

CONCURSO-OPOSICIÓN PARA LA PROVISIÓN DE VACANTES DE PERSONAL FACULTATIVO ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO DE INSTITUCIONES SANITARIAS DEPENDIENTES DE LA CONSELLERÍA DE SANIDAD UNIVERSAL Y SALUD PÚBLICA (Resolución de 30 de mayo de 2017, D.O.G.V. núm. 8056 del 06.06.2017)

FASE DE OPOSICIÓN

Valencia, 18 de Febrero de 2018

1- ¿Cuál de los siguientes programas de cribado NO está recogido en el Real Decreto 1030/2006 que establece la Cartera de Servicios comunes del Sistema Nacional de Salud?

- a. Cribado de cáncer colorrectal.
- b. Cribado de cáncer de mama.
- c. Cribado de cáncer de pulmón.
- d. Cribado de cáncer de cervix.

2- NO se incluirán en la Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, según el Real Decreto 1030/2006, las técnicas, tecnologías o procedimientos:

- a. Que se encuentren en fase de investigación clínica, salvo las autorizadas para uso compasivo.
- b. Que aporten una mejora en términos de seguridad, eficacia, efectividad, eficiencia o utilidad demostrada, respecto a otras alternativas facilitadas actualmente.
- c. Que cumplan las exigencias que establezca la legislación vigente en el caso de que incluyan la utilización de medicamentos, productos sanitarios u otros productos.
- d. Todas las anteriores respuestas son correctas.

3- Para ser incluidos en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, las técnicas, tecnologías o procedimientos, deberán reunir diversos requisitos, EXCEPTO:

- a. Contribuir de forma eficaz a la prevención, al diagnóstico o al tratamiento de enfermedades.
- b. Estar autorizados para la comercialización de acuerdo con la legislación vigente.
- c. Aportar una mejora, en términos de seguridad, eficacia, efectividad, o utilidad demostrada respecto a otras alternativas.
- d. Cumplir las exigencias que establezca la legislación vigente en el caso de que incluyan la utilización de medicamentos o productos sanitarios.

4- Según la Constitución Española si el Congreso niega su confianza al gobierno, éste:

- a. No podrá plantear otra cuestión de confianza hasta transcurrido un año como mínimo.
- b. Presentará su dimisión.
- c. No podrá plantear otra posible confianza hasta la siguiente legislatura.
- d. No podrá plantear otra posible confianza hasta el siguiente período e sesiones parlamentarias.

5- Para aprobar una reforma de la Constitución Española, es necesaria una mayoría tanto en el Congreso como en el Senado, de:

- a. Mayoría de 3/5 de votos en ambas Cámaras.
- b. Mayoría de 2/3 de votos en ambas Cámaras.
- c. Mayoría absoluta de votos en ambas Cámaras.
- d. Mayoría simple de votos en ambas Cámaras.

6- Desde su aprobación en 1978 ¿Cuántas veces se ha reformado la Constitución española?

- a. Ninguna, nunca se ha modificado hasta la fecha.
- b. Se ha modificado en una ocasión.
- c. Se ha modificado en dos ocasiones.
- d. Se ha modificado en tres ocasiones

7- Según el Decreto 37/2017, de 10 de marzo, del Consell, por el que se aprueba el Reglamento orgánico y funcional de la Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública, territorialmente se organiza en:

- a. Servicios centrales y territoriales.
- b. Servicios centrales y provinciales.
- c. Servicios centrales y departamentales.
- d. Servicios centrales y comarcales.

8- Según el artículo 2 del Decreto 74/2007, de 18 de mayo, del Consell, por el que se aprueba el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de la atención sanitaria en la Comunidad Valenciana, ¿Cuál de las siguientes NO es función de los servicios sanitarios?

- a. Promoción de la salud.
- b. Detección precoz de las patologías de mayor gravedad y prevalencia.
- c. Prevención de las enfermedades mediante la intervención en los factores de riesgo.
- d. Cuidados a pacientes terminales.

9- Según el artículo 9 del Decreto 74/2007, de 18 de mayo, del Consell, por el que se aprueba el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de la atención sanitaria en la Comunidad Valenciana, en cada Departamento deberá existir como mínimo una de las siguientes Comisiones clínicas de garantía de calidad:

- a. Comisión de Enfermedades de declaración obligatoria.

- b. Comisión de Docencia y Formación.
- c. Comisión de Riesgos laborales.
- d. Comisión de la memoria anual del Centro.

10- Según el artículo 20 del Decreto 96/2014, de 13 de junio, del Consell, por el que se determinan las condiciones del régimen de ausencias al trabajo por enfermedad o accidente que no dan lugar a deducción de retribuciones. Retribuciones de personal sanitario. Carrera profesional y desarrollo profesional en el ámbito de las instituciones sanitarias, ¿Cuántos días como máximo es posible faltar al trabajo por enfermedad o accidente sin presentar parte médico de baja laboral?:

- a. 1 día.
- b. 2 días.
- c. 3 días.
- d. 4 días.

11- Según el Decreto 137/2003, de 18 de julio, del Consell, por el que se regula jornada y horarios de trabajo, permisos, licencias y vacaciones del personal al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Generalitat Valenciana, la jornada de trabajo ordinaria es de:

- a. 40 horas semanales.
- b. 37 horas y 20 minutos semanales.
- c. 35 horas semanales.
- d. 35 horas y 20 minutos semanales.

12- De acuerdo con el artículo 53 del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, anualmente, el personal tendrá derecho a una vacación retribuida cuya duración:

- a. No será inferior a un mes o del tiempo que proporcionalmente corresponda en función del tiempo de servicios.
- b. No será inferior a treinta días naturales o del tiempo que proporcionalmente corresponda en función del tiempo de servicios.
- c. No será superior a un mes o del tiempo que proporcionalmente corresponda en función del tiempo de servicios.
- d. No será superior a treinta días naturales o del tiempo que proporcionalmente corresponda en función del tiempo de servicios.

13- Normalmente la velocidad de giro del disco duro de un ordenador, es:

- a. Variable.
- b. Constante.
- c. Aleatoria.
- d. Digital.

14- Ordene de menor a mayor la siguientes unidades de información en informática:

- a. Megabyte, Kilobyte, Gigabyte, Terabyte.
- b. Kilobyte, Megabyte, Terabyte, Gigabyte.
- c. Kilobyte, Megabyte, Gigabyte, Terabyte.
- d. Megabyte, Kilobyte, Terabyte, Gigabyte.

15- En el ámbito de una Consellería la jefatura de todo el personal la ostenta:

- a. El Conseller.
- b. El Secretario autonómico.
- c. El Subsecretario.
- d. El Director General de Recursos Humanos.

16- Una persona ha sido intervenida de una enfermedad de Crohn y ha presentado complicaciones importantes. En estos momentos lleva 11 semanas de nutrición parenteral total y sin ningún tipo de nutrición enteral también durante ese período. ¿Cuál es la probabilidad de que desarrolle o haya desarrollado litiasis biliar?

- a. 70%.
- b. 80%.
- c. 90%.
- d. 100%.

17- Las náuseas y vómitos postoperatorios tienen un impacto negativo en la Cirugía Mayor Ambulatoria, ya que retrasan el alta. ¿Qué medidas no se consideran útiles para su profilaxis?

- a. La dexametasona presenta la mejor relación coste-efectividad en su prevención.
- b. La utilización de propofol en la inducción y mantenimiento.
- c. La hidratación.
- d. La neostigmina al final de la intervención.

18- Respecto a la fisiopatología del neumoperitoneo en la cirugía laparoscópica:

- a. La presión habitual de trabajo es por encima de 15 mm de Hg.
- b. Desde el principio de la insuflación peritoneal se observa una disminución de las resistencias vasculares sistémicas entre el 36-95%
- c. El gas ideal ha de ser incoloro, fisiológicamente inerte, no inflamable y muy soluble en plasma.
- d. Los desequilibrios de la ventilación / perfusión favorece la hipocapnia aumentando el espacio muerto de los alveolos.

19- Las células predominantes o que más proliferan entre las 24 y 48 horas en la fase inflamatoria de la cicatrización por primera intención, en una herida subcostal derecha, son:

- a. Plaquetas.
- b. Neutrófilos.
- c. Hematíes.
- d. Linfocitos.

20- En el tratamiento del cáncer colorrectal con terapia molecular dirigida se emplean los siguientes fármacos, excepto:

- a. Imatinib.
- b. Cetuximab.

- c. Panitumumab.
- d. Bevacizumab.

21- El baremo NNIS (Nosocomial Infections Surveillance) se emplea para calcular la tasa previsible de Infección de Sitio Quirúrgico (ISQ), NO es cierto que:

- a. Existe variabilidad para un mismo tipo de cirugía de la incidencia de la infección en función de la comorbilidad y el tiempo operatorio.
- b. La laparoscopia reduce el índice de ISQ.
- c. Se ha de repetir la dosis de forma intraoperatoria si hay pérdida sanguínea intraoperatoria superior a 1500 ml.
- d. Las cefalosporinas de tercera y cuarta generación son las indicadas para profilaxis antibiótica, con el objetivo de ampliar el espectro antibacteriano.

22- En el Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica a la Infección (SIRS):

- a. La liberación de citoquinas estimulan la síntesis de proteínas de fase aguda.
- b. Al activar la cascada de la coagulación se produce una primera fase fibrinolítica.
- c. La lesión del endotelio vascular por isquemia reperusión es autolimitado.
- d. No son factores decisivos de las lesiones tisulares y el SDOM (Síndrome de disfunción orgánica múltiple), ni la lesión endotelial ni la vasodilatación.

23- Las infecciones a distancia del espacio quirúrgico constituyen una parte importante de la infección nosocomial postoperatoria. NO es cierto que:

- a. Es preciso restringir las indicaciones del sondaje urinario.
- b. Las infecciones relacionadas con catéteres intravasculares (CRBI) constituyen la primera causa de bacteriemia intrahospitalaria.
- c. La infección por *S. Aureus* se debe a su habilidad para producir proteínas la adherencia a las superficies plásticas (biofilm).
- d. En salas de hospitalización quirúrgica la infección postoperatoria más frecuente es la del sitio quirúrgico, seguida de la urinaria y en tercer lugar la neumonía.

24- Según la clasificación de las hernias de Gilbert, las hernias directas con fallo total de la pared posterior son:

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

25- Respecto a la colocación de biomateriales para el tratamiento de eventraciones:

- a. Las prótesis laminares precisan interfaz tejido-tejido.

- b. Las prótesis compuestas precisan interfaz tejido-tejido.
- c. Las prótesis reticulares precisan interfaz tejido-tejido.
- d. Las prótesis reticulares no absorbibles son las que se colocan en contacto con peritoneo visceral.

26- ¿Qué prueba es útil para establecer el diagnóstico de trastorno motor esofágico primario?

- a. La ecografía endoscópica.
- b. pHmetría de 24 h.
- c. La manometría.
- d. La puntuación de DeMeester.

27- Cuando llega a Urgencias un paciente que refiere haber ingerido sulfamán con intento autolítico, debemos pensar:

- a. El producto es un álcali.
- b. La endoscopia se hará una vez pasada la fase aguda (pasadas las primeras 48 horas).
- c. Las lesiones de grado II se forman ampollas y úlceras con exudado fibroso pero sin escaras.
- d. Las primeras acciones en el box de urgencias serán: intentar neutralizar o diluir la sustancia lesiva y colocar una sonda nasogástrica.

28- Al realizar un Nissen:

- a. Se asocia a vaguectomía profiláctica.
- b. Respetamos los vasos gastroesplénicos .
- c. La longitud de la funduplicatura será de 2 - 4 cm.
- d. Si se realiza por laparoscopia disminuyen los efectos secundarios, sobretodo la disfagia.

29- Cuando hay fracaso de la cirugía del reflujo:

- a. La pirosis y las regurgitaciones también acompañan a la sensación de opresión retroesternal postprandial cuando hay una migración gástrica al tórax.
- b. Cuando hay recidiva clínica ya no hay que repetir la pHmetría esofágica de 24 horas.
- c. Si el paciente no refiere pirosis junto a la disfagia o afagia, se descarta la obstrucción esofágica distal creada por la cirugía.
- d. La indicación quirúrgica es inmediata en la complicación referida en la respuesta b.

30- Entre las técnicas de resección y sustitución esofágicas:

- a. La gastroplastia tiene la finalidad de liberar el estómago de sus fijaciones para ascender la plastia gástrica.
- b. Los vasos breves se respetan en la gastrolisis para mejor vascularización de la plastia gástrica.
- c. Para finalizar la gastrolisis ligaremos arteria y vena coronaria estomáica en su base.
- d. Para la realización de la gastroplastia se reseca la curvatura mayor liberada tras la gastrolisis.

31- Las complicaciones postoperatorias precoces de la resección esofágica son todas, excepto:

- a. Dehiscencia anastomótica.
- b. Quilotórax.
- c. Complicaciones pulmonares.
- d. Estenosis de la anastomosis esofágica.

32- El cáncer gástrico precoz (CGP):

- a. Es un cáncer gástrico *in situ*.
- b. No tiene afectación ganglionar.
- c. La mitad de CGP se localizan en el antro.
- d. No progresa a cáncer gástrico avanzado.

33- El carcinoma de muñón gástrico:

- a. La incidencia es mayor en pacientes con reconstrucciones tipo Billroth II y gastrectomías distales.
- b. El riesgo es tiempo-dependiente y disminuye según pasa el tiempo desde la cirugía gástrica.
- c. Los pacientes presentan síntomas de forma precoz, por lo que el diagnóstico es en estadios tempranos.
- d. Es de muy buen pronóstico.

34- Respecto al bypass gástrico como técnica para tratamiento de la obesidad mórbida, ¿cuál es la afirmación correcta?:

- a. En los pacientes superobesos el asa alimentaria debe medir 75 cm.
- b. El reservorio gástrico debe ser pequeño (15-30 ml) y a expensas de la curvatura mayor.
- c. El asa biliopancreática debe medir 175 cm.
- d. El asa alimentaria suele medir entre 100 y 200 cm.

35- La escala BAROS (Sistema de evaluación y análisis de resultados de la cirugía de la obesidad), valora las siguientes comorbilidades excepto:

- a. Incontinencia urinaria de estrés
- b. Osteoartropatía
- c. Infertilidad
- d. Estreñimiento

CASO CLÍNICO 1 (preguntas de 36-40)

Hombre de 37 años diagnosticado de Crohn ileocecal desde hace 4 años. Durante este tiempo ha requerido dos ingresos por brote de actividad con buena respuesta al tratamiento médico (inicialmente esteroides). El último ingreso fue hace unos dos años y se efectuaron los estudios oportunos con colonoscopia incluida, que confirmaba la afectación ileocecal. Está en tratamiento de mantenimiento con mesalazina y consulta urgente por episodio de dolor abdominal localizado en mesogastrio-FID, de 10 días de

evolución con aumento del número de deposiciones y fiebre. Además refiere polaquiuria, disuria y posible neumatúria. A la exploración destaca una masa palpable en FID dolorosa al tacto. Analítica con VSG de 75, leucocitos 19000 con desviación izquierda, PCR 40, Fibrinógeno de 650 y plaquetas 470000. En la bioquímica destaca hipoproteinemia e hipoalbuminemia. En el urinocultivo crecen dos gérmenes (*Escherichia Coli* y *Streptococcus faecalis*).

En la ecografía abdominal se observa una masa en la FID que parece englobar asas intestinales y mínima cantidad de líquido libre.

36- En esta situación y en estos momentos una de las siguientes afirmaciones seguro que no es correcta:

- a. Estamos ante un plastrón inflamatorio con o sin absceso.
- b. Estamos ante una enfermedad de Crohn A2L3B3 de la clasificación de Montreal.
- c. Cuando ingresemos al paciente no es recomendable pautar profilaxis tromboembólica con heparina de bajo peso molecular excepto que se vaya a intervenir quirúrgicamente.
- d. La administración de corticoides intravenosos es controvertida pero si se consensua administrarlos deben darse dosis plenas de prednisona (1 mg/Kg/día o dosis equivalente de prednisolona o metilprednisolona) .

37- Efectuamos una TAC y se aprecia confirmación de los hallazgos ecográficos y constata la presencia de una imagen de colección de 5x4cm a nivel de FID:

¿Qué tratamiento considera más adecuado y ventajoso en esta situación?

- a. Drenaje percutáneo radiológico.
- b. Drenaje quirúrgico por laparotomía.
- c. Drenaje quirúrgico por laparoscopia.
- d. Nutrición parenteral o enteral y antibioterapia de amplio espectro.

38- Finalmente se confirma la neumatúria y aparece una fístula enterocutánea de bajo débito en la FID a los 10 días de estar ingresado. Sin embargo, la situación clínica ha mejorado notablemente con el tratamiento efectuado normalizándose las cifras de reactantes de fase aguda, no hay fiebre y las proteínas se han normalizado Se efectúa nuevo TAC y una enterorresonancia magnética. Entre ambas exploraciones se concluye que hay un plastrón inflamatorio que engloba unos 25 cm de íleon terminal, con engrosamiento de la grasa mesentérica y se aprecia gas en vejiga. Por supuesto, se confirma la fístula enterocutánea entre el asa ileal afecta por enfermedad de Crohn y la piel. Además, ambas exploraciones constatan la existencia de una fístula ileoileal y de una fístula ileosigmoide.

En este escenario clínico ¿cuál de las afirmaciones siguientes no es correcta?

- a. La fístula enterocutánea tiene muy pocas probabilidades de cierre espontáneo con tratamiento biológico.
- b. Una fístula ileoileal por sí sola no tiene indicación quirúrgica.
- c. En la valoración de la fístula ileosigmoide no es necesaria una nueva colonoscopia.
- d. La fístula enterovesical normalmente es de indicación quirúrgica.

39- Si se decide intervenir al paciente ¿Cuál de las siguientes afirmaciones no es cierta?

- a. La resección ileal con márgenes macroscópicamente sanos pero microscópicamente afectos no va a influir en las recurrencias.
- b. Al estar interviniendo un paciente con patrón fistulizante la probabilidad de recurrencia es menor que si el patrón fuera estenosante.
- c. Las recurrencias tras la intervención son siempre proximales a las anastomosis y su frecuencia va aumentando con el tiempo.
- d. Si el colon sigmoide es un órgano “víctima” no es obligada su resección.

40- Respecto a la cirugía en este paciente, señale la afirmación no correcta:

- a. La estricturoplastias o plastias intestinales complejas, como las de Michelassi y Taschieri, serían opciones que podrían ser útiles en este caso.
- b. Hay que cerrar el orificio fistuloso de la vejiga no siendo necesaria una gran resección de sus bordes.
- c. Se postula que las anastomosis amplias tienen menos recurrencias pero sólo el hábito tabáquico es el único factor influyente en la aparición de recurrencias.
- d. Si tras la intervención presenta al 5º día fístula intestinal anastomótica la probabilidad de cierre con tratamiento conservador es muy baja por lo que hay que plantearse la reintervención.

CASO CLINICO 2 (preguntas de 41-45)

Un hombre de 60 años con un IMC = 28 y antecedentes de enolismo con un promedio de consumo de 28 gr de etanol/día acude al Servicio de Urgencias de un hospital. No presenta otros antecedentes de interés excepto el hábito tabáquico con un promedio de consumo de 22 cigarrillos/día. Cuando acude a Urgencias refiere que presenta desde hace unos 3 días orinas colúricas, ligero prurito generalizado y pigmentación icterica de piel y mucosas. Durante la exploración se constata la presencia del signo de Courvoisier-Terrier. Las heces aparentemente son algo más claras de lo normal y no refiere otra sintomatología.

41- ¿Cuál de los siguientes diagnósticos cree que será el menos probable?

- a. Adenocarcinoma duodenal en vecindad a la ampolla de Vater.
- b. Adenocarcinoma ampular.
- c. Adenocarcinoma de cabeza de páncreas.
- d. Colangiocarcinoma distal.

42- Se le pide una batería analítica completa y una ecografía urgente. El resultado de la ecografía es el siguiente: “Dilatación importante de la vía biliar intra y extrahepática sin observarse cálculos en las misma ni en la vesícula biliar. La interposición de gas a nivel de la encrucijada duodeno-

bilio-pancreática no permite observar la existencia de nódulos o masas. Resto sin hallazgos de interés”. Se decide realizar una TAC con contraste iodado iv. Diga cuál de las siguientes afirmaciones respecto a esta TC no es cierta:

- a. En el caso de tratarse de una carcinoma ampular la TC siempre detectará dilatación de la vía biliar intra y extrahepática, esta última a nivel distal, además de la masa tumoral de la encrucijada duodeno-bilio-pancreática.
- b. En el caso de tratarse de un carcinoma pancreático observaremos como hallazgo más relevante una masa hipodensa respecto al resto del parénquima pancreático.
- c. El hallazgo por TAC de invasión venosa mesentérico-portal en un 45% de su circunferencia y de 2 cm de longitud no contraindica la cirugía resectiva, incluso R0.
- d. La sensibilidad de la TAC con contraste es superior a la angiografía convencional para detectar afectación vascular.

43.- En la analítica que se le ha solicitado ¿Qué marcador tumoral cree que es más específico si pensamos que el paciente tiene un adenocarcinoma pancreático?

- a. CA 125.
- b. CA 19-9.
- c. CA 15-3.
- d. CA 27-29.

44- Finalmente el informe de la TAC concluye que se trata de una lesión sólida compatible con neoplasia maligna de cabeza de páncreas, pequeña y de menos de 1 cm, sin aparentes signos de infiltración vascular ni adenopatías visibles que sugieran afectación ganglionar. Se efectúa una RM que informa de hallazgos similares. Se decide completar el estudio con una ecoendoscopia (EE). ¿Cuál de las siguientes afirmaciones cree que no es correcta?

- a. La EE puede detectar lesiones de menos de 5 mm.
- b. Una de las limitaciones de la EE es que su penetración ultrasónica no supera los 4-6 cm.
- c. La precisión diagnóstica de la EE para detectar masas en la cabeza de páncreas es similar a la de la TAC.
- d. La precisión diagnóstica de la EE para detectar infiltración vascular en las masas de la cabeza de páncreas es similar a la de la TAC.

45- Finalmente se llega la conclusión diagnóstica de adenocarcinoma de cabeza de páncreas y se programa para una duodenopancreatectomía cefálica con preservación pilórica (DPCPP). Respecto a esta intervención indique cual de las afirmaciones no es cierta.

- a. Al tratarse de una lesión sólida, la DPCPP puede y debe ser realizada aunque no tengamos biopsia de confirmación histológica de malignidad preoperatoriamente.
- b. La DPCPP tiene unos resultados oncológicos similares a la intervención clásica tipo Whipple.

- c. La aparición de fístula pancreática como complicación de la DPCPP es mucho menor si se emplea octreótido de manera profiláctica.
- d. La aparición de infartos y abscesos hepáticos es una complicación poco frecuente de la DPCPP.

CASO 3 (preguntas 46-50)

Un varón de 61 años presenta sangrado rectal y el estudio endoscópico revela una lesión rectal a 8 cm de márgenes anales, confirmado por AP de adenocarcinoma. La TC no revela metástasis a distancia y los estudios de imagen identifican extensión a grasa mesorrectal y dos ganglios agrandados.

46- ¿Qué procedimiento de imagen es el mas preciso para la valoración de este paciente?

- a. Resonancia magnética nuclear (RM) pélvica.
- b. Tomografía computarizada (TAC) de alta resolución.
- c. Ecografía endorrectal.
- d. Tomografía por emisión de positrones (PET).

47- ¿Cuál sería la estadificación clínica de este paciente?

- a. Estadio I.
- b. Estadio II.
- c. Estadio IIIA.
- d. Estadio IIIB.

48- ¿Qué beneficio tiene en estos casos la radioterapia (RT) preoperatoria con respecto a la postoperatoria?

- a. Reducción de recidivas locales y supervivencia mas prolongada.
- b. Menor toxicidad.
- c. Reducción de recurrencias a distancia.
- d. Reducción de fracturas óseas inducidas por la RT.

49- ¿Qué tipo de cirugía propondría tras el tratamiento neoadyuvante?

- a. Cirugía radical con EMST (excisión mesorrectal subtotal).
- b. Cirugía radical con EMT (excisión mesorrectal total).
- c. Resección local mediante cirugía endoscópica transanal.
- d. AAP (amputación abdomino-perineal).

50- ¿Cuándo consideraremos que el MRC (margen de resección circunferencial) está afecto en el estudio anatomopatológico?

- a. El tumor está a menos de 1 mm de distancia al margen de resección circunferencial.
- b. El tumor alcanza el margen de resección circunferencial teñido con tinta china.
- c. El tumor está a 2 mm de distancia al margen de resección circunferencial.
- d. A y B son correctas.

CASO 4 (preguntas 51-55)

Paciente de 50 años de edad que ingresa tras traumatismo abdominal cerrado, con TA de 105/70, 80 ppm y hemograma normal. En pruebas de imagen se observa desgarro capsular esplénico y 2 cm de penetración en parénquima, con escaso líquido libre en cavidad peritoneal y no extravasación de contraste.

51- ¿Cuál es la mejor prueba a realizar en este paciente?

- a. TAC con contraste iv.
- b. TAC sin contraste iv.
- c. Ecografía.
- d. Angiografía.

52- Según la clasificación de la ASST (American surgery society of trauma) ¿a qué grado de lesión corresponden los hallazgos descritos?

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

53- ¿Qué tratamiento indicaría a este paciente?

- a. Esplenectomía.
- b. Embolización de la arteria esplénica.
- c. Tratamiento no quirúrgico con vigilancia.
- d. Angiografía.

54- Si el paciente responde adecuadamente al tratamiento estándar prescrito ¿cuáles son las recomendaciones de seguimiento?

- a. Realización de TAC de control en los primeros 3 días.
- b. Realización de TAC de control tras el alta.
- c. Realización de TAC de control solo en pacientes sintomáticos.
- d. No requiere realización de TC de control.

55- Recomendaría a este paciente la administración de algún tipo de profilaxis? ¿cuándo?

- a. Ninguna.
- b. Vacuna antineumocócica 10 días antes de la esplenectomía.
- c. Vacuna antineumocócica en el postoperatorio.
- d. Vacuna contra Haemophilus influenzae en el postoperatorio.

56- ¿Cuál de estos hallazgos no es determinante en la indicación de cirugía urgente en una obstrucción por bridas?

- a. Neumatosis intestinal.
- b. Gas portal.
- c. Dolor continuo, fiebre y taquicardia.

- d. Contraste oral que no alcanza el colon en la Rx simple de control a las 8 horas de su administración.

57- Una de las siguientes afirmaciones sobre la utilización del by-pass intestinal o gastrointestinal en la enfermedad de Crohn, sin resección del segmento o plastrón inflamatorio, no es cierta:

- a. Aumenta el riesgo de cáncer en el segmento excluido.
- b. Persiste la posibilidad de nuevas fístulas, abscesos e incluso perforación en el segmento enfermo.
- c. Con seguridad habrá sobrecrecimiento bacteriano en el tramo intestinal excluido.
- d. Si el segmento afecto es el duodeno el by-pass gastroyeyunal es una técnica a tener en cuenta, aunque contamos con otras mucho mejores y preferibles.

58- ¿Cuál es la localización menos frecuente de la colitis isquémica?

- a. Colon derecho.
- b. Angulo esplénico de colon.
- c. Colon descendente o sigmoideo.
- d. Recto.

59- Uno de los siguientes factores que se menciona no supone un factor de mal pronóstico para el cierre espontáneo de una fístula enterocutánea por dehiscencia de sutura de más de 16 días de evolución:

- a. Débito entre 300-350 ml al día.
- b. Transferrina superior a 200 mg/dl.
- c. Trayecto de menos de 1 cm de longitud.
- d. Ubicación en la pared lateral de la segunda porción duodenal.

60- La complicación más frecuente de un divertículo de Meckel en una persona adulta es:

- a. Hemorragia digestiva.
- b. Perforación.
- c. Inflamación o diverticulitis.
- d. Obstrucción intestinal.

61- En lo referente a a la apendicectomía laparoscópica, no es cierta una de siguientes afirmaciones

- a. Es el procedimiento de elección en mujeres de edad fértil.
- b. Los abscesos intraabdominales son mas frecuentes.
- c. Evita grandes incisiones en pacientes obesos.
- d. En pacientes con peritonitis aguda difusa no garantiza el lavado de toda la cavidad abdominal.

62- ¿Cuál de las siguientes opciones no aumenta la incidencia de diverticulosis?

- a. Estreñimiento.
- b. Inmunosupresión.

- c. Edad.
- d. Ingesta escasa de fibra en la dieta.

63- Una de las siguientes afirmaciones en el síndrome de Lynch no es correcta:

- a. Los tumores tienden a localizarse en el lado derecho del colon.
- b. Pueden aparecer carcinomas sebáceos.
- c. La presencia de tumores sincrónicos de colon es excepcional.
- d. El diagnóstico clínico se basa en la historia familiar de cáncer.

64- En relación al carcinoma epidermoide anal:

- a. El estadio T1 corresponde a un tumor que invade la submucosa.
- b. El indicador pronóstico mas importante es la afectación ganglionar.
- c. Tumores menores de 2 cm se pueden tratar con resección local amplia.
- d. El tratamiento de elección es la amputación abdominoperineal.

65- Si usted sospecha con total seguridad un estreñimiento por disfunción de salida, ¿Cuál de las siguientes exploraciones no consideraría indicada?

- a. Test de expulsión del balón intrarrectal.
- b. Cápsula de vídeodefecografía endoscópica.
- c. Manometría anorrectal.
- d. Tiempo de tránsito cólico con marcadores radioopacos.

66- En relación al prolapso rectal, señale la respuesta correcta:

- a. Las técnicas que asocian resección empeoran el estreñimiento.
- b. La vía de elección en pacientes frágiles es la cirugía laparoscópica.
- c. El abordaje abdominal obtiene menor índice de disfunción genitourinaria postoperatoria que la vía perineal.
- d. En los pacientes con buen estado general se recomienda el abordaje por vía abdominal.

67- Sólo uno de estos abscesos anales debe ser drenado exclusivamente por vía endoanal:

- a. Absceso isquioanal con prolongación supraelevadora.
- b. Absceso interesfinteriano con prolongación supraelevadora.
- c. Absceso pelvirrectal.
- d. Absceso isquioanal en herradura.

68- En un paciente con ictericia obstructiva indolora, la ecografía pone de manifiesto dilatación aislada de la vía biliar intrahepática ¿qué exploración adicional solicitaría para confirmar su diagnóstico de sospecha?

- a. Colangiografía retrógrada endoscópica (CPRE).
- b. Colangiografía por resonancia magnética (CRM).
- c. Colangiografía transparietohepática (CTPH).
- d. Cualquiera de ellos.

69- Uno de los siguientes hallazgos radiológicos mediante TAC con contraste yodado no es característico del carcinoma hepatocelular que asienta sobre un hígado cirrótico:

- a. Cápsula tumoral de contornos nítidos e hipodensa en fase arterial.
- b. Patrón en mosaico.
- c. Realce globular y discontinuo isodenso con la aorta en la fase portal.
- d. Lesión hipercaptante o hiperdensas en fase arterial.

70- Una de las siguientes afirmaciones ante una hiperplasia nodular focal hepática no es cierta:

- a. Después del hemangioma es el tumor hepático benigno más frecuente.
- b. La resección quirúrgica no es necesaria si la TAC confirma el diagnóstico.
- c. Su tamaño y número no se influyen por los anticonceptivos orales.
- d. Dado que dicha hiperplasia parece secundaria a una malformación vascular congénita puede presentar hemorragia con relativa frecuencia.

71- En relación al carcinoma hepatocelular una de las siguientes afirmaciones es falsa. Indique cuál es.

- a. Cuando no se puede aplicar tratamiento quirúrgico se puede utilizar inyección intratumoral de etanol, radiofrecuencia o quimioembolización arterial.
- b. La probabilidad de necrosis tumoral completa con la infiltración de etanol oscila entre el 90-100% si el tamaño del tumor no supera los 3 cm.
- c. A igual número de sesiones la radiofrecuencia es más efectiva que la alcoholización.
- d. La posibilidad de complicaciones, como hemoperitoneo o absceso hepático, son similares para la inyección de etanol y para la radiofrecuencia

72- Una de las siguientes afirmaciones es falsa en relación a las metástasis hepáticas con resección R0 cuyo origen era un carcinoma endocrino, el cual se ha resecado también con márgenes macroscópicamente sanos

- a. Si el tumor primario es funcionante la determinación de la hormona implicada tiene gran relevancia en el seguimiento y por ello siempre se debe incluir en las determinaciones analíticas.
- b. Si el tumor primario no es funcionante la determinación de cromogranina A es útil pero su inclusión en el seguimiento debe ser opcional.
- c. En el caso planteado en el enunciado la posibilidad de supervivencia a los 5 años oscila entre el 60-80%.
- d. Para un correcto manejo de estos pacientes las muestras previas de biopsias o de los tumores primarios deben incluir el grado de diferenciación celular, el índice mitótico y la determinación de Ki-67.

73- Una de las siguientes afirmaciones sobre el tumor de Klatskin es falsa

- a. Es algo más frecuente en el sexo femenino.
- b. La forma nodular-esclerosante es la más frecuente.
- c. La diseminación o invasión perineural es la más frecuente.

- d. La extensión submucosa proximal y distal una de las principales características anatomopatológicas.

74- ¿Qué prueba en el aspirado de lesiones quísticas pancreáticas se considera mas útil para diferenciar los tumores mucinosos de los cistoadenomas serosos y pseudoquistes de páncreas?

- a. Determinación de amilasa intraquística.
- b. Determinación de CA 19-9 intraquístico.
- c. Determinación de CEA intraquístico.
- d. Ninguno de los anteriores.

75- ¿Cuál de las siguientes complicaciones de la intervención de Whipple es la más frecuente?

- a. Retraso del vaciamiento gástrico.
- b. Fístula pancreática.
- c. Fístula biliar.
- d. Hemoperitoneo.

76- ¿En qué caso no está indicada la esplenectomía?

- a. Deficiencia de 6 glucosa fosfato deshidrogenasa.
- b. Tumores esplénicos.
- c. Púrpura trombocitopénica trombótica que no responde al tratamiento médico,
- d. Absceso esplénico.

77- Una de las siguientes es una contraindicación absoluta para la donación hepática para trasplante:

- a. Adicción a drogas y alcoholismo.
- b. Anemia drepanocítica.
- c. Esteatosis hepática >40 %.
- d. Fármacos inotrópicos a dosis elevadas.

78- Respecto a la PAAF en los nódulos tiroideos, señale la respuesta incorrecta:

- a. No se realiza en nódulos < 1 cm en ausencia de signos de malignidad.
- b. En la mayoría de los casos se realiza guiada por ecografía.
- c. Permite diferenciar entre adenoma y carcinoma folicular.
- d. Es el método de elección para determinar benignidad/malignidad.

79- La manifestación clínica más frecuente del bocio multinodular es:

- a. Disnea.
- b. Ninguna, la mayoría son asintomáticos.
- c. Hipertiroidismo.
- d. Disfagia.

80- Respecto al tratamiento del cáncer diferenciado de tiroides (CDT) con yodo radiactivo (I 131), indique cuál es la respuesta correcta:

- a. El nivel sérico de yodo influye en la captación de I 131.
- b. La capacidad de concentración de I 131 es mayor en el CDT que en el tejido tiroideo normal.
- c. El 95 % de las recidivas captan el I 131.
- d. Es de elección en recidivas y metástasis.

81- En la linfadenectomía ganglionar lateral en el cáncer diferenciado de tiroides, todas las afirmaciones siguientes son ciertas, excepto:

- a. Debe realizarse cuando hay adenopatías palpables y la PAAF confirme que son metastásicas.
- b. La exéresis de la vena yugular y/o el músculo esternocleidomastorideo sólo se realizará cuando haya invasión directa de estas estructuras.
- c. Disminuye el riesgo de recurrencia.
- d. Se realiza en todos los casos en los que haya afectación ganglionar central.

82- En el hiperparatiroidismo secundario a insuficiencia renal crónica la paratiroidectomía mejora habitualmente las siguientes manifestaciones clínicas, excepto:

- a. Calcificaciones vasculares.
- b. Hematocrito.
- c. Prurito.
- d. Presión arterial sistólica.

83- En la tiroidectomía hay que tener en cuenta las siguientes afirmaciones para evitar la lesión del nervio laríngeo inferior, excepto una que no es cierta. Indíquela:

- a. El nervio recurrente laríngeo en ocasiones no es recurrente.
- b. En el lado izquierdo el nervio no atraviesa el ligamento de Berry.
- c. El nervio puede bifurcarse o trifurcarse en su porción extralaríngea.
- d. En un 20- 30 % de los casos se sitúa por delante de la arteria tiroidea inferior.

84- Señale cuál de las siguientes afirmaciones es falsa respecto al Síndrome del hueso hambriento, que se produce al descender la PTH tras la paratiroidectomía:

- a. Cursa con hipocalcemia grave.
- b. Se asocia con hipofosfatemia.
- c. Su gravedad depende del grado de desmineralización ósea.
- d. Su duración es de tres o cuatro días y se inicia en el postoperatorio inmediato.

85- Indique la respuesta correcta respecto a los feocromocitomas:

- a. El 90 % son esporádicos.
- b. El 70 % son malignos.
- c. Los casos familiares se asocian al síndrome MEN 1.
- d. Los feocromocitomas extraadrenales secretan fundamentalmente adrenalina.

86- Respecto a los tumores neuroendocrinos del páncreas, señale la respuesta correcta:

- a. La arteriografía es la técnica de elección en el diagnóstico de localización.
- b. El 50 % de los gastrinomas presenta metástasis ganglionares o hepáticas en el momento del diagnóstico.
- c. Los insulinomas suelen medir 2 ó más cm y son malignos el 85 % de ellos.
- d. En el síndrome MEN 1 se presenta e insulinoma en el 90 % de los casos.

87- Son indicación de estudio genético de MEN 1 (Multiple endocrine neoplasia) las siguientes situaciones excepto una. Indíquela:

- a. Hiperparatiroidismo en varón de 30 años.
- b. Cualquier familiar de paciente con mutación MEN 1.
- c. Hiperparatiroidismo en mujer de 16 años.
- d. Mujer de 38 años con gastrinoma (dos nódulos pancreáticos de 1.5 y 2 cm).

88- Una de las siguientes afirmaciones sobre los tumores primarios del retroperitoneo es falsa.

- a. Los tumores malignos son mucho más frecuentes que los benignos.
- b. El fibrohistiocitoma maligno afecta con igual frecuencia a las personas jóvenes y a las ancianas.
- c. El liposarcoma es el tipo histológico más frecuente.
- d. El histiocitoma afecta más a los hombres que a las mujeres.

89- Paciente diagnosticado por TAC de tumoración retroperitoneal de apariencia nodular y con septos intratumorales y en la RM parece resecable ¿Cuál es el siguiente paso a seguir?

- a. Punción aspiración con aguja fina (PAAF).
- b. Biopsia con aguja gruesa (BAG).
- c. Extirpación mediante abordaje laparoscópico.
- d. Extirpación completa, sin enucleación.

90- La Resonancia Magnética Nuclear para el estudio de la patología mamaria está indicada de inicio en las siguientes situaciones, excepto:

- a. Estudio de pacientes con implantes mamarios.
- b. Estudio de carcinoma oculto de mama.
- c. Valoración de la respuesta al tratamiento neoadyuvante.
- d. Estudio de nódulos mamarios < 1 cm.

91- Señale la respuesta incorrecta respecto a la ginecomastia:

- a. Es más frecuente en el varón.
- b. El tratamiento de elección inicial es el quirúrgico.

- c. Puede ser secundaria a hipertiroidismo.
- d. Puede tener relación con la malnutrición.

92- Respecto al carcinoma ductal in situ de la mama, indique cuál de las siguientes afirmaciones no es cierta:

- a. Las microcalcificaciones constituyen el hallazgo radiológico más frecuente.
- b. En algunos casos es necesario realizar biopsia del ganglio centinela.
- c. La PAAF es de elección para el diagnóstico.
- d. En muchos casos es asintomático.

93- Indique la afirmación falsa respecto a la linfadenectomía axilar en el cáncer de mama:

- a. El muestreo axilar (exéresis de 3 a 5 ganglios) es suficiente en la mayoría de las pacientes.
- b. La linfadenectomía del nivel III de Berg aumenta la posibilidad de linfedema postoperatorio en el miembro superior.
- c. Puede mejorar la supervivencia en un grupo seleccionado de pacientes.
- d. No está indicada en las pacientes con axila clínicamente negativa y biopsia de ganglio centinela negativa.

94- Señale la respuesta incorrecta sobre la “mastectomía ahorradora de piel” (MAP):

- a. Debe incluir el complejo areola-pezón.
- b. Debe incluir cualquier cicatriz de biopsias previas.
- c. Debe incluir toda la glándula mamaria.
- d. No permite la reconstrucción precoz con prótesis.

95- Indique la afirmación verdadera sobre el “Volet costal” o tórax inestable:

- a. Suele asociarse a contusión pulmonar.
- b. La radiografía de tórax normal excluye la contusión pulmonar.
- c. Es más frecuente si las fracturas costales son posteriores.
- d. En el 80 % de los casos precisa tratamiento quirúrgico.

96- La “triada letal” en el paciente politraumatizado es:

- a. Acidosis metabólica, coagulopatía e hipotermia.
- b. Acidosis metabólica, anemia severa e hipertermia.
- c. Hipotensión, hipoxia e hipertermia.
- d. Acidosis metabólica, hipoxia e hipotermia.

97- Respecto a la TAC abdominopélvica con contraste intravenoso en pacientes con traumatismo abdominal, indique la respuesta falsa:

- a. Es de elección en pacientes estables con traumatismo abdominal cerrado.
- b. Tiene una alta sensibilidad para lesiones del intestino delgado.
- c. Puede ser útil para diagnosticar sangrados activos.
- d. Permite valorar de forma simultánea el retroperitoneo.

98- Los siguientes son factores que predisponen al desarrollo de hipertensión intraabdominal en el paciente politraumatizado, excepto uno. Indíquelo:

- a. Coagulopatía.
- b. Ventilación mecánica.
- c. Hipotermia.
- d. Hiperglucemia.

99- En los traumatismos penetrantes de cuello, las siguientes afirmaciones son ciertas excepto una, señálela:

- a. La zona I o base del cuello es la más frecuentemente afectada en los producidos por arma blanca.
- b. El signo clínico más frecuente en los producidos por arma de fuego es un hematoma moderado-grande.
- c. Se recomienda cirugía sistemática en pacientes estables con traumatismos por arma de fuego y los producidos por arma blanca que atraviesan el platismo.
- d. En las heridas por arma blanca los signos clínicos más frecuentes son la odinofagia y el hidroneumotórax .

100- Las siguientes situaciones son candidatas a “Cirugía de control de daños” excepto una, indíquela:

- a. Fracturas pélvicas y hematoma retroperitoneal expansivo.
- b. Hemorragia exanguinante en paciente con hipotensión y acidosis.
- c. Incapacidad para lograr hemostasia directa en paciente con traumatismo hepático.
- d. Paciente con hematoma retroperitoneal, rotura del bazo y neumotórax.