, (DSAEK/DMEK), si el grado de fibrosis estromal es nulo o muy bajo.
C) La queratoplastia penetrante sería primera indicación en el caso de existir una fibrosis estromal avanzada con gran pérdida de transparencia corneal.
D) La queratoplastia lamelar anterior profunda (DALK) es la técnica de elección.

144 Según la exploración oftalmológica expuesta, ¿a qué se deben las diferencias altas entre las presiones intraoculares (PIO) tomadas en ambos ojos? (OD: 12 OI: 16)

A) A la inflamación existente en cámara anterior del ojo izquierdo (OI).
B) A la situación de estar operado de catarata OI, que provoca unas cifras tensionales mayores que en los ojos no operados de catarata.
C) A la existencia de bullas epiteliales periféricas en córnea del OI.
D) Al valor diferente de paquimetría o espesor corneal central que presenta cada ojo.

145 En relación con la patología previa que presenta esta paciente, señale la afirmación FALSA:

A) Es un trastorno que se caracteriza por una pérdida bilateral acelerado de células endoteliales.
B) Es más común en mujeres.
C) La mayoría de los casos son esporádicos, con herencia autosómica dominante (AD) ocasionalmente.
D) Suele debutar clínicamente en edades tempranas de la vida.

146 En relación con el tratamiento de la patología previa que presenta esta paciente, señale las opciones que pueden ser útiles:

A) Colirio o pomada de cloruro sódico al 5%.
B) Uso de secador para deshidratar la córnea.
C) Queratoplastia lamelar endotelial.
D) Todas las opciones pueden ser útiles.

CASO PRÁCTICO 11:
Tenemos en la urgencia un paciente fáquico con un desprendimiento de retina superior y desgarro único a las XII h en la periferia del ojo derecho.

147 Podría ser tratado mediante todas estas técnicas, EXCEPTO:

A) Vitrectomía posterior con C3F8 al 14%.
B) Retinopexia neumática con SF6 puro.
C) Diatermia de grosor completo de la esclera.
D) Cerclaje escleral con banda de 2,5 mm.

148 Es importante conocer que las adherencias vítreo-retina son MENOS intensas en:

A) Base del vítreo.
B) Márgenes del disco óptico.
C) Salida de los grandes vasos retinianos.
D) Perifovealmente.

149 El macrodesgarro retiniano se define como una rotura mayor de:

A) 90º.
B) 180º.
C) 270º.
D) 360º.

150 Siguiendo con el macrodesgarro, se asocia a:

A) Blanco sin presión.
B) Tuft retiniano.
C) Retinosquisis degenerativa.
D) Degeneración en baba de caracol.

151 Respecto a la coroideremia, ¿qué pregunta es cierta?

A) Los vasos retinianos permanecen relativamente normales hasta estadios finales.
B) Es autosómica recesiva.
C) Los niveles de ornitina en plasma están aumentados.
D) Tiene peor pronóstico en mujeres.

152 Es excepcional el uso de uno de estos tratamientos en la patología neovascular macular:

A) Terapia fotodinámica.
B) Fotocoagulación con láser de argón.
C) Ranibizumab.
D) Aflibercept.

153 El agente infeccioso productor de la mucormicosis rinoorbitaria es:

A) Una bacteria.
B) Un virus.
C) Un hongo.
D) Un platelminto.

INSTRUCCIONES PARA LAS PERSONAS OPOSITORAS:

Las personas opositoras están obligadas a colaborar en el correcto desarrollo del examen cumpliendo las siguientes instrucciones; en caso contrario nos veríamos obligados a pedirle que abandone el examen.

EL INCUMPLIMIENTO DE LAS INSTRUCCIONES QUE A CONTINUACIÓN LE DETALLAMOS SUPONDRÁ LA EXPULSIÓN DEL PROCESO.

SOBRE LA UTILIZACIÓN DE TELÉFONOS MÓVILES Y OTROS DISPOSITIVOS ELECTRÓNICOS:

- ESTÁ PROHIBIDA LA ENTRADA AL AULA Y PUESTO DE EXAMEN con TELÉFONO MÓVIL (o cualquier otro dispositivo electrónico conectado a datos).
- En caso de que necesite algún dispositivo electrónico por tema médico o relacionado con medidas de seguridad en el ámbito de la violencia de género, informe de ello a su entrada en el aula, y le indicarán qué instrucciones específicas debe seguir.
- SI SE LE HUBIERA OLVIDADO DEJAR EL MÓVIL EN CASA O A UN ACOMPAÑANTE, TIENE QUE PONERLO EN CONOCIMIENTO Y ENTREGÁRSELO A LOS RESPONSABLES DEL AULA, QUE LO CUSTODIARÁN HASTA FINALIZAR SU PRUEBA:
- Para ello le entregarán un sobre con autopegado, en el que deberá escribir su DNI, nombre y apellidos, introducir el dispositivo apagado en el sobre, cerrarlo y dejarlo claramente visible en su mesa de examen para que, antes del inicio del reparto de los cuadernillos de examen, sea depositado por las personas de la organización en la mesa del responsable del aula.
- Finalizada la prueba, podrá recoger su móvil tras la presentación de su DNI.

SOBRE EL CORRECTO DESARROLLO DE LA PRUEBA:

- ENCIMA DE LA MESA DE EXAMEN SÓLO PUEDEN ESTAR su documento identificativo (DNI, pasaporte), el cuadernillo de examen y la hoja de respuesta que se le entreguen, el/ los bolígrafo/s y, en su caso, una botella de agua y caramelos. Los enseres personales, como bolsos, carteras, mochilas, etc., debe colocarlos en el suelo, a sus pies.
- ESTÁ TOTALMENTE PROHIBIDO CUALQUIER TIPO DE COMUNICACIÓN ENTRE LAS PERSONAS OPOSITORAS Y ENTRE ÉSTAS Y EL EXTERIOR, ASÍ COMO EL USO Y TENENCIA DE DISPOSITIVOS MÓVILES.
- NO ESTÁ PERMITIDO LEVANTARSE DEL ASIENTO NI SALIR DEL AULA EN NINGUNA CIRCUNSTANCIA HASTA EL MOMENTO EN QUE SE INICIE EL EJERCICIO. Después, podrá ir al baño, siempre acompañado por uno de los vigilantes del aula.

SOBRE EL CONTENIDO DEL CUADERNILLO DE EXAMEN:

- Iniciada la prueba, si observa alguna anomalía en la impresión del cuadernillo, levante la mano y, cuando le atiendan, solicite su sustitución.
- Si entiende que existen preguntas confusas, incorrectamente formuladas o con respuestas erróneas, **LE RECORDAMOS QUE LA/S ALEGACIÓN/ES A LA/S PREGUNTA/S HA DE REALIZARSE A TRAVES DE LA V.E.C. EN LOS TRES DIAS HÁBILES SIGUIENTES A LA REALIZACIÓN DEL EXAMEN.**

NO ESTÁ PERMITIDO INTERRUMPIR EL CORRECTO DESARROLLO DEL EXAMEN.

ANTE CUALQUIER CUESTIÓN O INCIDENCIA QUE TENGA, LEVANTE LA MANO Y ESPERE SENTADO/A Y EN SILENCIO A QUE LE ATIENDAN LAS PERSONAS QUE ESTAN VIGILANDO EL DESARROLLO DE LA PRUEBA.