



GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO DE SANIDAD



# PROCESO SELECTIVO PARA ACCESO A LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO (BOE.: 24-05-2021)

## Categoría: FEA EN APARATO DIGESTIVO

### ADVERTENCIAS:

- **No abra este cuestionario** hasta que se le indique. Para hacerlo introduzca la mano en el cuadernillo y con un movimiento ascendente rasgue el lomo derecho (ver figura esquina inferior derecha).
- Marque las respuestas con bolígrafo negro, o en su defecto, azul. Compruebe siempre que la marca que va a señalar en la «Hoja de Examen» corresponde al número de pregunta del cuestionario.
- El tiempo de realización de este ejercicio es de **180 minutos**.

### PRIMERA PARTE

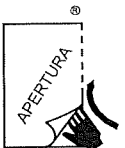
- Esta prueba consta de 100 preguntas y 10 de reserva, con cuatro respuestas alternativas cada una, siendo sólo una de ellas correcta.
- Las preguntas de esta prueba deben ser contestadas en la «Hoja de Examen» en la zona correspondiente a «PRIMERA PARTE», entre los números 1 y 110.
- Todas las preguntas de esta prueba tienen el mismo valor.

### SEGUNDA PARTE

- Esta prueba consta de 2 supuestos prácticos:
  - SUPUESTO PRÁCTICO 1 consta de 15 preguntas y 1 de reserva y con cuatro respuestas alternativas cada una, siendo sólo una de ellas correcta.
  - SUPUESTO PRÁCTICO 2 consta de 15 preguntas y 1 de reserva y con cuatro respuestas alternativas cada una, siendo sólo una de ellas correcta.
  - Las preguntas de cada supuesto deben ser contestadas en la «Hoja de Examen», en la zona correspondiente a «2ª PARTE - SUPUESTO PRÁCTICO 1 y 2ª PARTE - SUPUESTO PRÁCTICO 2», entre los números 1 y 16, en ambos casos.
  - Todas las preguntas de esta prueba tienen el mismo valor.
- La puntuación máxima posible de este ejercicio será de 100 puntos.
  - No serán valoradas las preguntas no contestadas ni aquellas en las que las marcas o correcciones efectuadas no se ajusten a las indicaciones dadas en la «Hoja de Examen».
  - Si observa alguna anomalía en la impresión del cuestionario, solicite su sustitución.
  - No se permite el uso de calculadora, libros ni documentación alguna, móvil ni ningún otro elemento electrónico.

- **SOBRE LA FORMA DE CONTESTAR EN LA «HOJA DE EXAMEN» LEA MUY ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES QUE FIGURAN AL DORSO DE LA MISMA.**
- **ESTE CUESTIONARIO PUEDE UTILIZARSE COMO BORRADOR Y NO SERÁ NECESARIA SU DEVOLUCIÓN AL FINALIZAR EL EJERCICIO.**

ABRIR SOLAMENTE A LA INDICACIÓN DEL TRIBUNAL



- 1.- Según el Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud (Ley 55/2003, de 16 de diciembre), los nombramientos de personal estatutario temporal podrán ser:
  - A) De carácter eventual y solo cuando sea necesario para garantizar el funcionamiento permanente y continuado de los centros sanitarios.
  - B) Exclusivamente de interinidad.
  - C) Solo para prestación de servicios en situaciones de urgencia.
  - D) De interinidad, de carácter eventual o de sustitución.
  
- 2.- Según la Ley 41/2002, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica:
  - A) Como mínimo cinco años contados desde la fecha de alta de cada proceso asistencial.
  - B) Como mínimo cinco años contados desde la fecha de fallecimiento del paciente.
  - C) Como mínimo diez años contados desde la fecha de alta del último proceso asistencial.
  - D) Como máximo diez años contados desde la fecha de alta de cada proceso asistencial.
  
- 3.- Según la Ley Orgánica 1/2004, de medidas de protección integral contra la violencia de género, las situaciones de violencia de género que dan lugar al reconocimiento de derechos laborales y a prestaciones de la Seguridad Social se acreditarán mediante:
  - A) El informe médico de los centros hospitalarios donde sea atendida la víctima, y, a falta de éste, la declaración de la interesada.
  - B) La orden de protección a favor de la víctima o por informe del Ministerio Fiscal.
  - C) Cualquier documento que refleje la existencia de violencia de género.
  - D) La denuncia presentada ante el Juzgado de guardia.
  
- 4.- Según el Real Decreto 521/1987, por el que se aprueba el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de los hospitales gestionados por el antiguo Instituto Nacional de la Salud, cuál de las siguientes Comisiones depende de la Comisión Central de Garantía de la Calidad:
  - A) Comisión de Bienestar Social.
  - B) Comisión Técnico-Asistencial.
  - C) Comisión de Farmacia y Terapéutica.
  - D) Comisión de Dirección.
  
- 5.- Según el Real Decreto 69/2015, por el que se regula el Registro de actividad de Atención Sanitaria Especializada, el ámbito de aplicación de dicha norma afecta:
  - A) Solamente a hospitales públicos que presten servicios de atención especializada.
  - B) Solamente a la modalidad asistencial de hospitalización.
  - C) A los hospitales y a los centros ambulatorios públicos que presten servicios de atención especializada.
  - D) A los hospitales y a los centros ambulatorios que presten servicios de atención especializada, tanto públicos como privados.
  
- 6.- El manejo terapéutico de un paciente tras una ingesta intencionada de gran cantidad de un álcali no incluye:
  - A) Dieta absoluta y en su caso nutrición enteral si es preciso.
  - B) Corticoides.
  - C) Antibioterapia de amplio espectro sólo si se sospecha perforación.
  - D) Inhibidores de la bomba de protones.
  
- 7.- Señale en qué porcentaje de pacientes adultos habitualmente se resuelve espontáneamente un episodio de ingesta de cuerpo extraño:
  - A) 5-10%.
  - B) 15-40%.
  - C) 80-90%.
  - D) 50-70%.

- 8.- Con respecto al manejo terapéutico de la acalasia, señale la opción **falsa**:
- A) Debe iniciarse con un tratamiento farmacológico.
  - B) La administración de toxina botulínica no afecta a los resultados de la miotomía.
  - C) La tasa de respuesta clínica tras la dilatación neumática puede superar el 90%.
  - D) La miotomía junto a una funduplicatura tipo Toupet ofrece mejores resultados clínicos que otras opciones quirúrgicas.
- 9.- El virus específico responsable de la mayoría de las esofagitis herpéticas es:
- A) VHS 1.
  - B) VHS 2.
  - C) VVZ.
  - D) HHV 6.
- 10.-La causa más frecuente de esofagitis infecciosa en pacientes VIH + es:
- A) Citomegalovirus.
  - B) Herpes simple.
  - C) Cándida.
  - D) Idiopática.
- 11.-Entre los siguientes factores de riesgo probables, uno **no** ha demostrado relación objetiva con la aparición de la dispepsia funcional:
- A) Sexo femenino.
  - B) Ingesta de café.
  - C) Elevado nivel socioeconómico.
  - D) Edad avanzada.
- 12.- De acuerdo con la IV Conferencia Española de Consenso sobre el tratamiento de la infección por *Helicobacter pylori* (2016), ¿qué estrategia de tratamiento se recomienda de primera línea en pacientes alérgicos a la penicilina?
- A) Terapia triple con IBP, levofloxacino y claritromicina 14 días.
  - B) Terapia cuádruple con bismuto (IBP, bismuto, tetraciclina y metronidazol) 10 días.
  - C) Terapia triple con IBP, levofloxacino y claritromicina 10 días.
  - D) Terapia cuádruple con levofloxacino (IBP, bismuto, levofloxacino y metronidazol) 10 días.
- 13.-Señale entre los siguiente AINEs el que presenta mayor riesgo relativo (RR) de toxicidad gastroduodenal:
- A) Naproxeno.
  - B) Ibuprofeno.
  - C) Meloxicam.
  - D) Tenoxicam.
- 14.-En relación con las complicaciones digestivas por la administración de AINEs, señale la **incorrecta**:
- A) Hasta la mitad de las complicaciones pueden presentarse a nivel intestinal.
  - B) El riesgo se limita al tiempo de la administración.
  - C) La mayoría de las ocasiones cursan asintomáticas.
  - D) Los efectos secundarios más graves de los AINEs son los digestivos.
- 15.- El diagnóstico de un paciente con síntomas recurrentes de pirosis retroesternal, con esofagogastroscoopia normal (sin lesiones de esofagitis), sin respuesta a tratamiento con omeprazol, pHmetría esofágica ambulatoria (realizada sin tratamiento IBP) con reflujo patológico (Tiempo de exposición al ácido > 6%), Índice sintomático (IS) positivo y probabilidad de asociación con síntomas (PAS) positiva, es:
- A) Pirosis funcional.
  - B) Enfermedad por reflujo gastroesofágico no erosiva, refractaria a IBP.
  - C) Esófago hipersensible.
  - D) Enfermedad por reflujo gastroesofágico erosiva.

- 16.-**No** es causa habitual de diarrea aguda sanguinolenta:
- A) Entamoeba histolítica.
  - B) Escherichia coli enterohemorrágico.
  - C) Colitis isquémica.
  - D) Bacillus cereus.
- 17.-¿Cuál de las siguientes medidas es menos eficaz para evitar la transmisión de esporas de Clostridioides difficile?
- A) Limpieza ambiental adecuada con productos con actividad esporicida.
  - B) La higiene de manos con alcohol.
  - C) Material de un solo uso.
  - D) Aislamiento de contacto en pacientes sintomáticos mediante uso de guantes y batas.
- 18.-¿Cuál de los siguientes test funcionales no es válido para diagnosticar insuficiencia pancreática exocrina?
- A) Coeficiente de absorción grasa.
  - B) Test de aliento H<sub>2</sub> y CH<sub>4</sub> con lactosa.
  - C) Test de triglicéridos marcados con C<sup>13</sup>.
  - D) Test de secretina-colecistoquinina.
- 19.-Varón de 54 años de edad en estudio por deposiciones diarreicas de curso intermitente, en forma de heces pastosas y esteatorreicas, de aprox 3 meses de evolución. Se acompaña de astenia y pérdida de 3 kg peso. Recibimos estudio de heces con hallazgo de Giardia Lamblia. ¿Qué tratamiento recomendaría?
- A) No requiere tratamiento farmacológico porque no presenta diarrea continua.
  - B) Azitromicina 500 mg cada 24 horas durante 3 días.
  - C) Rifaximina 400 mg cada 12 horas durante 3 días.
  - D) Metronidazol 500 mg cada 12 horas durante 7 días.
- 20.-Señale la opción **incorrecta** en referencia a la Esofagitis eosinofílica:
- A) Mayor prevalencia en género masculino.
  - B) Asociación frecuente a enfermedades atópicas concomitantes.
  - C) El diagnóstico se confirma con la presencia de infiltración eosinofílica esofágica mayor de 5 Eosinófilos por campo de gran aumento (CGA) en las biopsias esofágicas.
  - D) Una opción de tratamiento son los inhibidores de la bomba de protones (IBP, omeprazol).
- 21.-Señale la opción **correcta** en referencia al síndrome de Ogilvie:
- A) Es una obstrucción colónica aguda de causa estructural.
  - B) La administración parenteral de fármacos que estimulan la motilidad del colon (neostigmina) puede resolver el cuadro.
  - C) Si la dilatación del ciego sobrepasa radiológicamente los 6 cm, existe riesgo de perforación por isquemia.
  - D) Está contraindicada la descompresión endoscópica del colon.
- 22.-Linaclotide pertenece al grupo terapéutico:
- A) Agonista del receptor de la guanilatoclasa C.
  - B) Antagonista de los receptores mu-opioides periférico.
  - C) Agente procinético.
  - D) Activador de acción local de los canales de cloruro.
- 23.-La Fosfatasa alcalina **nunca** se eleva en:
- A) Síndrome de Alagille.
  - B) Tumores ampulares.
  - C) Enfermedad de Paget.
  - D) Ejercicio físico intenso.

- 24.-Mujer de 26 años con exploración física normal, transaminasas normales y con la siguiente serología frente a hepatitis B: HBsAg + / ANTI-HBs – / HbeAg – / ANTI-HBe + / ANTI-HBc IgM – / ANTI-HBc IgG + / DNA VHB +. Indique la situación clínica en relación con la infección por virus de la hepatitis B:
- A) Infección aguda.
  - B) Hepatitis crónica HBeAg-
  - C) Paciente vacunado.
  - D) Infección por VHB crónica HBeAg-
- 25.-En la colangitis biliar primaria es **incorrecto** que:
- A) La existencia de anticuerpos antinucleares excluye el diagnóstico.
  - B) Un importante factor de riesgo para la aparición de la enfermedad es la existencia de antecedentes familiares.
  - C) Característicamente suele existir elevación de IgM.
  - D) El tratamiento esencial es el ácido ursodesoxicólico.
- 26.-¿Cuál es el orden adecuado de las causas de ascitis de mayor a menor frecuencia?
- A) Neoplasia, cirrosis, infecciones, cardiopatía.
  - B) Cirrosis, cardiopatía, neoplasia, infecciones.
  - C) Cirrosis, neoplasia, cardiopatía, infecciones.
  - D) Neoplasia, cardiopatía, cirrosis, infecciones.
- 27.- ¿Cuál sería el hallazgo anatomopatológico más sugerente en el diagnóstico de colangitis biliar primaria:
- A) Granulomas hepáticos no caseificantes.
  - B) Hepatitis de interfase.
  - C) Ductopenia de >50% de los conductos biliares.
  - D) Fibrosis periductal en “capas de cebollas”.
- 28.- En relación a los tumores del estroma gastrointestinal (GIST), señale la respuesta **falsa**:
- A) Son un tipo infrecuente dentro de las neoplasias mesenquimales que afectan al tracto gastrointestinal.
  - B) El tamaño del tumor y el índice mitótico en el análisis histológico de las biopsias obtenidas, son dos de los factores a tener en cuenta en relación al pronóstico de la enfermedad.
  - C) Para las lesiones potencialmente resecables la linfadenectomía regional es innecesaria.
  - D) Para los pacientes con un GIST localmente avanzado sin evidencia de metástasis se recomienda iniciar tratamiento con imatinib mientras espera a ser intervenido.
- 29.-En relación con la gastritis atrófica metaplásica autoinmune señale la respuesta **incorrecta**:
- A) La prevalencia de la misma aumenta con la edad.
  - B) La prevalencia es mayor en hombres.
  - C) Se puede asociar con otras enfermedades autoinmunes.
  - D) En esta patología se reemplaza la mucosa oxíntica del cuerpo gástrico por mucosa atrófica o mucosa metaplásica.
- 30.-Señale la respuesta correcta sobre los bezoares gástricos:
- A) La gran mayoría de los pacientes presentan síntomas de forma aguda desde que se comienzan a formar.
  - B) Los más comunes son los fitobezoares.
  - C) La fragmentación endoscópica no se emplea nunca por su escasa efectividad.
  - D) Los tricobezoares responden siempre a los tratamientos de disolución química.
- 31.-¿Qué síntomas se deben considerar de alarma para realizar estudios endoscópicos en pacientes con síndrome de intestino irritable?
- A) Cambio en el ritmo intestinal.
  - B) Presencia de síntomas nocturnos.
  - C) Dolor abdominal.
  - D) Distensión abdominal.

- 32.-Sobre los mecanismos por los que se produce la malabsorción intestinal, es **cierto** que:
- A) Las linfangiectasias intestinales afectan la fase de transporte de la absorción.
  - B) La inactivación de enzimas digestivas y la formación de micelas afecta la fase mucosa de la digestión.
  - C) En el intestino corto predomina la alteración del mecanismo de la fase de transporte.
  - D) En el sobrecrecimiento bacteriano se altera la absorción por alteración de los mecanismos de la fase mucosa.
- 33.-En cuanto a la enfermedad inflamatoria intestinal es **cierto** que:
- A) La incidencia de la enfermedad de Crohn es muy alta en la población hispana de EEUU.
  - B) La incidencia de colitis ulcerosa es mucho mayor en mujeres que en hombres.
  - C) El diagnóstico inicial de la colitis ulcerosa puede establecerse a cualquier edad.
  - D) No se han descrito casos de diagnóstico de enfermedad de Crohn en pacientes mayores de 70 años.
- 34.-En cuanto al tratamiento de la colitis ulcerosa con afectación de todo el colon es **cierto** que:
- A) La combinación de un 5-ASA oral con mesalazina tópica es una opción adecuada para los casos con actividad moderada.
  - B) La budesonida no se puede usar en estos pacientes.
  - C) Los corticoides son la primera línea de tratamiento en los casos leves.
  - D) Nunca se debe usar como tratamiento de mantenimiento el mismo que consiguió la remisión de la enfermedad.
- 35.-Indique cuál de las siguientes **no** es una indicación quirúrgica en la enfermedad de Crohn:
- A) Perforación intestinal.
  - B) Todas las estenosis fibróticas de intestino delgado.
  - C) Fístulas entéricas refractarias a tratamiento médico.
  - D) Retraso de crecimiento en niños con esta enfermedad.
- 36.-En el hepatocarcinoma estadio BCLC C, cuál de los siguientes **no** es un tratamiento de segunda línea:
- A) Regorafenib.
  - B) Lenvatinib.
  - C) Ramucirumab.
  - D) Cabozantinib.
- 37.-Todas **excepto** una de las siguientes entidades se asocian a la hiperplasia nodular focal:
- A) Hemangioma cavernoso.
  - B) Hemangioendolelioma epiteliode.
  - C) Síndrome metabólico.
  - D) Síndrome de Telangiectasia hereditaria.
- 38.-En la hemocromatosis hereditaria (HH) cuál de las siguientes afirmaciones es **falsa**:
- A) El aumento de la absorción intestinal de hierro es el mecanismo patogénico fundamental.
  - B) La mutación en el gen del receptor de la transferrina 2 (TFR2) constituye una forma de HH asociada a HFE.
  - C) En todas las formas de HH la sobrecarga férrica se debe a diferentes alteraciones en la vía reguladora de la hepcidina.
  - D) El exceso de hierro libre en sangre es captado por los hepatocitos generando daño hepático y fibrosis.

- 39.-En las enfermedades vasculares del hígado cuál de las siguientes afirmaciones es **cierta**:
- A) En la trombosis aguda de la vena porta extrahepática son típicos el dolor abdominal, la fiebre y una marcada citolisis en el momento del diagnóstico.
  - B) En el síndrome de Budd- Chiari el TC abdominal muestra típicamente hipertrofia del segmento I, marcado realce nodular en fase arterial con atenuación en fase portal y presencia de ascitis.
  - C) La mutación del Factor V Leiden está presente en la mayoría de los casos de trombosis portal aguda.
  - D) En la hipertensión portal no cirrótica idiopática al ser un tipo de hipertensión portal presinusoidal el gradiente de presión portal suele estar elevado.
- 40.-En el diagnóstico de la enfermedad hepática por alcohol cuál de las siguientes afirmaciones es **correcta**:
- A) La biopsia hepática se realiza de forma habitual en la práctica clínica para el diagnóstico de esteatosis por alcohol.
  - B) Entre las enzimas hepáticas la elevación de GPT y GGT son las que más se asocian al consumo de alcohol.
  - C) La mayoría de los pacientes que desarrollan un episodio de hepatitis alcohólica ya tienen una cirrosis hepática subyacente.
  - D) La biopsia hepática presenta hallazgos histológicos patognomónicos de la enfermedad hepática por alcohol que permiten establecer el diagnóstico diferencial con la enfermedad hepática grasa no alcohólica.
- 41.-En una paciente gestante con cirrosis autoinmune señale la opción **correcta**:
- A) La tasa de fertilidad es similar a la población general.
  - B) Debido al elevado riesgo teratogénico se debe suspender el tratamiento inmunosupresor con azatioprina durante el primer trimestre.
  - C) El riesgo materno se relaciona principalmente con la aparición de "flares" que típicamente ocurren en el primer trimestre.
  - D) Son factores de riesgo para el desarrollo de "flares" la ausencia de tratamiento inmunosupresor y periodos de remisión cortos (< 1 año) antes de la concepción.
- 42.-Cuál de los siguientes NO es un criterio de mal pronóstico en el fallo hepático agudo causado por paracetamol según el King's Hospital College:
- A) Acidosis metabólica con  $\text{pH} < 7.25$ .
  - B) Encefalopatía grado 3-4.
  - C) Mujer de 60 años.
  - D) INR: 7.
- 43.-En pacientes con cirrosis descompensada por VHB candidato a trasplante hepático indique la opción **correcta**:
- A) Valores de DNA-VHB <100 UI/L en el momento del trasplante son seguros y no aumentan el riesgo de recurrencia de infección postrasplante.
  - B) Entecavir ha demostrado ser claramente superior a Tenofovir en la capacidad de reducir de forma significativa la recurrencia de la infección por VHB postrasplante.
  - C) En pacientes tratados con Entecavir y MELD > 20 se han descrito casos de acidosis láctica grave.
  - D) En pacientes con cirrosis hepática descompensada por coinfección VHB + VHD debe iniciarse tratamiento combinado con análogos de nucleótidos y PEG alfa para conseguir reducir el riesgo de reinfección en el injerto.
- 44.-La clasificación de Atlanta revisada, divide las pancreatitis agudas en:
- A) Pancreatitis calcificantes y no calcificantes.
  - B) Pancreatitis aguda edematosa y necrotizante.
  - C) Pancreatitis aguda complicada y no complicada.
  - D) Pancreatitis aguda focal y del surco.

- 45.-¿Cuál de los siguientes parámetros **no** se encuentran en la clasificación BISAP de valoración de la gravedad de una pancreatitis aguda?
- A) Alteración de la conciencia.
  - B) Edad >55 años.
  - C) Derrame pleural.
  - D) BUN > 25 mgr/dL.
- 46.-Cuál de los siguientes cuadros clínicos relacionaría con una enfermedad inflamatoria intestinal (EII)?
- A) Pancreatitis autoinmune tipo 1.
  - B) Pancreatitis autoinmune tipo 2.
  - C) Pancreatitis crónica.
  - D) Colangitis esclerosante IgG4 positiva.
- 47.-En una paciente con hallazgo casual en prueba de imagen de una lesión pancreática compatible con tumor papilar mucinoso intraductal (TPMI) de rama periférica, asintomático y sin datos de alarma en el estudio de imagen. La primera evaluación a considerar sería:
- A) Realizar una eco-endoscopia entre 6-12 meses tras el diagnóstico.
  - B) Cirugía resectiva de la lesión como primera opción.
  - C) Evaluar a la paciente (edad y comorbilidades) para valorar su indicación o no para cirugía.
  - D) Realizar seguimiento con RMN preferentemente.
- 48.-En cuanto al CA 19.9 para la evaluación de un paciente con neoplasia pancreática, es **cierto** que:
- A) Tiene una alta especificidad para el diagnóstico de neoplasia pancreática.
  - B) Siempre se asocia con malignidad.
  - C) Se puede utilizar como indicador de operabilidad.
  - D) El grado de elevación de CA 19.9 al inicio y en el postoperatorio inmediato se relaciona con el pronóstico a largo plazo.
- 49.-En qué caso consideraría la realización de una CPRE urgente (>24h):
- A) Paciente con pancreatitis aguda y coledocolitiasis con colangitis aguda asociada.
  - B) Paciente con pancreatitis aguda y coledocolitiasis sin colangitis aguda asociada.
  - C) Coledocolitiasis no complicada.
  - D) Cólicos biliares de repetición.
- 50.-En una paciente con colangitis esclerosante primaria sin cirrosis y un pólipo de vesícula de 9 mm de tamaño indicaría:
- A) Colectomía.
  - B) Seguimiento con evaluación mediante ecografía abdominal cada 6 meses.
  - C) Eco-endoscopia.
  - D) Seguimiento con ecografía abdominal cada 12 meses.
- 51.-¿Cuál de las siguientes lesiones se considera lesión colorrectal avanzada?
- A) Pólipo serrado con displasia.
  - B) Adenoma tubular de 8 mm.
  - C) Adenoma de 9 mm con displasia de bajo grado.
  - D) Pólipo hiperplásico en sigma.
- 52.-Señale la opción **correcta** sobre los tumores de intestino delgado:
- A) La localización más frecuente del adenocarcinoma es el duodeno.
  - B) La mayoría de los tumores neuroendocrinos se diagnostican en el yeyuno.
  - C) En el síndrome de Peutz-Jeghers el riesgo de adenocarcinoma de intestino delgado no está aumentado.
  - D) Los adenomas ampulares no se asocian con síndromes hereditarios polipósicos.



- 53.-Una mujer de 60 años sin antecedentes de interés es evaluada en consulta por un cuadro de diarrea de varios meses de evolución sin productos patológicos en las heces ni síndrome constitucional asociado. Se realizó una colonoscopia que resultó normal, no obstante se tomaron biopsias que evidenciaron un infiltrado linfoplasmocitario difuso en la lámina propia del epitelio colónico. El diagnóstico más probable es:
- A) Enfermedad inflamatoria intestinal tipo colitis ulcerosa.
  - B) Síndrome del intestino irritable.
  - C) Colitis linfocitaria.
  - D) Colitis colágena.
- 54.-Indique la respuesta correcta respecto a los adenomas duodenales no ampulares:
- A) En los casos de gran tamaño la técnica de tratamiento endoscópico de elección debe ser la disección submucosa.
  - B) Los adenomas de menos de 6 mm deben resecarse con asa fría.
  - C) Si la resección fue completa y en bloque no precisan seguimiento endoscópico posterior.
  - D) La recurrencia tras resección endoscópica requerirá tratamiento quirúrgico en la mayor parte de los casos.
- 55.-Una mujer de 30 años sin otros antecedentes que dos partos por vía vaginal es remitida a la consulta por incontinencia fecal. Tras una correcta historia clínica y exploración física, el siguiente paso en el estudio de la paciente será:
- A) Colonoscopia.
  - B) Ultrasonografía endorrectal.
  - C) Rectosigmoidoscopia.
  - D) Manometría anorrectal.
- 56.-Señale la prueba diagnóstica de cribado de cáncer colorrectal en la población de riesgo medio en España:
- A) Sangre oculta en heces bianual.
  - B) Colonoscopia cada diez años.
  - C) Sangre oculta en heces cada cinco años.
  - D) Colonografía por TC cada cinco años.
- 57.-De las siguientes neoplasias quísticas de páncreas, ¿cuál considera con mayor potencial maligno?
- A) Cistoadenoma mucinoso.
  - B) Cistoadenoma seroso.
  - C) Pseudoquiste pancreático.
  - D) Neoplasia sólida pseudopapilar.
- 58.-En cuál de estas situaciones el trasplante hepático está contraindicado:
- A) Síndrome hepatopulmonar grado II.
  - B) Cardiopatía isquémica con FEVI 55% y estenosis crítica en la DA resuelta tras implantación de stent farmacoactivo.
  - C) Hipertensión portopulmonar con PAP de 28mm Hg tras recibir tratamiento vasodilatador.
  - D) Infección activa por Aspergillus.
- 59.-En cuál de estas etiologías la coexistencia de cirrosis **no** excluye la posibilidad diagnóstica de fallo hepático agudo:
- A) Infección VHC.
  - B) Alcohol.
  - C) Infección VHD.
  - D) Enfermedad de Wilson.

- 60.-En el tratamiento de la hepatitis alcohólica señale la respuesta **incorrecta**:
- A) Una dieta con > 21 Kcal/Kg/d se asocia a menor riesgo de desarrollar infecciones y menor mortalidad a los 6 meses.
  - B) En pacientes con hepatitis alcohólica tratados con esteroides la administración de dieta enteral intensiva por sonda nasogástrica ha demostrado reducir de forma significativa la mortalidad respecto a la dieta enteral convencional.
  - C) La administración de suplementos de zinc ayuda a reestablecer la integridad de la mucosa intestinal.
  - D) La presencia de infección si está adecuadamente tratada no contraindica el tratamiento con corticoides.
- 61.-En la hepatitis isquémica qué afirmación es **falsa**:
- A) El pronóstico del paciente viene determinado por la gravedad de la enfermedad cardiovascular de base más que por la severidad de la afectación hepática.
  - B) La alteración histológica típica es la necrosis centrolobulillar con marcada infiltración inflamatoria lobulillar.
  - C) La causa más frecuente de la hepatitis isquémica es la hipoxemia en el seno de patología cardiovascular.
  - D) Analíticamente es característica la elevación de GOT y LDH > 3000 UI/L.\*
- 62.-En referencia a la hemocromatosis hereditaria señala la opción **incorrecta**:
- A) El gen HFE se localiza en el cromosoma 6.
  - B) La mutación más frecuente del gen HFE es la C282Y.
  - C) La mutación C282Y en homocigosis presenta penetrancia completa.
  - D) Un diagnóstico y tratamiento precoces proporcionan a estos pacientes una esperanza de vida similar a la población general.
- 63.-Cuál de las siguientes **no** pertenece al grupo de las enfermedades fibroquísticas hepáticas:
- A) Quiste de colédoco tipo I.
  - B) Enfermedad de Caroli.
  - C) Poliquistosis hepática.
  - D) Complejos de von Meyenburg.
- 64.-Señale la respuesta **incorrecta** en relación al infliximab, el adalimumab y el certolizumab como tratamiento de la enfermedad de Crohn:
- A) Se pueden emplear en los casos de actividad moderada.
  - B) Los tres son anticuerpos monoclonales contra el TNF-alfa.
  - C) Su uso está admitido en pacientes con esclerosis múltiple.
  - D) La neutropenia es uno de sus posibles efectos secundarios.
- 65.-Cuál de los siguientes **no** se considera un factor de riesgo para desarrollar enfermedad de Crohn:
- A) Tabaco.
  - B) Dieta rica en fibra vegetal, en especial de frutas.
  - C) Dieta rica en grasas de origen animal.
  - D) Sedentarismo.
- 66.-En cuanto al tratamiento de la enfermedad celíaca señale la respuesta **incorrecta**:
- A) Hasta un 5% de los pacientes no responden a la dieta libre de gluten.
  - B) En los pacientes que no responden a la dieta libre de gluten hay que pensar en otros posibles diagnósticos.
  - C) La principal causa de no responder a la dieta sin gluten es no seguirla de forma adecuada voluntariamente o ingerir gluten de forma inadvertida.
  - D) Se consideran pacientes no respondedores a aquellos que no responden (clínica, o serológica, y/o histológicamente) a la dieta libre de gluten a las seis semanas de haberla instaurado.

- 67.-Señale la respuesta **incorrecta** sobre las hernias de hiato:
- A) Las hernias por deslizamiento son las más frecuentes.
  - B) Las hernias tipo I de pequeño tamaño suelen ser asintomáticas.
  - C) El tratamiento de elección en las hernias paraesofágicas sintomáticas consiste en el manejo de la enfermedad por reflujo gastroesofágico.
  - D) En la etiología de las mismas se han implicado traumatismos y malformaciones congénitas.
- 68.-Entre los posibles factores de riesgo que se han asociado al desarrollar un vólvulo gástrico **no** se encuentra:
- A) Edad menor de 40 años.
  - B) Cifoescoliosis.
  - C) Parálisis del nervio frénico.
  - D) Eventraciones diafragmáticas.
- 69.-En relación a la gastritis crónica atrófica con metaplasia intestinal asociada a infección por *Helicobacter pylori* indique la respuesta **incorrecta**:
- A) Sólo debe erradicarse en pacientes sintomáticos.
  - B) Tienen mayor riesgo de padecer cáncer gástrico que la población normal.
  - C) El papel de la dieta no está claramente relacionado con el desarrollo de la enfermedad.
  - D) Los mecanismos por los cuales estos pacientes pueden desarrollar metaplasia intestinal o cáncer gástrico son multifactoriales.
- 70.-En la infección por el virus de la hepatitis C en vista a su tratamiento no es necesario realizar:
- A) La determinación del genotipo viral.
  - B) La evaluación del grado de fibrosis con un fibroscan.
  - C) Una búsqueda que descarte la coinfección por otros virus.
  - D) Una biopsia hepática.
- 71.-Entre los cambios histológicos presentes en la EHGNA no se encuentra:
- A) Balonización de los hepatocitos.
  - B) Esteatosis microvesicular.
  - C) Infiltrado inflamatorio.
  - D) Cuerpos PAS + en espacios porta.
- 72.-Cuál es el parámetro de laboratorio más importante en el diagnóstico diferencial de la ascitis:
- A) Recuento de leucocitos y PMN.
  - B) LDH.
  - C) Proteínas.
  - D) Gradiente de albumina sérica-albumina ascítica.
- 73.-Mujer de 45 años, sin ingesta de etanol ni hepatotóxicos, con antecedentes de tiroiditis de Hashimoto que se evalúa en la consulta por hipertransaminasemia asintomática de dos años de evolución (ASAT 140-190 UI/L, ALAT 200- 260 con normalidad del resto de la bioquímica hepática (fosfatasa alcalina, GGT, bilirrubina total, albúmina), hemograma y coagulación. Inmunoglobulinas séricas: IgG 2400 mg/dl (valor normal  $\leq$  1600 mg/dl), resto normales. Autoanticuerpos: Ac anti-músculo liso +1/1280, Ac antinucleares +1/640 y resto negativos (pANCA, Ac anti-LKM1, Ac anti-SLA). Resto del estudio etiológico de hepatopatía negativo. Ecografía abdominal que solo muestra como hallazgo patológico ligera esplenomegalia. Se realizó una biopsia hepática con los siguientes hallazgos: marcado infiltrado inflamatorio portal de células mononucleares, necrosis periportal (hepatitis de interfase o "piecemeal") y lobulillar con formación de puentes, células plasmáticas y puentes de fibrosis. ¿Cuál sería su recomendación terapéutica?
- A) Prednisona 30 mg/24 h vo y azatioprina 50 mg/24 h vo.
  - B) Prednisona 30 mg/24 h vo.
  - C) Acido ursodesoxicólico 450 mg/12 h vo.
  - D) Prednisona 30 mg/24 h vo y Acido ursodesoxicólico 450 mg/12 h vo.

- 74.-¿Cuál de los siguientes medicamentos no emplearía en el momento agudo de una hemorragia digestiva alta secundaria a varices esofágicas?
- A) Lactulosa.
  - B) Carvedilol.
  - C) Ceftriaxona.
  - D) Terlipresina.
- 75.-El procedimiento inicial de elección para investigar una posible obstrucción de las vías biliares es:
- A) Ecografía hepatobiliar.
  - B) Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE).
  - C) Colangio Resonancia Magnética.
  - D) Tomografía computerizada. TC abdominal.
- 76.-Cuál de las siguientes entidades no es causa de elevación aislada de GGT:
- A) Enfermedad hepática grasa.
  - B) Rabdomiólisis.
  - C) Inducción enzimática por fármacos.
  - D) Lesiones ocupantes de espacio.
- 77 -Son factores de mal pronóstico de riesgo de sangrado por úlcera péptica los siguientes, **excepto**:
- A) Hipotensión ortostática.
  - B) Hallazgos endoscópicos de sangrado arterial o vaso visible.
  - C) Úlcera localizada en cara posterior de bulbo duodenal (adyacente a arteria gastroduodenal).
  - D) Hallazgos endoscópicos de úlcera con fondo de fibrina, clasificación Forrest III.
- 78.-¿Cuál de las siguientes patologías es poco probable que produzca un síndrome de intestino corto?
- A) Enf de Crohn fistulizante entero-entérica.
  - B) Colitis ulcerosa.
  - C) Isquemia intestinal aguda.
  - D) Traumatismo intestinal con perforación y resección de múltiples asas intestinales.
- 79.-El estudio de parásitos en heces está habitualmente indicado en los siguientes pacientes, **excepto**:
- A) Pacientes con diarrea aguda.
  - B) Diarrea en hombres que tienen sexo con hombres.
  - C) Diarrea en pacientes inmunodeprimidos.
  - D) Estudio de brote de diarrea en la comunidad por agua potable.
- 80.-Un cuadro de diarrea aguda con un periodo de inicio de los síntomas desde la exposición al **alimento** causal menor de 6 horas, acompañado de náuseas y vómitos, es típico de:
- A) Salmonella.
  - B) Shigella.
  - C) Estafilococo aureus.
  - D) E coli enterotóxico.
- 81.-Según las últimas guías clínicas en un paciente sin comorbilidad asociada y con hemorragia digestiva alta con las constantes vitales estables, la cifra de Hb umbral para decidir una transfusión de concentrados de hematíes es de:
- A) 6 gr/dl.
  - B) 7 gr/dl.
  - C) 8 gr/dl.
  - D) 9 gr/dl.

- 82.-Tras la aparición de una úlcera duodenal no complicada en un paciente en tratamiento de **profilaxis** cardiovascular con aspirina a dosis bajas; tras iniciar el tratamiento con IBP estaría indicado reintroducir la aspirina a partir de:
- A) 30 días del diagnóstico.
  - B) 7 días del diagnóstico.
  - C) Estar asintomático.
  - D) No debería suspenderse.
- 83.-Con respecto al Helicobacter pylori (Hp), la estrategia “screen and treat” en la prevención del cáncer gástrico estaría recomendada en:
- A) Países con alta prevalencia de infección por Hp.
  - B) Únicamente en estudios epidemiológicos controlados.
  - C) Países con alta prevalencia de cáncer gástrico.
  - D) Todas las anteriores.
- 84.-Señale entre los siguientes al país con menor prevalencia de cáncer esofágico:
- A) Honduras.
  - B) China.
  - C) Irán.
  - D) Kazajistán.
- 85.- Señale la opción **falsa** con respecto los factores de riesgo en los diferentes tipos de cáncer esofágico:
- A) La gastritis crónica atrófica puede predisponer al carcinoma epidermoide.
  - B) La deficiencia de selenio y zinc pueden predisponer al carcinoma epidermoide.
  - C) El tabaco es un factor de riesgo para el adenocarcinoma y para el epidermoide.
  - D) El consumo de alcohol excesivo es un factor de riesgo tanto para el adenocarcinoma como para el carcinoma epidermoide.
- 86.-Las alteraciones visuales pueden ser un efecto secundario frecuente en el siguiente antifúngico utilizado en las esofagitis por Cándida:
- A) Fluconazol.
  - B) Itraconazol.
  - C) Nistatina.
  - D) Voriconazol.
- 87.-Uno de los motivos más frecuentes para la demora en el diagnóstico de una acalasia es la presencia en estos pacientes de pirosis, que es referida hasta en un porcentaje de pacientes en torno al:
- A) 5%.
  - B) 15%.
  - C) 40%.
  - D) Más del 60%.
- 88.-El origen más habitual de las impactaciones esofágicas en el adulto es:
- A) Cuerpos extraños metálicos.
  - B) Alimentos de origen animal.
  - C) Pan.
  - D) Medicamentos.
- 89.-En la clasificación de Zargar de las esofagitis por cáusticos, el grado IIa corresponde a:
- A) Edema e hiperemia de la mucosa.
  - B) Erosiones, exudados y úlceras superficiales.
  - C) Pequeñas áreas aisladas de necrosis.
  - D) Úlceras circunscritas.

- 90.- Señale en qué momento debe realizarse una gastroscopia de control a un paciente de 32 años diagnosticado de esofagitis grado D:
- A) Después de 6 semanas de seguir tratamiento con inhibidores de bomba de protones (IBP).
  - B) Después de 8 semanas de seguir tratamiento con IBP.
  - C) Después de 12 semanas de seguir tratamiento con IBP.
  - D) Únicamente si no responde clínicamente o recidiva tras el tratamiento.
- 91.- Para el diagnóstico de la pirosis funcional es imprescindible haber realizado previamente:
- A) Gastroscopia.
  - B) pHmetría esofágica ambulatoria de 24 horas.
  - C) Manometría esofágica de alta resolución.
  - D) Todas las anteriores.
- 92.- En una manometría esofágica de alta resolución con catéter de estado sólido, el nivel normal de la presión integrada de relajación (IRP) en decúbito es inferior a:
- A) 10 mmHg.
  - B) 15 mmHg.
  - C) 20 mmHg.
  - D) 5 mmHg.
- 93.- Según los criterios diagnósticos de Roma IV para el síndrome de distrés postprandial los síntomas deben aparecer con la siguiente característica:
- A) Al menos tres días a la semana.
  - B) La mayoría de los días de la semana.
  - C) Inicio al menos 3 meses antes del diagnóstico.
  - D) Al menos un día a la semana.
- 94.- Entre los siguientes factores de riesgo de desarrollo de complicaciones digestivas por AINEs, el que tiene menor riesgo relativo (RR) es:
- A) Edad mayor de 60 años.
  - B) Dosis altas de AINEs.
  - C) Antecedentes recientes de síntomas digestivos altos.
  - D) Tratamiento simultáneo con inhibidores de la recaptación de serotonina.
- 95.- La toxina botulínica en el tratamiento de la acalasia:
- A) Debe considerarse como tratamiento de primera elección en pacientes buenos candidatos a dilatación neumática o miotomía quirúrgica.
  - B) Ejerce su acción sobre el esfínter esofágico inferior aumentando la liberación neuronal de acetilcolina.
  - C) Tiene una eficacia global a los 5 años superior al 80%.
  - D) Más del 50% de los pacientes con acalasia tratados con toxina botulínica requieren nueva inyección de toxina botulínica transcurridos 6-24 meses.
- 96.- ¿Qué infección no suele ser causa de diarrea en pacientes HIV positivo con CD4 mayor de 200 células/mm<sup>3</sup>?
- A) Salmonella.
  - B) Shigella.
  - C) Clostridioides difficile.
  - D) Citomegalovirus.
- 97.- ¿Cuál es la recomendación de screening de cáncer colorrectal que haría para los familiares de primer grado de un paciente de 55 años diagnosticado de cáncer de recto?
- A) Colonoscopia cada 5 años, comenzando a los 40 años.
  - B) Colonoscopia cada 10 años, comenzando a los 50 años.
  - C) Sangre oculta en heces (SOH) anual, comenzando a los 50 años.
  - D) No requieren estudios endoscópicos específicos, deben esperar a la campaña institucional de prevención de riesgo medio de CCR a partir de los 50 años.

- 98.-Trastorno de la motilidad esofágica que cursa clínicamente con dolor torácico y/o disfagia y se manifiesta por contracciones prematuras (o espásticas) en la manometría en más del 20% de las degluciones líquidas, que alternan con contracciones peristálticas normales, es característico de:
- A) Acalasia tipo III o espástica.
  - B) Espasmo esofágico distal.
  - C) Obstrucción al flujo de la unión esófago-gástrica.
  - D) Esófago hipercontráctil.
- 99.-El tiempo de tránsito intestinal rápido (10 horas) corresponde a una escala de Bristol de consistencia de las heces:
- A) No hay relación entre el tiempo de tránsito intestinal y la escala de Bristol.
  - B) Bristol 7, heces líquidas.
  - C) Bristol 1.
  - D) La escala de Bristol solo se emplea en la valoración de estreñimiento.
- 100.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es **falsa** en la hemorragia digestiva varicosa?
- A) Está indicada la colocación de TIPS en hemorragia varicosa que no se controla tras tratamiento endoscópico y/o colocación de balón de Sengstaken.
  - B) El tratamiento electivo en la profilaxis secundaria es la colocación de TIPS.
  - C) En la profilaxis secundaria está indicada la ligadura endoscópica asociada a betabloqueantes y nitratos.
  - D) En el tratamiento inicial del episodio de sangrado están indicados la somatostatina iv y el tto endoscópico.
- 101.- Señale cuál de las siguientes prestaciones no está incluida entre las modalidades de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS) según la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud:
- A) Cartera común básica de servicios asistenciales del SNS.
  - B) Cartera común suplementaria del SNS.
  - C) Cartera común de servicios sociosanitarios del SNS.
  - D) Cartera común de servicios accesorios del SNS.
- 102.- En el tratamiento del cáncer de esófago, señale la opción **falsa**:
- A) En pacientes con adenocarcinoma esofágico en estadio T1a N0 M0 la terapéutica endoscópica es de elección.
  - B) La esofagectomía radical y transtorácica (procedimiento de Ivor-Lewis) es la técnica quirúrgica de elección en el cáncer de esófago localizado, más allá de las etapas muy tempranas (T1b-T2 N0 M0).
  - C) En los pacientes con adenocarcinoma de esófago con enfermedad localmente avanzada (T3-T4 N1-3 M0), después de una respuesta tumoral completa a la quimio radioterapia, no es preciso realizar cirugía.
  - D) En pacientes con enfermedad metastásica (M1) de adenocarcinoma esofágico y buen estado general, está indicada la quimioterapia como tratamiento paliativo.
- 103.- Señale la respuesta **correcta** ante la valoración de un paciente varón de 40 años de edad con síntomas diarios de pirosis retroesternal y regurgitaciones fáciles, con respuesta completa a tratamiento con IBP (omeprazol 20 mg cada 24 horas durante 8 semanas):
- A) La endoscopia digestiva alta es imprescindible para confirmar el diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico, y antes de indicar tratamiento con omeprazol.
  - B) El diagnóstico clínico de este paciente es enfermedad por reflujo gastroesofágico, y no requiere más pruebas complementarias.
  - C) Requiere tratamiento de mantenimiento con Omeprazol durante 1 año.
  - D) El diagnóstico es dispepsia funcional.

- 104.- Los siguientes bacterias son habitualmente causantes de diarrea inflamatoria, **excepto**:
- A) Campilobacter.
  - B) Clostridium perfringens.
  - C) Vibrio parahemolítico.
  - D) E. Coli enteroinvasivo.
- 105.- Paciente de 44 años con antecedente de glaucoma de ángulo estrecho que acude a consulta por alteración del ritmo intestinal de 2 meses de evolución. Realiza 5-6 deposiciones líquidas al día, con mucho ruido intestinal. Ha perdido 2 kg de peso. No sangre ni moco en las deposiciones. No fiebre. A veces dolor abdominal. Antes de este episodio realizaba 3 deposiciones al día. El test de sobrecrecimiento bacteriano intestinal mediante test de aliento con lactulosa ha resultado positivo. ¿Qué tratamiento recomendaría?
- A) Mebeverina hidrocloreuro (anticolinérgico sintético) 1 comprimido cada 8 horas durante 2 semanas.
  - B) Dieta sin lactosa.
  - C) Rifaximina 200 mg cada 6 horas durante 7 días.
  - D) Teduglutide (análogo de los GLP2 Glucagon-like peptide 2) con efecto enterotrófico que favorece la absorción y adaptación intestinal.
- 106.- Señale la opción **incorrecta** respecto a las complicaciones de la ingestión de cáusticos:
- A) La dilatación endoscópica es el tratamiento de elección en estenosis esofágicas por cáusticos.
  - B) Las estenosis esofágicas se producen a los dos meses de la ingesta de cáusticos, pero puede aparecer también años después.
  - C) La ingesta de cáusticos de tipo álcali se asocia a riesgo incrementado de adenocarcinoma de esófago.
  - D) Las estenosis pilórica y antral se pueden presentar semanas o años después de la ingesta de cáusticos.
- 107.- Varón de 45 años con Insuficiencia renal crónica estadio IV, es remitido a consulta con los siguientes datos analíticos relevantes GPT 47, Ag VHBs+, Ag VHBc-, Anti VHBc +, Ig M VHB core -, Anti VHB core+, DNA VHB 8025 UI/ml, ecografía normal y fibroscan confibrosis f2 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera?
- A) Se debe instaurar tratamiento con tenofovir.
  - B) Se debe realizar una biopsia hepática para valorar la necesidad de tratamiento.
  - C) Se debe instaurar tratamiento con interferon pegilado.
  - D) Se debe instaurar tratamiento con entecavir.
- 108.- En relación a la fertilidad en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal es **correcto** que:
- A) Los pacientes con enfermedad quiescente presentan una disminución de la fertilidad.
  - B) La sulfasalazina puede ocasionar oligospermia reversible.
  - C) En la enfermedad de Crohn la inflamación nunca afecta a los ovarios.
  - D) Las técnicas de reproducción asistida están contraindicadas en las mujeres con esta enfermedad.



**109.-** Paciente varón de 70 años con infección crónica por VHC F0-F1 tratada con antivirales de acción directa y respuesta virológica sostenida hace 4 años. Diagnosticado hace 6 meses de cáncer colorrectal en colon derecho con metástasis hepáticas para el que fue tratado mediante hemicolectomía derecha con anastomosis ileocólica terminolateral, quimioterapia (FOLFOX) y resección hepática de las metástasis en un segundo tiempo.

Acude al servicio de urgencias por dolor sordo en hipocondrio derecho, ictericia, aumento del perímetro abdominal y edemas en MMII de 1 semana de evolución. El TC abdominal realizado tres semanas antes descarta enfermedad tumoral activa, venas porta y suprahepáticas permeables de calibre normal y presencia de ascitis. En base a los datos referidos cuál de los siguientes sería el diagnóstico de sospecha:

- A)** Cirrosis hepática VHC descompensada.
- B)** Hígado de estasis secundario a insuficiencia cardíaca congestiva.
- C)** Síndrome de oclusión sinusoidal.
- D)** Esclerosis hepatoportal.

**110.-** Una de las siguientes afirmaciones en relación con el síndrome de la úlcera rectal solitaria es **correcta**:

- A)** El diagnóstico definitivo se basa en el estudio histológico de las biopsias.
- B)** En la mayor parte de los casos es asintomática.
- C)** La loperamida es la base del tratamiento inicial.
- D)** La edad media al diagnóstico es 80 años.

### **SUPUESTO PRACTICO nº 1.**

Paciente varón de 56 años con fibrilación auricular y portador de una prótesis aórtica mecánica. Anticoagulado con acenocumarol. No presenta antecedentes familiares oncológicos ni de patología digestiva. Es remitido a Digestivo desde Cardiología al detectar en la última revisión una anemia microcítica e hipocrómica con un valor de hemoglobina de 9 g/dl y una ferritina < 10 ng/ml. Está asintomático desde el punto de vista digestivo.

1.- Indique la opción correcta respecto a la sospecha diagnóstica inicial:

- A) Es muy probable que se trate de un déficit nutricional de aporte hierro.
- B) Lo más probable es que presente pérdidas de sangre por el tubo digestivo.
- C) La primera sospecha debe ser un cuadro malabsortivo.
- D) Se trata de una anemia hemolítica que debe ser estudiada en Hematología.

2.- Señale la opción correcta respecto a la actitud inicial a tomar:

- A) Realizar una colonoscopia exclusivamente, dado que está asintomático.
- B) Pautar un curso de tratamiento con hierro oral y reevaluación clínica/analítica posterior, al estar asintomático es posible que no necesite más estudios.
- C) Realizar endoscopia bidireccional (gastroscopia y colonoscopia) además de iniciar tratamiento con hierro.
- D) Solicitar análisis de sangre oculta en heces y reevaluación posterior para decidir por donde iniciar el estudio endoscópico.

3.- Indique la respuesta correcta respecto al tratamiento de la anemia de este paciente:

- A) Se trata de una anemia grave por lo que indicaría la transfusión de un concentrado de hematíes tan pronto como fuera posible.
- B) Aunque podría emplearse hierro IV, en estos casos generalmente se comienza con un curso de tratamiento por vía oral.
- C) No es necesario iniciar ferroterapia por el momento hasta tener diagnosticada la causa de la ferropenia.
- D) No hay lugar para el tratamiento con hierro IV dado el alto riesgo de anafilaxia.

4.- Respecto al tratamiento con hierro, indique la afirmación correcta:

- A) El objetivo es mejorar los niveles de hemoglobina no necesariamente normalizarlos.
- B) La corrección de la anemia por déficit de hierro después de su administración I.V. es prácticamente inmediata.
- C) La respuesta de la anemia ferropénica a la suplementación con hierro oral es variable y depende de factores como la edad, el sexo, los fármacos concomitantes y las comorbilidades.
- D) Cuando se administra hierro oral a los pacientes con anemia ferropénica deben prescribirse dosis mayores de lo habitual.

5.- ¿Cuál de estas afirmaciones es correcta respecto a la gastroscopia en este paciente?

- A) En caso de no observar otra causa evidente de ferropenia es correcto tomar biopsias duodenales para descartar enfermedad celíaca si no estaba estudiado previamente.
- B) Aunque la endoscopia sea normal, es necesario tomar biopsias esofágicas para descartar esofagitis eosinofílica.
- C) Si el paciente permanece anticoagulado la toma de biopsias está contraindicada, aunque esté dentro del rango terapéutico.
- D) Es necesario administrar profilaxis antibiótica previamente.

- 6.- Señale la respuesta correcta en relación con el tratamiento anticoagulante preprocedimiento:
- A) Es imprescindible suspender la anticoagulación.
  - B) Será suficiente suspender el tratamiento anticoagulante oral tres días antes sin otra medida adicional ni determinación analítica.
  - C) Al suspender la anticoagulación oral se necesitará terapia puente con heparina.
  - D) Es preciso sustituir el anticoagulante por un antiagregante.
- 7.- El paciente se sometió a una gastroscopia que resultó normal y una colonoscopia en la que se describía un grado de preparación de 6 puntos según la escala de Boston (colon derecho-1/transverso-2/colon izquierdo-3) y se observó un pólipo sésil de 6 mm en colon descendente. Indique la actitud correcta:
- A) La lesión descrita probablemente es un pólipo hiperplásico, se puede eludir la extirpación.
  - B) Considerar una TC-colonoscopia (colonoscopia virtual).
  - C) Tranquilizar al paciente dado que los hallazgos son normales o irrelevantes.
  - D) Repetir la colonoscopia mejorando la preparación.
- 8.- En el informe de una colonoscopia posterior se describe una lesión 0-IIa LST-NG de 15 mm en ciego. Seleccione la respuesta correcta respecto a esta descripción:
- A) Es una lesión pediculada.
  - B) Se trata de una lesión sésil con datos de sospecha de invasión de la submucosa.
  - C) Es una lesión plana sobrelevada con crecimiento lateral no granular.
  - D) Es una lesión plana deprimida.
- 9.- ¿Cuál es la mejor opción de tratamiento para la lesión colónica descrita (0-IIa LST-NG de 15 mm)?
- A) Disección endoscópica submucosa.
  - B) Resección endoscópica mucosa en bloque o fragmentada.
  - C) Termocoagulación con plasma Argón.
  - D) Resección local de toda la pared incluyendo la lesión (Full Thickness resection).
- 10.- Señale la opción correcta respecto al manejo de la escara post-resección y prevención de complicaciones:
- A) Se recomienda explorar la escara, y ante la detección de daño en la capa muscular cerrar el defecto con clips.
  - B) La inyección submucosa de adrenalina reduce la incidencia de hemorragia diferida.
  - C) Se recomienda la coagulación preventiva de los vasos visibles con fórceps o plasma Argón.
  - D) Se recomienda el cierre sistemático de las escaras con clips para prevenir la hemorragia.
- 11.- Señale la actitud más aconsejable respecto al tratamiento anticoagulante tras el procedimiento endoscópico:
- A) El paciente puede reanudar el tratamiento con acenocumarol el mismo día de la técnica.
  - B) Debe mantener el tratamiento con heparina de bajo peso molecular durante dos semanas por el riesgo de hemorragia diferida.
  - C) No debe recibir ningún tipo de anticoagulante durante 72 horas.
  - D) Solo si se cerró la escara con clips se puede reanudar la anticoagulación.
- 12.- A los dos meses el paciente es revisado; persiste asintomático sin datos clínico-analíticos que sugieran un origen alternativo del déficit de hierro y con buena tolerancia a la ferroterapia. En el estudio patológico las dos lesiones colónicas extirpadas ambas en bloque, resultaron ser una lesión serrada sin displasia (ciego) y un pólipo hiperplásico (descendente). En la analítica destaca Hb 9,5 g/dl y ferritina 35 ng/ml. De las siguientes actitudes cuál es la más adecuada:
- A) Replantearse el diagnóstico, tal vez la anemia no sea secundaria a pérdidas hemáticas digestivas.
  - B) La mejoría en la anemia está por debajo de lo esperado, por lo que se debe estudiar el intestino delgado mediante cápsula endoscópica.
  - C) Revisar el tratamiento anticoagulante con el Cardiólogo.
  - D) Mantener actitud conservadora sin hacer más estudios.

**13.-** ¿Cuál de las siguientes es la causa más frecuente de sangrado por el intestino delgado en un paciente mayor de 40 años?

- A)** Divertículo de Meckel.
- B)** Poliposis intestinal.
- C)** Hemosuccus pancreáticus.
- D)** Angiodisplasias.

**14.-** Al paciente se le realizó una video-cápsula endoscópica que evidenció varias angiodisplasias en las primeras asas de yeyuno, al menos una de ellas con leve sangrado ¿Cuál sería la actitud terapéutica más recomendable?

- A)** Enteroscopia y escleroterapia con adrenalina diluida.
- B)** Realizar cursos de tratamiento con hierro IV a demanda.
- C)** Enteroscopia y tratamiento con plasma argón.
- D)** Angiografía y embolización.

**15.-** Un mes más tarde el paciente es revisado en consulta. Está asintomático. En la analítica destaca hemoglobina 11,5 g/dl y ferritina 50 ng/ml ¿Cuál sería la actitud más adecuada?

- A)** El tratamiento ha resultado exitoso. Se puede suspender la ferroterapia.
- B)** Continuar tratamiento con hierro más tiempo. El objetivo es normalizar los valores de hemoglobina.
- C)** Programar una nueva enteroscopia para comprobar que no hay nuevas lesiones sangrantes.
- D)** Mantener la ferroterapia de forma indefinida.

**16.-** El paciente se restableció completamente con desaparición de la anemia ¿Cuál es su recomendación respecto al seguimiento de las lesiones colónicas?

- A)** Colonoscopia de seguimiento 1 año después de la previa.
- B)** Colonoscopia de seguimiento 3 años después de la previa.
- C)** Colonoscopia de seguimiento 5 años después de la previa.
- D)** No precisa seguimiento endoscópico.

## SUPUESTO PRACTICO Nº 2.

Varón de 70 años que acude a urgencias por dolor abdominal, náuseas y vómitos. El paciente presenta de antecedentes personales: no HTA, no DM, hipercolesterolemia en tratamiento. No hábitos tóxicos. Arteriopatía periférica con "bypass" en miembro inferior izquierdo desde hace 20 años. Duodenitis erosiva HP negativo. No otros antecedentes médico-quirúrgicos de interés. Tratamiento habitual actual: Adiro 100mg 1cp/24h, Atorvastatina 80mg 1cp/24h, Omeprazol 20mg 1cp/24h y Lorazepam 1mg si insomnio. Acude a urgencias por un cuadro de náuseas, vómitos alimentarios y dolor abdominal en epigastrio, irradiado a hipocondrio izquierdo. El dolor es de aparición brusca, continuo e intenso. No alteraciones en el ritmo intestinal.

Constantes en urgencias: TA 127/55 FC: 68 lpm. Tª: 36.1°C. Sat. O2: 100%

Exploración física: Regular estado general. Normohidratado y normoperfundido. Epuneico

AC: rítmica y sin soplos. AP: MVC. ABD: Bando y depresible. Doloroso a la palpación superficial en hipocondrio derecho y epigástrico. RHA ausentes. No signos de irritación peritoneal. PPRB negativa MMII: No datos de TVP, datos de isquemia crónica. Pulsos pedios presentes y simétricos.

Se solicita analítica básica con hemograma, bioquímica incluyendo perfil hepático y coagulación. En esta destaca: Hb: 16,6gr/dL, Hto: 49,7%; Leucocitos: 9419/mm<sup>3</sup> (fórmula leucocitaria normal). BbT: 1,9 mg/dL (0-1,2); GOT: 284 (4-40) U/L, GPT: 200 U/L (10-71); GGT: 126 U/L (10-71), Fosfatasa Alcalina: 81 U/L; (40-130) Cr: 1,07 mg/dL (0,7-1,2); Prot. C reactiva: >0,04 (0-0,5); Amilasa sérica: 2627 (28-100) U/L

Resto de parámetros incluida coagulación normales. Rx de tórax y abdomen no muestra alteraciones reseñables.

1.-Ante este caso clínico, ¿qué prueba diagnóstica indicaría para filiar el cuadro que presenta el paciente?

- A) Ecografía abdominal.
- B) Amilasa en orina.
- C) Tc de abdomen urgente.
- D) Ninguna; con las pruebas solicitadas se puede llegar a un diagnóstico.

2.-Con las exploraciones mostradas, ¿qué diagnóstico clínico presenta este paciente?

- A) Pancreatitis aguda grave.
- B) Colangitis aguda.
- C) Pancreatitis aguda leve.
- D) Ictericia obstructiva.

3.-De las siguientes escalas de gravedad, ¿cuál se ha demostrado superior para valorar la gravedad del cuadro clínico?

- A) Escala de BISAP.
- B) APACHE II.
- C) Escala de Ranson.
- D) Ninguna de las anteriores ha demostrado superioridad sobre las demás.

4.- ¿Una vez diagnosticado, cuál sería la exploración diagnóstica más coste-efectiva para este paciente?

- A) TC abdominal con contraste iv.
- B) TC abdominal sin contraste iv.
- C) Ecografía abdominal.
- D) Eco endoscopia.

5.-Se decide ingreso de este paciente en Aparato Digestivo. ¿Cuál sería la indicación de tratamiento?

- A) Analgesia, antibioterapia y dieta absoluta.
- B) Analgesia, fluidoterapia intensiva (250-500ml/hora de cristaloides) y dieta absoluta.
- C) Analgesia, fluidoterapia intensiva, incluyendo bolo de solución coloidal y dieta absoluta.
- D) Analgesia, fluidoterapia intensiva con soluciones coloides desde el ingreso y dieta absoluta.

6.-En un caso de sospecha de pancreatitis aguda en la sala de urgencias. ¿Cuándo indicaría la realización de un TC abdominal?

- A) En caso de duda diagnóstica con las exploraciones habituales (cuadro clínico compatible sin elevación de amilasa sérica).
- B) En ningún caso.
- C) En todos los casos a partir de las 48h de evolución.
- D) En todos los casos, antes de las 24h de evolución.

7.-¿Cuál de las siguientes **no** es causa de un cuadro de pancreatitis aguda?

- A) Tratamiento con Azatioprina.
- B) Ingesta de alcohol.
- C) Coledocolitiasis.
- D) Hipocalcemia.

8.-¿En cuál de estas circunstancias **no** se pueden encontrar niveles de lipasa pancreática elevados en sangre?

- A) Enfermedad renal.
- B) Colecistitis.
- C) Apendicitis.
- D) Ictus hemorrágico.

9.- Cual de los siguientes **no** es un criterio clínico de diagnóstico de una pancreatitis aguda:

- A) Niveles de amilasa elevados en sangre, más de tres veces el límite de la normalidad.
- B) Datos en prueba de imagen abdominal consistentes con pancreatitis aguda.
- C) Niveles de lipasa en sangre mayores de tres veces el límite de la normalidad.
- D) Niveles de lipasa en sangre elevados a cualquier nivel.

10.- El paciente ingresa en planta. La evolución es tórpida en las primeras 48h, produciéndose oligoanuria, y desarrollando derrame pleural bilateral. Mantiene un abdomen sin ruidos hidroáereos y desarrolla fiebre de hasta 38°C. Mantiene constantes y función renal, aumento de PCR y leucocitosis de hasta 12.430 /mm<sup>3</sup>. Ante esta evolución se decide realizar TC abdominal con contraste IV, en el que se informa: Aumento de la glándula pancreática, trabeculación grasa y especialmente del surco duodeno pancreático. Líquido libre peripancreático, perihepático, periesplénico y distribuyéndose caudalmente a las fascias pararenales anteriores. No se objetivan datos de colecistitis ni dilatación de vía biliar. No se identifican colecciones ni áreas de necrosis pancreática. Ante estos hallazgos, ¿qué recomendaría?

- A) Mantener fluidoterapia intensiva, recomendaría nutrición (preferentemente por vía enteral) y observación estricta de diuresis y constantes.
- B) Tratamiento antibiótico de amplio espectro.
- C) Realización de eco-endoscopia y PAAF de las colecciones.
- D) Drenaje percutáneo urgente ante la sospecha de infección de las colecciones abdominales.

11.- ¿Cómo clasificaría la existencia de colecciones líquidas sin datos de necrosis según la escala de Atlanta modificada?

- A) Pseudoquiste pancreático.
- B) Colección necrótica aguda.
- C) Colección líquida peripancreática aguda.
- D) Necrosis encapsulada.

12.- ¿En qué caso de pancreatitis aguda recomendaría la realización de una CPRE urgente?

- A) En el caso de diagnosticar una pancreatitis aguda de etiología biliar.
- B) En el caso de presentar datos de mala evolución y bilirrubina elevada.
- C) En el caso de encontrar datos de colangitis aguda concomitante.
- D) En ningún caso, siempre es mejor esperar a la evolución del cuadro al menos 4 semanas.

- 13.- ¿En cuál de los siguientes casos **no** recomendaría el uso de antibióticos de rutina en un cuadro de pancreatitis aguda?
- A) Bacteriemia.
  - B) Neumonía asociada.
  - C) Necrosis infectada.
  - D) Necrosis estéril con el fin de evitar la sobreinfección.
- 14.- En cuanto a la nutrición en un cuadro de pancreatitis aguda leve-moderada:
- A) Debe realizarse cuanto antes, por vía parenteral preferiblemente.
  - B) Debe realizarse cuanto antes, primando la vía enteral.
  - C) No es una prioridad en estos pacientes.
  - D) Debe realizarse por vía enteral, independientemente del estado del paciente.
- 15.- En un paciente con pancreatitis aguda biliar (colelitiasis sin evidencia de coledocolitiasis), lo más recomendable es:
- A) Cirugía (colecistectomía tras la mejoría del cuadro de pancreatitis).
  - B) CPRE con esfinterotomía profiláctica.
  - C) Observación clínica tras el alta.
  - D) Eco- endoscopia tras la mejoría del cuadro.
- 16.- En cuanto a las indicaciones de tratamiento de una necrosis pancreática infectada:
- A) Debe indicarse siempre un desbridamiento quirúrgico.
  - B) Debe indicarse siempre un desbridamiento mínimamente invasivo (necrosectomía endoscópica).
  - C) En caso de mala evolución, el desbridamiento quirúrgico debe retrasarse lo máximo posible (al menos 4 semanas si la situación lo permite).
  - D) El tratamiento antibiótico es suficiente.