OSAKIDETZA

2018ko otsailaren 7ko 111/2018 Erabakiaren bidez, egindako Oposaketa-Lehiaketarako deia (EHAA 35 Zkia. 2018ko otsailaren 19koa)

Concurso-Oposición convocado por Resolución 111/2018 de 7 de febrero de 2018 (B.O.P.V. Nº 35 de 19 de febrero de 2018)

KATEGORIA: FAK. ESP. PEDIATRIA KIRURGIKOKO MEDIKUA

CATEGORÍA: FAC. ESP. MÉDICO CIRUGÍA PEDIÁTRICA

Proba eguna: **2018ko ekainaren 2a**
Fecha prueba: **2 de junio de 2018**

1. ariketa */ 1er. ejercicio*
A *Eredua / Modelo* ***A***

1 RESPECTO A LAS NECESIDADES HIDROELECTROLÍTICAS DEL RN A TÉRMINO, ¿CUAL DE LAS SIGUIENTES ES FALSA?

1a) La administración de fluidos variará con la edad, como consecuencia de las variaciones en la composición de agua corporal total.
1b) Se requiere suplementación con Na y K desde el nacimiento.
1c) A partir de la 4ª semana de vida los requerimientos de fluidos normales son 100 ml/kg/día.
1d) Deben ser suficientes como para permitir una eliminación urinaria de 0,5 ml/kg/h.

2 RESPECTO A LAS COMPLICACIONES DE LA NUTRICION PARENTERAL (NP), ¿CUAL ES LA VERDADERA?

2a) La sepsis es una de las más serias y frecuentes complicaciones de la NP infundida por vía central.
2b) La presencia de colestasis implica el cese inmediato de la nutrición parenteral.
2c) Son excepcionales las complicaciones metabólicas (hiperglucemia, hipertrigliceridemia, etc.).
2d) Con los actuales catéteres de silicona ha desaparecido el riesgo de trombosis venosa.

3 UN PACIENTE DE DOS AÑOS ACUDE A NUESTRA CONSULTA POR PRESENTAR UN ABULTAMIENTO EN LINEA MEDIA DE CUELLO, REDONDEADO, DE 5 MM DE DIÁMETRO Y ADHERIDO A PLANOS PROFUNDOS:

3a) El diagnóstico más probable es el de un remanente de arco branquial.
3b) La principal indicación de cirugía es evitar la frecuente infección y posterior fistulización.
3c) La técnica quirúrgica debe incluir la extirpación de todo el hueso hioides.
3d) Todas las anteriores son falsas.

4 RESPECTO A LAS ANOMALÍAS DEL SEGUNDO ARCO BRANQUIAL…

4a) Aparecen entre el borde inferoanterior del músculo esternocleidomastoideo y la fosa tonsilar de la faringe.
4b) En niños pequeños se muestran como una fístula que drena a través de un pequeño orificio en el borde anterior del tercio inferior del músculo ECM.
4c) La extirpación completa a menudo necesita de una doble incisión cervical (step-ladder).
4d) Todas son verdaderas.

5 PACIENTE DE 40 DÍAS DE VIDA QUE LLEGA A LA CONSULTA CON UNA TUMORACIÓN VASCULAR EN LA PUNTA NASAL, QUE APARECIÓ A LOS 11 DÍAS DE VIDA Y CON CRECIMIENTO PROGRESIVO. ECOGRAFÍA QUE INFORMA TUMOR VASCULAR CON FLUJOS ARTERIALES Y VENOSOS. ¿CUÁL SERÍA TU ACTITUD?

5a) Arteriografía para valorar embolización de fístulas arteriovenosas.
5b) Resonancia magnética para valorar alteración de la circulación intracraneal.
5c) Iniciar lo más precozmente posible tratamiento con propranolol.
5d) Resección quirúrgica radical.

6 RESPECTO AL FENÓMENO DE KASABACH-MERRIT, ¿CUAL ES FALSA?

6a) Se trata de una coagulopatía de consumo asociada a microangiopatía.
6b) Su tratamiento básicamente es médico.
6c) Hay que transfundir plaquetas cuando el recuento es menor de 10.000 plaquetas por microlitro.
6d) Se asocia al hemangioendotelioma kaposiforme.

7 RESPECTO A LOS LINFANGIOMAS, ¿CUAL ES FALSA?:

7a) Actualmente se denominan malformaciones linfáticas.
7b) Su tratamiento puede ser la escleroterapia, laserterapia o la cirugía.
7c) En el síndrome de Gorham-Stout se acompaña de reabsorción ósea.
7d) Son tumores con tendencia a la proliferación.

8 ¿EN CUÁL DE LAS SIGUIENTES PATOLOGÍAS NO SERÍA ÚTIL UN PROCEDIMIENTO EXIT?

8a) Epignatus.
8b) Malformación linfática cervical gigante.
8c) Atresia traqueal.
8d) Atresia ano-rectal.

9 ¿EN QUE PATOLOGÍAS NO TIENE SENTIDO PLANTEAR EL TRATAMIENTO FETAL?

9a) Hernia diafragmática con hipoplasia pulmonar severa.
9b) Obstrucción urinaria con oligoamnios severo.
9c) Atresia esofágica con polihidramnios severo.
9d) Mielomeningocele.

10 UN RN INGRESADO EN LA UNIDAD NEONATAL ES DIAGNOSTICADO DE ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE EN ESTADIO IIB DE BELL. ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES SIGNOS NO APARECERÁN?

10a) Distensión abdominal y vómitos.
10b) Trombocitocenia y acidosis metabólica.
10c) Pneumoperitoneo.
10d) Enrojecimiento de la pared abdominal y sensación de masa en FID.

11 ¿CUAL DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES NO PUEDEN CONSIDERARSE COMPLICACIONES DE LA ECN?

11a) Estenosis colónica.
11b) Malabsorción intestinal y síndrome de intestino corto.
11c) Colostasis hepática.
11d) Colitis pseudomembranosa.

12 RESPECTO A LA HENDIDURA LARINGOTRAQUEAL

12a) Los grados I y II son sintomáticos y se intervienen por endoscopia.
12b) Produce clínica de llanto grave, cianosis o atragantamiento.
12c) El grado IV afecta a ambos bronquios.
12d) El grado III es intervenido en circulación extracorpórea por toracotomía lateral.

13 RESPECTO A LOS QUISTES BRONCÓGENOS

13a) Pueden aparecer en una variedad de localizaciones pulmonares (hiliar, intraparenquimatoso, paraesofágico) y extrapulmonares (cuello, lengua).
13b) Están recubiertos por epitelio bronquial y a menudo rellenos de moco.
13c) No tienen predilección por el hemitorax derecho o izquierdo.
13d) Todas son verdaderas.

14 RESPECTO A LA MALFORMACION ADENOMATOIDEA QUÍSTICA, ¿CUAL DE LAS SIGUIENTES ES FALSA?

14a) Macroscópicamente consisten en una masa intrapulmonar que contiene quistes menores de 5,0 mm.
14b) El pronóstico general de las lesiones diagnosticadas prenatalmente depende principalmente del tamaño de la lesión, más que del tipo de la misma.
14c) La clasificación de Stocker distingue 3 tipos de las mismas, basándose en el tamaño de los quistes.
14d) Es excepcional la afectación bilateral.

15 UN PACIENTE DE 36 MESES INGRESA EN URGENCIAS CON UNA ALTA SOSPECHA DE INGESTA CAÚSTICA DE UN DETERGENTE INDUSTRIAL DE PH 13.

15a) En ausencia de lesiones orofaríngeas no es preciso realizar otras exploraciones.
15b) Se deberá informar al juzgado de guardia para descartar maltrato infantil.
15c) Babeo e incapacidad para tragar son signos de posible lesión severa de hipofaringe y esófago superior.
15d) Todas las anteriores son falsas.

16 CUAL DE LAS SIGUIENTES RESPUESTAS ES FALSA RESPECTO A LA CAUSTICACION ESOFÁGICA

16a) La presencia de edema e hiperemia de la mucosa esofágica en esofagoscopia corresponde a una esofagitis grado II.
16b) La presencia de pequeñas áreas de necrosis en esofagoscopia requerirá tratamiento con vistas a prevenir la formación de estenosis.
16c) En pacientes con lesiones graves, puede introducirse una sonda nasogástrica con objeto de iniciar la alimentación precoz.
16d) A pesar de su uso, no hay claras evidencias de la efectividad de corticoides sistémicos.

17 EN EL DIAGNÓSTICO DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO PODEMOS UTILIZAR

17a) Impedanciometría esofágica.
17b) Esofagograma.
17c) Esofagoscopia y biopsia esofágica.
17d) Todos los anteriores.

18 COMO SE DENOMINA LA INTERVENCION PARA EL TRATAMIENTO DEL REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN LA QUE REALIZAMOS UNA CORBATA DORSAL SEMICIRCULAR (DE 180º)

18a) Funduplicatura de Nissen.
18b) Hemifunduplicatura de Toupet.
18c) Intervención de Kasai.
18d) Ninguna de ellas.

19 UNO DE LOS SIGUIENTES HALLAZGOS NO APARECE EN LA PENTALOGÍA DE CANTRELL

19a) Gastrosquisis.
19b) Ectopia cordis.
19c) Hendidura esternal.
19d) Defecto diafragmático anterior.

20 SEÑALE ALGUNAS CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE LA GASTROSQUISIS

20a) Se asocia a anomalías cromosómicas.
20b) Se asocia a macrosomía e hipoglucemia.
20c) Se caracteriza por un defecto de la pared abdominal casi siempre a la derecha del ombligo.
20d) a) y c) son ciertas.

21 ¿CUAL DE LAS SIGUIENTES MALFORMACIONES SE CONSIDERAN REMANENTES DEL CONDUCTO ONFALOMESENTÉRICO?

21a) Hernia umbilical.
21b) Divertículo de Meckel.
21c) Quiste de uraco.
21d) Duplicidad intestinal.

22 RESPECTO A LA HERNIA UMBILICAL, ¿CUAL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES VERDADERA?

22a) Es más frecuente en la raza caucásica y asiática.
22b) Se incarcera con frecuencia, lo que suele suponer la curación espontánea.
22c) La decisión de intervenir debe ser individualizada en base a consideraciones familiares y sociales.
22d) Son más frecuentes en varones.

23 LA PANCREATITIS CRÓNICA RECIDIVANTE PUEDE SER DEBIDA A TODAS LAS SIGUIENTES CAUSAS, EXCEPTO …

23a) Enfermedad de Hirschsprung.
23b) Pancreatitis hereditaria.
23c) Coledocolitiasis.
23d) Fibrosis quística.

24 RESPECTO AL TRATAMIENTO DEL PSEUDOQUISTE DE PANCREAS…

24a) Se indica un período de tratamiento conservador de 6 meses hasta decidir cirugía.
24b) En niños está contraindicado el drenaje endoscópico transmural.
24c) La cistoyeyunostomía en Y-Roux es el procedimiento de drenaje más usado.
24d) Los de etiología no traumática no requieren tratamiento quirúrgico.

25 UN RN A TÉRMINO CON TRISOMÍA 18, PRODUCTO DE UN EMBARAZO MAL CONTROLADO COMIENZA CON VÓMITOS BILIOSOS DESDE EL NACIMIENTO. UNA RX DE ABDOMEN MUESTRA UNA IMAGEN DE DOBLE BURBUJA Y AUSENCIA DE AIRE DISTAL.

25a) El diagnóstico más probable es el de atresia ileal.
25b) El diagnóstico más probable es el de atresia duodenal tipo I.
25c) Se puede proceder al tratamiento quirúrgico sin realizar un estudio con contraste.
25d) b) y c) son ciertas.

26 EN CASO DE ATRESIA INTESTINAL, INDIQUE LA PRINCIPAL INDICACIÓN DE REALIZACIÓN DE ENTEROSTOMÍA

26a) Atresia tipo apple-peel (tipo IIIb).
26b) Diferencia de tamaño entre los cabos.
26c) Peritonitis meconial asociada.
26d) Atresia yeyunal proximal.

27 UNA DE ESTAS ENFERMEDADES SE ASOCIA A LA PRESENCIA DE PÓLIPOS EN EL TRACTO GASTROINTESTINAL

27a) Síndrome de Gardner.
27b) Síndrome de Currarino.
27c) Síndrome de Fryns.
27d) Síndrome de Turner.

28 UN PACIENTE DE 10 AÑOS HA SIDO DIAGNOSTICADO DE SÍNDROME DE PEUTZ-JEGHERS. SEÑALE CUAL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES FALSA

28a) Pueden encontrarse pólipos en cualquier localización desde estómago a recto.
28b) Hasta en un 22% pueden aparecer tumores de localización extraintestinal.
28c) Se deberá realizar una resección intestinal lo más radical posible.
28d) Suele responder a un patrón hereditario y menos frecuentemente a una mutación de novo.

29 SEÑALE CUAL DE LAS SIGUIENTES INDICACIONES NO ES CORRECTA PARA EL TRATAMIENTO DE SINDROME DE INTESTINO CORTO MEDIANTE STEP (ENTEROPLASTIAS SERIADAS TRANSVERSAS)

29a) Síndrome de intestino corto refractario e imposibilidad de avance en alimentación enteral.
29b) Insuficiencia hepática e hipertensión portal asociada a fallo intestinal.
29c) Atresia intestinal con longitud intestinal limitada.
29d) Síndrome de intestino corto con sobrecrecimiento bacteriano.

30 DE ENTRE LAS SIGUIENTES PATOLOGÍAS, ¿CUAL ES LA MÁS FRECUENTE CAUSA DE SÍNDROME DE INTESTINO CORTO?

30a) Malrotación intestinal.
30b) Enfermedad de Hirschsprung.
30c) Íleo meconial.
30d) Enterocolitis necrotizante.

31 ¿CUAL DE LAS SIGUIENTES PATOLOGÍAS ES EXCEPCIONAL COMO CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA EN MENORES DE 2 AÑOS?

31a) Fisura anal.
31b) Divertículo de Meckel.
31c) Enfermedad inflamatoria intestinal.
31d) Invaginación intestinal.

32 EN EL RECIEN NACIDO CON DISTENSIÓN ABDOMINAL SON HALLAZGOS RADIOLÓGICOS TÍPICOS DEL ILEO MECONIAL NO COMPLICADO…

32a) Neumoperitoneo.
32b) Asas de delgado distendidas asociadas a patrón en vidrio esmerilado en FID.
32c) Asas de intestino delgado distendidas en abdomen superior con niveles hidroaéreos.
32d) Asas de intestino delgado distendidas con calcificaciones intraabdominales.

33 DURANTE EL MANEJO INICIAL DEL NIÑO POLITRAUMATIZADO. SEÑALE LA INCORRECTA.

33a) En caso de sospecha de neumotórax a tensión, hay que realizar una radiografía de tórax.
33b) Una sonda nasogástrica puede mejorar la ventilación.
33c) Si no se logra un acceso venoso periférico, es más útil la vía intraósea que una yugular/femoral.
33d) Tras la exposición de todo el cuerpo, es importante volver a cubrir para evitar la hipotermia.

34 ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES NO ES UN OBJETIVO DE LA CIRUGÍA DE CONTROL DE DAÑOS DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO?

34a) Exposición y control de las hemorragias, ya sean de grandes vasos o vísceras sólidas.
34b) Control de la contaminación abdominal.
34c) Reparación anatómica de las estructuras traumatizadas.
34d) Cierre abdominal temporal.

35 RESPECTO AL TRAUMATISMO HEPATICO O ESPLÉNICO.

35a) El manejo no quirúrgico en paciente inestable está demostrado.
35b) La presencia de extravasación de contraste en la tomografía obliga a la revisión quirúrgica.
35c) Según las recomendaciones de la APSA hay que realizar ecografía previa al alta.
35d) Si se produce inestabilidad hemodinámica pese a un régimen transfusional óptimo, hay que valorar una laparotomía abreviada.

36 RESPECTO AL DIAGNÓSTICO DE ATRESIA BILIAR, SEÑALE CUAL DE LAS SIGUIENTES RESPUESTAS ES CORRECTA

36a) Debe sospecharse ante toda ictericia neonatal con Bilirrubina no conjugada elevada.
36b) La ecografía debe realizarse con el estómago lleno, para ver mejor la vesícula.
36c) Está contraindicada la biopsia hepática.
36d) Es altamente probable en ausencia de isótopo en el intestino tras gammagrafía hepática.

37 CUAL DE ESTOS FACTORES SE CONSIDERAN PRONÓSTICOS EN LA PORTOENTEROSTOMÍA DE KASAI POR ATRESIA BILIAR

37a) La aparición de colangitis de repetición en el postoperatorio.
37b) La experiencia del Centro y el cirujano.
37c) El tamaño de los ductulos presentes en la porta hepatis.
37d) Todos ellos.

38 UNA DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES RESPECTO A LOS QUISTES DE COLÉDOCO ES FALSA

38a) La clasificación de Alonso-Lej fue posteriormente completada por Todani.
38b) Los de Tipo III de Todani se denominan también Coledococeles.
38c) Los de tipo I de Todani se denominan también enfermedad de Caroli.
38d) La excisión del quiste suele ir seguida de una reconstrucción en Y de Roux.

39 ¿EN CUAL DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES ESTÁ ESPECIALMENTE RECOMENDADA UNA ECOGRAFÍA PREVIA A LA REALIZACION DE ESPLENECTOMÍA ELECTIVA, CON VISTAS A ASOCIAR COLECISTECTOMÍA?

39a) Quiste esplénico.
39b) Esferocitosis hereditaria.
39c) Púrpura trombocitopénica idiopática.
39d) Enfermedad de células falciformes.

40 RESPECTO A LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA POR COLELITIASIS, QUE AFIRMACIÓN ES FALSA

40a) Es obligatoria la realización de colangiografía intraoperatoria.
40b) La colocación de los trocares depende de la edad del paciente y tamaño.
40c) Se debe identificar el conducto y arteria cística.
40d) Puede utilizarse una técnica de puerto único umbilical.

41 SEÑALE UNA CAUSA DE HIPERTENSION PORTAL VASCULAR

41a) Atresia biliar.
41b) Síndrome de Budd-Chiari.
41c) Colangitis esclerosante.
41d) Déficit de α1-antitripsina.

42 LAS ANOMALÍAS CONGÉNITAS MÁS FRECUENTEMENTE ASOCIADAS A ATRESIA DE ESÓFAGO SON:

42a) Anomalías genitourinarias.
42b) Anomalías músculo esqueléticas.
42c) Anomalías del sistema nervioso central.
42d) Anomalías cardiacas.

43 RESPECTO A LA FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA AISLADA (FÍSTULA EN H) SEÑALE LA RESPUESTA FALSA

43a) Suponen el 20% de las anomalías esofágicas congénitas.
43b) El diagnóstico se facilita mediante esofagograma en decúbito prono.
43c) La broncoscopia con esofagoscopia pueden ser necesarias en el diagnóstico.
43d) En caso de tratamiento mediante cervicotomía debe identificarse y preservarse el nervio recurrente.

44 ¿CUÁL HA SIDO LA CAUSA DE LA DISMINUCION DEL TIEMPO DE ESPERA EN LISTA PARA TRASPLANTE HEPATICO EN NIÑOS?

44a) La prioridad de los pacientes pediátricos sobre los adultos.
44b) La disminución de los rechazos y segundos trasplantes.
44c) El desarrollo de los trasplantes de donante vivo y tipo Split, sumándose a los ortotópicos.
44d) El aumento del número de donantes cadáver.

45 EN CASO DE HIPERTENSIÓN PORTAL, SEÑALE CUAL ES LA PRINCIPAL INDICACIÓN DEL SHUNT DE REX (BY-PASS VENOSO PORTOMESENTÉRICO)

45a) Paciente con fallo hepático por déficit de α1-antitripsina.
45b) Paciente con varices esofágicas intervenido al nacimiento por atresia vías biliares.
45c) Paciente con síndrome de Budd-Chiari.
45d) Paciente con trombosis venosa portal extrahepática (cavernomatosis portal).

46 ¿CUAL DE LAS SIGUIENTES ENTIDADES NO SE CONSIDERA UNA INDICACIÓN DE ESPLENECTOMÍA EN LA ACTUALIDAD?

46a) Esferocitosis hereditaria.
46b) Enfermedad de Hodgkin.
46c) Enfermedad de Gaucher.
46d) Talasemia major.

47 RESPECTO A LOS QUISTES ESPLÉNICOS, SEÑALE LA RESPUESTA CORRECTA

47a) Frecuentemente suceden tras un traumatismo esplénico con hematoma encapsulado.
47b) Puede realizarse esplenectomía parcial que incluya el quiste y margen esplénico.
47c) Está contraindicada la aspiración percutánea y esclerosis por el riesgo de malignización.
47d) Se distinguen de los pseudoquistes esplénicos por el tamaño.

48 DE LOS SIGUIENTES TIPOS DE MALFORMACION ANORECTAL, ¿CUAL DE ELLOS TENDRÁ UN PEOR PRONÓSTICO RESPECTO A CONTINENCIA?

48a) Fistula vestibular.
48b) Cloaca con canal menor de 3 cm.
48c) Fistula a cuello vesical.
48d) Ano imperforado sin fístula.

49 LA LLAMADA MANIOBRA DE "SWITCH VAGINAL" ESTÁ RELACIONADA CON

49a) Atresia vaginal.
49b) Pacientes con cloaca, hidrocolpos y dos hemivaginas.
49c) Maniobra relacionada con la movilización urogenital total usada en el tratamiento de la cloaca.
49d) El tratamiento del seno urogenital en pacientes con anomalías de diferenciación sexual.

50 RESPECTO A LAS SECUELAS UROLÓGICAS DEBIDAS AL TRATAMIENTO DE LAS MALFORMACIONES ANORECTALES,

50a) Pacientes con cloaca y canal de más de 3 cm pueden requerir cateterización urinaria hasta en un 70%.
50b) En varones con agenesia sacra, a pesar de una depurada técnica puede quedar como secuela una vejiga neurógena.
50c) a) y b) son verdaderas.
50d) a) y b) son falsas.

51 LAS FISURAS ANALES ¿PUEDEN SER TRATADAS CON TOXINA BOTULINICA?

51a) Nunca por la especial sensibilidad a la toxina botulínica en edad pediátrica.
51b) Inyectando la toxina en la parte interna del complejo esfinteriano (15-25 U).
51c) Mediante enemas de solución salina de toxina al 1/10000 (30-50 U).
51d) Solo en niños mayores de 5 años.

52 LAS VERRUGAS PERIANALES CAUSADAS POR EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN NIÑOS

52a) Nunca tienen relación con abusos sexuales.
52b) Siempre tienen relación con abusos sexuales.
52c) En lactantes menores de un año pueden ser originadas por transmisión vertical madre-hijo.
52d) Solo deben ser tratados cuando coexistan con herpes labial de repetición.

53 ¿COMO DEBEN SER TOMADAS LAS BIOPSIAS EN CASOS DE SOSPECHA DE ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG?

53a) Al menos 1 a 1,5 cms por encima de la línea dentada.
53b) Siempre a menos de 1 cms por encima de la línea dentada.
53c) Nunca en niños menores de 3 meses de edad.
53d) Siempre de espesor total, abarcando todas las capas de la pared rectal.

54 ¿QUE AFIRMACION ES FALSA, RESPECTO AL ENEMA OPACO PARA DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG EN RECIEN NACIDOS?

54a) El material debe ser soluble en agua para poder descartar íleo meconial o tapón meconial.
54b) La visión de una zona de transición entre segmento normal y aganglionico es fundamental.
54c) La proyección lateral es indispensable para la correcta visión de la zona de transición.
54d) La retención de contraste en el control a las 24 horas no tiene valor diagnostico.

55 ¿QUÉ AFIRMACION ES CIERTA RESPECTO AL PAPEL DE LA TOMOGRAFIA DE EMISION DE POSITRONES (FDG-PET/TC) EN EL ESTADIAJE DEL TUMOR DE WILMS?

55a) Su utilidad no esta tan definida como en el Linfoma de Hodgking y sarcomas.
55b) Siempre debe ser la técnica diagnostica de elección.
55c) Solo será de utilidad si se realiza previamente al estudio de Tomografía computarizada.
55d) La toxicidad de la Fluorodesoxiglucosa no permite su utilización en niños.

56 ¿INICIALMENTE QUÉ CIRUGÍA DEBE REALIZARSE EN NEUROBLASTOMAS GRADO III –IV?

56a) Únicamente biopsia, estadiaje y colocación de reservorio.
56b) Resección parcial, conservando el tumor que implique estructuras importantes.
56c) Dependerá del resultado de las biopsias intraoperatorias.
56d) Resección radical como primera medida.

57 MASA DE 2 CM EN BRAZO DERECHO QUE SE EXTIRPA SIENDO ETIQUETADA DE RABDOMIOSARCOMA CON BORDES AFECTOS. ¿CUAL ES LA CORRECTA?

57a) Suele ser de tipo embrionario y por lo tanto de buen pronóstico.
57b) Hay que realizar una amputación del miembro con vaciamiento axilar.
57c) Si es factible, realizar una segunda escisión, ampliando bordes y resecando la cicatriz.
57d) No hay que valorar los ganglios ya que no tiende a afectarlos.

58 ANTE UN TUMOR DE PARTES BLANDAS DE LA ESPALDA, INFORMADO POR RM COMO POSIBLE SARCOMA, CUAL ES LA ACTITUD INCORRECTA.

58a) Realizar una PAAF o una punción con trucut.
58b) Hay que realizar una extirpación completa dado que estos tumores no son radiosensibles.
58c) Realizar una biopsia escisional, llevándose la piel en ojal.
58d) En caso de resección incompleta de un tumor menor de 5 cm y bajo grado, se puede realizar un control clínico.

59 EN UN TERATOMA SACRO ¿QUÉ AFIRMACIÓN ES INCORRECTA?

59a) El recto debe ser reubicado en su posición natural posterior.
59b) En tipo I-II, la posición quirúrgica del paciente debe ser decúbito prono.
59c) La laparoscopia puede tener gran utilidad en tipos III-IV.
59d) Mantener siempre integra la columna evitando extirpar el coxis.

60 EN UNA NIÑA, ANTE UN HALLAZGO CASUAL DE TUMORACION MIXTA (SOLIDA CON IMÁGENES QUISTICAS) EN OVARIO. ¿CUÁL ES LA AFIRMACION ERRONEA?

60a) Los marcadores tumorales son seguros en el diagnostico de tumores malignos ováricos.
60b) Solo un 50% de estos tumores malignos presentan marcadores positivos.
60c) La eco abdominal, el TAC, la determinación de alfa-fetoproteína y Beta HCG son prioritarios.
60d) En las tumoraciones quísticas no se descarta la malignidad.

61 ¿CUÁL ES EL TUMOR HEPATICO MAS COMUN EN LOS RECIEN NACIDOS?

61a) Hemangioendotelioma kaposiforme.
61b) Hepatoblastoma.
61c) Hemangioma hepático.
61d) Hamartoma mesenquimal.

62 EL HEPATOBLASTOMA ES EL TUMOR HEPATICO MALIGNO MAS COMUN EN LA INFANCIA. ¿QUÉ AFIRMACION SOBRE EL TRATAMIENTO ES FALSA?

62a) La afectación severa de los troncos vasculares puede ser indicación de trasplante hepático.
62b) La sensibilidad a la quimioterapia es muy baja.
62c) Cirugía y quimioterapia combinadas permiten altas tasas de supervivencia.
62d) La quimioterapia con Cisplatino, solo o combinado, es muy efectiva.

63 ¿CUÁL ES EL PAPEL DE LA CIRUGÍA EN EL LINFOMA DE HODGKING?

63a) Sigue siendo fundamental para el estadiaje y el tratamiento definitivo.
63b) Esta relegado a los linfomas torácicos.
63c) Ha quedado reducido, básicamente, a las biopsias y accesos venosos centrales.
63d) La cirugía mínimamente invasiva es el gold standard del tratamiento.

64 ¿QUE AFIRMACION ES FALSA RESPECTO A LOS QUISTES FOLICULARES?

64a) La mayor parte regresan espontáneamente durante el primer año de vida.
64b) Los mayores de 5 cms presentan riesgos de torsión y ruptura del quiste.
64c) Torsiones neonatales suelen producirse prenatalmente.
64d) En niñas mayores no preservar el tejido ovárico en caso de intervención.

65 TRAS UN ESTUDIO PREVIO Y BIOPSIAS INTRAOPERATORIAS ¿QUÉ ACTITUD QUIRURGICA DEBEMOS ADOPTAR ANTE UNA TUMORACION TESTICULAR EN NIÑOS PREPUBERES?

65a) Intentar preservar el teste en teratomas, tumores del estroma gonadal y quiste epidermoide.
65b) Orquiectomía radical en teratomas, tumores del estroma gonadal y quiste epidermoide.
65c) Retrasar la intervención hasta la pubertad.
65d) Administración prolongada de hormona gonadotropica para acelerar la maduración del teste.

66 EL FEOCROMOCITOMA PROVOCA EL AUMENTO DE LOS NIVELES SANGUINEOS DE CATECOLAMINAS Y SUS CATABOLITOS. ¿QUÉ AFIRMACION ES FALSA?

66a) Niveles normales de catecolaminas en crisis hipertensiva descartan feocromocitoma.
66b) Los niveles en orina de catecolaminas también están aumentados en el 90% de pacientes.
66c) A niveles mayores de ácido vanilmandelico se corresponde mayor tamaño del tumor.
66d) El neuroblastoma nunca presenta elevación de catecolaminas en sangre.

67 ANTE UN RECIEN NACIDO CON ANOMALIAS DE LA DIFERENCIACION SEXUAL ¿CUÁL DE ESTAS EXPLORACIONES NO DEBE SER REALIZADA EN EL INICIO DEL ESTUDIO?

67a) Explorar las gónadas y comprobar la asimetría entre ellas, así como su localización.
67b) Laparoscopia exploradora.
67c) Determinar 17-hidroxiprogesterona y cariotipo.
67d) Ecografía abdominal.

68 EN LA APENDICITIS AGUDA ¿CUAL DE ESTAS AFIRMACIONES NO ES CIERTA?

68a) No hay diferencia de complicaciones operando en primeras 6 horas o entre las 6 y 18 horas.
68b) La invaginación del muñón disminuye hemorragias pero puede provocar invaginaciones.
68c) La ligadura simple del muñón es rápida y puede disminuir adherencias.
68d) En apendicitis simples nunca debemos iniciar la tolerancia alimenticia antes de 48 horas.

69 ¿QUE AFIRMACION ES FALSA REFERIDA A LA ACTITUD DE POSPONER LA APENDICECTOMIA FRENTE A UN ABSCESO EN FOSA ILIACA DERECHA DE UN NIÑO?

69a) Ante empeoramiento del paciente o aumento del absceso actuar quirúrgicamente.
69b) La mayoría de autores rechazan un intervalo de espera por aumentar las complicaciones.
69c) Suspender antibiótico cuando leucocitos en sangre sean normales y no fiebre en 24 horas.
69d) Realizar la apendicectomía, dejando un intervalo, de unas 8 a 12 semanas.

70 EN EL DIAGNOSTICO DE LA ESTENOSIS HIPERTROFICA DE PILORO ¿CUÁNDO ES EL MOMENTO DE REALIZAR UN TRANSITO GASTROINTESTINAL CON CONTRASTE RADIOLOGICO?

70a) Siempre será la exploración prioritaria en el diagnóstico.
70b) En todos los pacientes prematuros con clínica clara.
70c) Cuando no dispongamos de estudio ecográfico o este no sea concluyente.
70d) En los casos de alcalosis metabólica severa.

71 SI SEÑALAMOS DIFERENCIAS ENTRE LA PILOROMIOTOMIA EXTRAMUCOSA POR VÍA ABIERTA Y POR VÍA LAPAROSCOPICA ¿QUÉ AFIRMACION ES FALSA?

71a) Los tiempos operatorios son similares en manos de cirujanos expertos en ambas técnicas.
71b) El índice de perforaciones es ligeramente mayor en la vía laparoscópica.
71c) El coste medio de las intervenciones es mayor en la vía laparoscópica.
71d) El dolor y el tiempo de realimentación postoperatorios son menores en la vía abierta.

72 ¿QUÉ FACTORES SON CONTRAINDICACIÓN PARA INTENTAR LA REDUCCION RADIOLOGICA, POR ENEMA, DE UNA INVAGINACION?

72a) Rectorragia.
72b) Signos de peritonitis o perforación.
72c) Duración de los síntomas superior a 76 horas.
72d) Signos de obstrucción radiológica.

73 EN LOS CUADROS DE RECIDIVA DE INVAGINACION ¿QUÉ AFIRMACION ES FALSA?

73a) Los éxitos de reducción por enema, en el segundo episodio, se reducen drásticamente.
73b) La recidiva se producirá dentro de las primeras 24 horas en un tercio de los casos.
73c) El índice de recidivas disminuye en pacientes que tuvieron cirugía con resección o reducción.
73d) Pueden recidivar más del 5 % de los casos.

74 EN UN LACTANTE MENOR DE UN AÑO DE EDAD CON DIAGNOSTICO DE HERNIA INGUINAL ¿QUÉ ACTITUD DEBEMOS TOMAR PARA MINIMIZAR LAS COMPLICACIONES, FUNDAMENTALMENTE LA INCARCERACIÓN?

74a) Operarlo con urgencia antes de 7 días post-diagnostico.
74b) Puede esperar indefinidamente, colocando adecuadamente un sistema de contención.
74c) Operarlo dentro de los 30 días posteriores al diagnóstico.
74d) Solo los prematuros son urgentes y deben operarse antes de 7 días post-diagnostico.

75 ¿CUÁL ES LA ANORMALIDAD MUSCULO ESQUELETICA MAS FRECUENTEMENTE ASOCIADA CON EL PECTUS EXCAVATUM?

75a) Síndrome de Marfan.
75b) Parálisis cerebral.
75c) Cifosis.
75d) Escoliosis.

76 ¿QUÉ PATOLOGIAS SE DEBEN VALORAR EN EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LA HERNIA DIAFRAGMATICA CONGENITA?

76a) Adenomatosis quística pulmonar.
76b) Eventración diafragmática.
76c) Duplicación esofágica.
76d) a) y b) son verdaderas.

77 A PROPOSITO DE LAS VIAS DE ACCESO A MEDIASTINO PARA EXTIRPACION DE MASAS ¿QUÉ VÍA ES LA INDICADA?

77a) Masas mediastino anterior por esternotomía media.
77b) a), c) y d) son verdaderas.
77c) Masas mediastino medio por toracotomía posterolateral.
77d) Masas mediastino posterior por toracotomía posterolateral.

78 VARÓN DE 13 AÑOS, 182 CM Y 68 KG QUE ACUDE A URGENCIAS POR UN DOLOR TORÁCICO DE 2 HORAS DE EVOLUCION ACOMPAÑADO DE TOS SECA. ¿CUAL ES LA INCORRECTA?

78a) Hay que realizar una radiografía para confirmar el cuadro.
78b) Hay que iniciar oxigenoterapia.
78c) Si el drenaje persiste más de 7 días, habría que valorar intervención quirúrgica.
78d) En caso de empeoramiento súbito con desaturación, realizar TAC.

79 ¿CUAL ES LA ACTITUD ERRÓNEA ANTE UN PACIENTE CON UNA ÚVULA BÍFIDA?

79a) Realizar una adenoamigdalectomía para mejorar la movilidad palatina.
79b) Remitir el paciente a un especialista del lenguaje.
79c) Realizar una nasofibroscopia.
79d) Realizar una videofluroscopia.

80 RESPECTO A LA FISURA PALATINA:

80a) Debe ser controlada por un equipo multidisciplinar hasta los 3 años.
80b) En periodo neonatal, la principal preocupación es la alimentación.
80c) Cuando todos los dientes definitivos hayan erupcionado, se debe realizar un injerto alveolar.
80d) El paladar secundario se extiende de la encía al orificio incisivo.

81 RESPECTO A LA MUSCULATURA PALATINA

81a) Son 7 músculos independientes.
81b) Su función es lograr un adecuado cierre nasal durante la pronunciación de los fonemas /n/ o /m/.
81c) El elevador y tensor del velo se insertan en el paladar óseo en el paciente fisurado.
81d) En el paladar hendido submucoso, la musculatura es normal.

82 SOBRE EL VALOR DE LA ECOGRAFIA EN EL ESTUDIO DE LA HIDRONEFROSIS PEDIÁTRICA ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES FALSA?

82a) No da información sobre la función renal.
82b) Es muy precisa en el diagnóstico de hidronefrosis.
82c) En recién nacidos el grado de hidronefrosis puede ser transitorio.
82d) Es muy precisa para determinar si existe obstrucción y su grado.

83 ¿CUÁL ES LA OBSTRUCCION URINARIA CONGENITA MÁS FRECUENTE?

83a) Estenosis píelo-ureteral.
83b) Estenosis uretero-vesical.
83c) Válvulas de uretra posterior.
83d) Estenosis infundíbulos hemi-riñon inferior.

84 ¿QUE PATOLOGIA PROVOCA INSUFICIENCIA RENAL Y POSTERIOR NECESIDAD DE TRASPLANTE, CON MAYOR FRECUENCIA EN EDAD PEDIÁTRICA, ENTRE LAS SEÑALADAS?

84a) Infarto renal.
84b) Aplasia y displasia renal.
84c) Tumor de Wilms.
84d) Nefritis de Schölein-Henoch.

85 ¿QUÉ PATOLOGIA NO TIENE RELACION CON LA APARICION DE LITIASIS RENAL EN LA INFANCIA?

85a) Anemia falciforme.
85b) Hiperparatiroidismo.
85c) Acidosis tubular.
85d) Antecedentes familiares de litiasis renal.

86 ¿QUÉ FACTOR CLINICO DIAGNOSTICO NO INFLUYE PARA LA DECISION DE TRATAMIENTO QUIRURGICO EN NIÑOS CON REFLUJO VESICO URETERAL?

86a) Pielonefritis de repetición con cicatrices renales a pesar de la profilaxis antibiótica.
86b) Malformaciones cardio-respiratorias severas asociadas.
86c) Reflujo vesico ureteral de alto grado en niños mayores de 2 años.
86d) Falta de fidelidad y continuidad familiar en el seguimiento y la profilaxis antibiótica.

87 ¿CUÁL DE LAS ALTERACIONES SEÑALADAS COMO CAUSA DE REFLUJO VESICOURETERAL SECUNDARIO NO LO ES?

87a) Uréter ectópico.
87b) Disfunción funcional de vaciamiento.
87c) Persistencia de uraco.
87d) Vejiga neurógena.

88 ¿CUÁL DE ESTOS SIGNOS ECOGRAFICOS NO TIENE VALOR EN EL DIAGNOSTICO PRENATAL DE LA EXTROFIA VESICAL?

88a) Retraso en el desarrollo ponderal del feto.
88b) Implantación baja del cordón umbilical.
88c) Escroto desplazado anteriormente con falo pequeño en varones.
88d) Riñones normales y ausencia de vejiga en varios controles ecográficos del feto.

89 ¿POR QUÉ ES PREFERIBLE REALIZAR EL CIERRE PRIMARIO DE LA EXTROFIA VESICAL DENTRO DE LAS PRIMERAS 76 HORAS DE VIDA?

89a) La flexibilidad del anillo pélvico permite el cierre sin osteotomía sacro-iliaca.
89b) Evita la exposición y erosión de la mucosa vesical.
89c) Disminuye la incidencia de infecciones postoperatorias.
89d) Todas las respuestas anteriores son ciertas.

90 EL OBJETIVO DE LA CORRECCION QUIRURGICA DEL HIPOSPADIAS ES:

90a) Enderezamiento correcto del pene evitando incurvaciones.
90b) Meato urinario lo más cerca posible del ápex glandar.
90c) Un chorro de orina bien dirigido hacia delante.
90d) Todas las anteriores.

91 ¿CUÁLES SON LAS ANOMALIAS MÁS FRECUENTEMENTE ASOCIADAS A HIPOSPADIAS?

91a) Las anomalías del tracto urinario superior.
91b) El utrículo prostático.
91c) La hernia inguinal y el testículo no descendido.
91d) Las cardiopatías.

92 ENTRE LOS VALORES DE OSAKIDETZA – SERVICIO VASCO DE SALUD QUE SE PLASMAN ESPECÍFICAMENTE EN EL DOCUMENTO "RETOS Y PROYECTOS ESTRATÉGICOS DE OSAKIDETZA":

92a) NO aparece recogido el de vocación de servicio público.
92b) NO aparece recogido el de excelencia en los servicios sanitarios.
92c) NO aparece recogido el de transparencia.
92d) NO aparece el de buen gobierno.

93 ¿CUÁL DE ESTOS PRINICIPIOS *NO* ESTÁ RECOGIDO ENTRE AQUELLOS QUE DEBEN REGIR Y ORIENTAR LA ACTUACIÓN DE LOS PODERES PÚBLICOS VASCOS EN MATERIA DE IGUALDAD DE MUJERES Y HOMBRES?

93a) Coordinación.
93b) Colaboración.
93c) Equidad.
93d) Acción positiva.

94 SEÑALE LA RESPUESTA CORRECTA.

94a) El documento de voluntades anticipadas se tiene que formalizar por escrito y siempre ante notario.
94b) El documento de voluntades anticipadas se tiene que formalizar ante notario y además cinco testigos.
94c) El documento de voluntades anticipadas se tiene que formalizar siempre ante notario y además cuatro testigos
94d) El documento de voluntades anticipadas se puede formalizar ante el empleado público encargado del Registro de Voluntades Anticipadas.

95 EN EL ÁMBITO DE LAS RELACIONES ASISTENCIALES CORRESPONDE A LA PERSONA PACIENTE O USUARIA DEL SISTEMA SANITARIO DE EUSKADI:

95a) El derecho a recibir los informes clínicos.
95b) El derecho a que el sistema sanitario de Euskadi se gobierne atendiendo a los valores de la ética democrática.
95c) El derecho a ser tratada con respeto.
95d) El derecho a la promoción de la salud.

96 ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES FINES NO APARECE ESPECÍFICAMENTE SEÑALADO ENTRE AQUELLOS QUE OSAKIDETZA – SERVICIO VASCO DE SALUD HA DE PERSEGUIR?

96a) Incrementar la calidad de vida de los ciudadanos que viven en Euskadi.
96b) Ejecutar la provisión del servicio público sanitario en la Comunidad Autónoma de Euskadi.
96c) Promover la docencia en ciencias de la salud.
96d) Promover la formación y actualización de los conocimientos especializados que requiere su personal sanitario.

97 ¿QUIÉNES INTEGRAN EL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN DE OSAKIDETZA – SERVICIO VASCO DE SALUD?

97a) Un número no superior a doce miembros en representación de la Administración de la Comunidad Autónoma de Euskadi.
97b) Un número no inferior a diez miembros en representación de la Administración de la Comunidad Autónoma de Euskadi.
97c) Un número no superior a cinco miembros en representación de la Administración de la Comunidad Autónoma de Euskadi.
97d) Ninguna de las anteriores es correcta: no existe consejo de administración de OSAKIDETZA – Servicio Vasco de Salud.

98 LA RENUNCIA A LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO:

98a) Deberá ser solicitada por el interesado con una antelación mínima de un mes.
98b) Deberá ser solicitada por el interesado con una antelación mínima de quince días.
98c) Deberá ser solicitada por el interesado con una antelación mínima de treinta días.
98d) Deberá ser solicitada por el interesado con una antelación mínima de un año.

99 ¿QUÉ PRESTACIONES, CUYA PROVISIÓN SE REALIZA MEDIANTE DISPOSICIÓN AMBULATORIA, ESTÁN SUJETAS A APORTACIÓN DEL USUARIO?

99a) Todas.
99b) Únicamente las ortoprotésicas.
99c) Las prestaciones con productos dietéticos.
99d) Ninguna.

100 LA ATENCIÓN PRIMARIA *NO* COMPRENDE:

100a) La atención paliativa a enfermos terminales.
100b) La atención a la salud buco dental.
100c) La rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.
100d) La asistencia sanitaria a demanda.

PREGUNTAS RESERVA

101 ¿QUÉ FACTORES DEBEMOS TENER EN CUENTA EN LA REPARACION DE UNA FISTULA URETRO CUTANEA PRODUCIDA TRAS URETROPLASTIA?

101a) Hay que realizar una buena movilización de los tejidos y colgajos para el cierre.
101b) Colocar varias capas de tejido sobre la sutura.
101c) Descartar y tratar previamente con seguridad una estenosis distal en la uretra.
101d) Todas las anteriores afirmaciones son válidas.

102 RAZONES PARA MANTENER UN STENT "IN SITU" TRAS REALIZAR UNA PIELOPLASTIA POR UNA ESTENOSIS PIELO-URETERAL. ¿QUÉ AFIRMACION ES FALSA?

102a) Garantizar la derivación y el drenaje de la orina.
102b) Evitar la infección urinaria.
102c) Mantener el calibre de la anastomosis.
102d) Asegurar la alineación anatómica.

103 INDICACIONES DE INTERVENCION URGENTE ANTE UNA HERNIA INCARCERADA. ¿CUÁL ES FALSA?

103a) Fallo de la reducción manual.
103b) Shock del paciente.
103c) Signos de peritonitis o perforación.
103d) Enrojecimiento piel escrotal.

104 RESPECTO A LA INCIDENCIA DE INCARCERACION DE HERNIA INGUINAL EN PREMATUROS, COMPARADA A LA DE NIÑOS MADUROS ¿QUÉ AFIRMACION ES CIERTA?

104a) Es menor, posiblemente debido al mayor control en una unidad neonatal.
104b) Es similar en ambos grupos de población.
104c) Es mucho mayor debido a la debilidad de la musculatura abdominal.
104d) Es mayor por el menor tamaño del orificio inguinal externo.

105 ANTE UN TESTICULO INTRAABDOMINAL Y LOS FACTORES QUE DEBEMOS VALORAR ANTES DE REALIZAR UNA INTERVENCION DE STEPHENS-FOWLER. ¿QUÉ AFIRMACION ES FALSA?

105a) Que el teste tenga un buen tamaño y morfología.
105b) Que podamos seccionar vasos espermáticos dejando intactos teste, gubernaculum y deferente.
105c) Valoraremos orquiectomia en caso de teste atrófico y dismorfico
105d) Todo depende del estado del teste contra lateral.

106 ¿QUÉ ANOMALIAS SE ASOCIAN CON MAYOR FRECUENCIA A LA HERNIA DIAFRAGMATICA CONGENITA?

106a) Esqueléticas, cardiacas y del árbol traqueo bronquial.
106b) De pared abdominal.
106c) De intestino delgado y gástricas.
106d) Urológicas y de miembros inferiores.

107 ¿QUÉ EXPLORACION TORACICA ES UTILIZADA GENERALMENTE PARA CONFIRMAR LA RESPIRACION PARADÓJICA EN LA EVENTRACION DIAFRAGMATICA?

107a) Ecografía o radioscopia.
107b) Radiografía torácica lateral.
107c) TAC o resonancia magnética.
107d) Gammagrafía pulmonar.

108 NEONATO CON VENTILACION MECANICA, SONDA NASOGASTRICA Y ASPIRADO HEMATICO EN "POSOS DE CAFÉ" ¿CUÁL ES LA CAUSA MAS PROBABLE?

108a) Esofagitis.
108b) Perforación gástrica.
108c) Gastritis de estrés.
108d) Coagulopatia.

109 ACTUALMENTE ¿TIENE ALGUN PAPEL LA CIRUGÍA EN EL TRATAMIENTO DEL LINFOMA NO-HODGKIN?

109a) Ninguno.
109b) Cirugía de rescate tras tratamiento citostático.
109c) Solo en Linfoma de Burkitt.
109d) Solo biopsia, pero también resección completa en casos de enfermedad localizada.

110 LA SANCIÓN IMPUESTA POR UNA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA A UN PROFESIONAL SANITARIO QUE ESTABA A SU SERVICIO:

110a) Sea del tipo que sea, debe ser remitida la correspondiente resolución sancionadora al Ministerio de Sanidad.
110b) Debe ser remitida al Ministerio de Sanidad solamente si la sanción consiste en inhabilitación.
110c) Debe ser remitida al Ministerio de Sanidad solamente si la sanción consiste en suspensión.
110d) Ninguna de las anteriores opciones es correcta conforme a la legislación vigente.

Hautaketa-proben erantzun EGUNERATUAK, jarritako erreklamazioak aztertu eta gero
Respuestas ACTUALIZADAS de las pruebas selectivas tras la revisión de las reclamaciones

2016 OPE 2017

FAK. ESP. PEDIATRIA KIRURGIKOKO MEDIKUA
FAC. ESP. MEDICO CIRUGIA PEDIATRICA

ARIKETA / EJERCICIO: 01 EREDUA / MODELO: A

Erantzun zuzena Respuesta correcta	Erantzun zuzena Respuesta correcta	Erantzun zuzena Respuesta correcta	Erantzun zuzena Respuesta correcta
001 B	031 C	061 C	091 C
002 A	032 B	062 B	092 B
003 B	033 A	063 C	093 C
004 D	034 C	064 D	094 D
005 C	035 D	065 A	095 C
006 C	036 D	066 D	096 A
007 D	037 D	067 B	097 C
008 D	038 C	068 D	098 B
009 C	039 B	069 B	099 C
010 C	040 A	070 C	100 C
011 D	041 B	071 D	101 D
012 B	042 D	072 B	102 B
013 D	043 A	073 A	103 D
014 Baliogabetua (*)	044 C	074 C	Erreserbak / Reservas
015 C	045 D	075 D	104 A
016 A	046 B	076 D	105 D
017 D	047 B	077 B	106 A
018 B	048 C	078 D	107 A
019 A	049 B	079 A	108 C
020 C	050 C	080 B	109 D
021 B	051 B	081 C	110 D
022 C	052 C	082 D	
023 A	053 A	083 A	
024 Baliogabetua (*)	054 D	084 B	
025 D	055 A	085 A	
026 C	056 A	086 B	
027 A	057 C	087 C	
028 C	058 Baliogabetua (*)	088 A	
029 B	059 D	089 D	
030 D	060 A	090 D	

"Baliogabetua" markak galdera ezeztatuta dagoela esan nahi du / "Baliogabetua" indica que la pregunta está anulada.

(*) Behin behineko emaitzen argitalpenean emateko erantzuna ezeztatzea edo aldatzea erabaki du Epaimahiak

(*) El Tribunal ha decidido anular o modificar la respuesta que dio a esta pregunta en los resultados provisionales

Hautaketa-proben erantzun EGUNERATUAK, jarritako erreklamazioak aztertu eta gero
Respuestas ACTUALIZADAS de las pruebas selectivas tras la revisión de las reclamaciones

FAK. ESP. PEDIATRIA KIRURGIKOKO MEDIKUA
FAC. ESP. MEDICO CIRUGIA PEDIATRICA

ARIKETA / EJERCICIO: 01 EREDUA / MODELO: B

Erantzun zuzena Respuesta correcta	Erantzun zuzena Respuesta correcta	Erantzun zuzena Respuesta correcta	Erantzun zuzena Respuesta correcta
001 D	031 A	061 D	091 C
002 C	032 C	062 C	092 B
003 B	033 B	063 B	093 C
004 A	034 C	064 C	094 A
005 C	035 D	065 D	095 Baliogabetua (*)
006 D	036 A	066 C	096 D
007 D	037 D	067 A	097 C
008 D	038 B	068 C	098 A
009 C	039 D	069 B	099 C
010 B	040 B	070 C	100 B
011 A	041 C	071 C	101 D
012 B	042 D	072 B	102 B
013 D	043 B	073 A	103 D
014 A	044 A	074 B	Erreserbak / Reservas
015 C	045 C	075 D	104 A
016 D	046 D	076 C	105 D
017 B	047 D	077 C	106 A
018 B	048 B	078 D	107 A
019 C	049 D	079 D	108 C
020 B	050 A	080 C	109 D
021 C	051 B	081 C	110 D
022 B	052 C	082 D	
023 C	053 D	083 B	
024 A	054 A	084 D	
025 D	055 B	085 Baliogabetua (*)	
026 A	056 A	086 C	
027 A	057 B	087 A	
028 C	058 C	088 D	
029 Baliogabetua (*)	059 A	089 B	
030 D	060 D	090 A	

"Baliogabetua" markak galdera ezeztatuta dagoela esan nahi du / "Baliogabetua" indica que la pregunta está anulada.
(*) Behin behineko emaitzen argitalpenean emateko erantzuna ezeztatzea edo aldatzea erabaki du Epaimahiak
(*) El Tribunal ha decidido anular o modificar la respuesta que dio a esta pregunta en los resultados provisionales