



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

**ACCESO:** PROMOCIÓN INTERNA

**CATEGORÍA:** FEA APARATO DIGESTIVO

**CONCURSO-OPOSICIÓN PARA CUBRIR PLAZAS BÁSICAS VACANTES:**

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

**ADVERTENCIAS:**

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

**1ª PRUEBA: CUESTIONARIO TEÓRICO**

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

**2ª PRUEBA: CUESTIONARIO PRÁCTICO**

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

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

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

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

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

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

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

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

**3 A propósito de voluntades vitales anticipadas de una persona:**

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

- 4 En un estudio de investigación la pregunta a investigar debe reunir las siguientes características excepto:**
- A) Factibilidad
  - B) Interesante para el investigador
  - C) Ética y relevante
  - D) Debe ser lo más amplia posible
- 5 A una paciente inmigrante de 23 años sin antecedentes patológicos relevantes, que proviene de Rumanía y que no recuerda si ha sido vacunada, ¿que vacuna le administraría?**
- A) Solamente la del tétanos porque ya no es una adolescente
  - B) Tétanos y difteria
  - C) Tétanos, difteria, triple vírica y polio oral
  - D) Tétanos, difteria, triple vírica y polio inactivada
- 6 La gestión clínica en el Servicio Andaluz de Salud es un proceso de rediseño organizativo que permite incorporar a los profesionales en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica. En las Unidades de Gestión Clínica la actividad se desarrolla de acuerdo a diferentes objetivos, entre los que destacan:**
- A) Disminución del gasto farmacéutico
  - B) Mejor control presupuestario
  - C) Fomentar la implicación de los profesionales sanitarios en la gestión de los centros
  - D) Ninguna es correcta
- 7 ¿Cual de las siguientes herramientas resulta menos útil en la toma de decisiones sobre estrategias terapéuticas desde el enfoque de la gestión clínica?**
- A) La medicina basada en la evidencia
  - B) Los informes de evaluación tecnológica
  - C) La experiencia profesional individual
  - D) Las búsquedas sistemáticas de información: Pubmed, Cochrane
- 8 En relación con las habilidades comunicativas de los médicos:**
- A) No pueden ser evaluadas con métodos objetivos
  - B) Mejoran la adherencia de los pacientes al tratamiento prescrito
  - C) Se correlaciona con sus conocimientos científicos
  - D) Se basan exclusivamente en la capacidad de comunicación oral

**9 El Plan andaluz del ataque cerebral agudo (PLACA). La activación del código ictus se realiza de acuerdo a los siguientes criterios. Señale la respuesta correcta:**

- A) Edad inferior a 85 años
- B) Situación previa al episodio de autosuficiencia
- C) La situación de coma, invalida la activación del código ICTUS
- D) Tiempo de evolución inferior a seis horas. Documentado por testigos

**10 El Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2010-2014. En las estrategias de desarrollo, contempla los siguientes escenarios, excepto:**

- A) Los ciudadanos
- B) La organización sanitaria
- C) Los profesionales
- D) La integración con el Sistema Nacional de Salud para la mejor cohesión y calidad del sistema sanitario

**11 Señale cuál de las siguientes pruebas le aproximaría con mayor eficacia al diagnóstico en un paciente varón de 43 años con antecedentes de colitis ulcerosa que tiene un síndrome de colestasis disociada, con GGT de 675 UI/ml, fosfatasa alcalina de 857 UI/ml y bilirrubina total de 1.2 mg/dl:**

- A) Colangio-RM
- B) Ecografía abdominal
- C) TC abdominal
- D) Punción hepática aspirativa con aguja fina

**12 Sobre la perforación producida tras una papilotomía endoscópica ¿Cuál de las siguientes afirmaciones no es cierta?**

- A) Los divertículos periampulares y la corta experiencia del endoscopista son los principales factores pre disponentes
- B) En la mayoría de los casos se solucionan con medidas conservadoras
- C) Para prevenir su aparición es importante introducir una porción importante del esfínterotomo dentro de la vía biliar
- D) La incidencia en la mayoría de las series se sitúa en torno al 1% de los procedimientos

**13 Uno de los siguientes hallazgos histológicos es característico de la esteatohepatitis aguda no alcohólica. Señálelo:**

- A) Hialina de Mallory
- B) Infiltración de células plasmáticas en el lobulillo hepático
- C) Fibrosis concéntrica periductal en los espacios porta
- D) Necrosis centrolobulillar

- 14 El manejo de un paciente que ingresa por hemorragia digestiva de origen varicoso puede variar según la gravedad del sangrado, el curso previo de la enfermedad, la localización de las varices, incluso la disponibilidad de recursos técnicos, pero todas las siguientes actuaciones podrían ser correctas excepto una. Señálela:**
- A) Perfusión iv de somatostatina
  - B) Administración de betabloqueantes y nitritos
  - C) Colocación de un shunt intrahepático percutáneo
  - D) Escleroterapia endoscópica de las varices
- 15 ¿En cuál de las siguientes situaciones, en el contexto de una hemorragia grave asociada a hipertensión portal, considera que la inserción de un shunt portocava percutáneo urgente sería la mejor opción terapéutica?**
- A) Hemorragia activa por varices en fundus gástrico
  - B) Observación de varices esofágicas de grado moderado con signos predictivos de sangrado
  - C) Ectasias vasculares en la mucosa gástrica por hipertensión portal
  - D) Cordones varicosos de grado III con signos recientes de sangrado
- 16 En una ecografía con estudio doppler, uno de los siguientes hallazgos sería un signo claramente indicativo de hipertensión portal. Señálelo:**
- A) Esplenomegalia gigante
  - B) Trombosis completa de la vena porta intrahepática derecha
  - C) Recanalización de la vena umbilical
  - D) Flujo portal hepatópeto superior a 12 cms/seg
- 17 Señale la respuesta correcta entre las afirmaciones que se realizan sobre la colangitis esclerosante primaria:**
- A) Los episodios de colangitis recurrente pueden constituir una indicación de trasplante hepático
  - B) Tienen un riesgo elevado de hepatocarcinoma
  - C) La técnica de imagen de elección para su diagnóstico es la colangiografía retrógrada endoscópica
  - D) Es más frecuente en mujeres jóvenes

- 18 ¿Cuál de las siguientes opciones de tratamiento recomendaría en un paciente de 75 años de edad, con antecedentes clínicos de cardiopatía isquémica, broncopatía crónica con oxígeno domiciliario y diabetes mellitus, diagnosticado de cirrosis hepática de causa etílica, que ha desarrollado ascitis a tensión no controlada con dosis altas de diuréticos?**
- A) Trasplante hepático
  - B) Shunt quirúrgico portocava
  - C) Paracentesis evacuadoras con reposición de albúmina
  - D) Terlipresina y albúmina
- 19 La hepatitis E se confirma mediante la detección de:**
- A) IgM anti VHE en suero
  - B) ARN-VHE en suero
  - C) Cultivo heces
  - D) Inmunofluorescencia Ag-VHE en biopsia hepática
- 20 Uno de los siguientes fármacos ha demostrado ser eficaz en la prevención de la recidiva de la encefalopatía hepática en el paciente cirrótico. Señálelo:**
- A) Norfloxacino
  - B) Solución de aminoácidos de cadena ramificada
  - C) Rifaximina
  - D) Octreótido
- 21 Con respecto al tratamiento del adenocarcinoma gástrico es cierto que:**
- A) El adenocarcinoma de la unión gastroesofágica tiene un mejor pronóstico que el adenocarcinoma gástrico
  - B) En tumores bien o moderadamente diferenciados de menos de 2 cms con invasión limitada a la mucosa el tratamiento de elección es la mucosectomía endoscópica
  - C) Los tumores gástricos avanzados no se benefician de quimioterapia perioperatoria
  - D) En Occidente, la supervivencia de este tumor a los 5 años se sitúa actualmente en torno al 50%
- 22 En un paciente con úlcera refractaria a tratamiento debe investigarse todo lo siguiente, excepto:**
- A) Resistencia al tratamiento erradicador de helicobacter pylori
  - B) Falta de adherencia al tratamiento
  - C) Un déficit de vitamina B12
  - D) Úlcera maligna

- 23 El procedimiento diagnóstico que con mayor precisión puede establecer el estadiaje locorregional del cáncer de esófago es:**
- A) TC toracoabdominal
  - B) Ecoendoscopia
  - C) Resonancia magnética
  - D) dTC-PET
- 24 Un tumor esofágico que invade la adventicia, con metástasis en 1-2 ganglios linfáticos regionales y sin metástasis a distancia, debe clasificarse como:**
- A) T3 N1 M0
  - B) T4 N2 M0
  - C) T2 N1 M0
  - D) T4 N1 M0
- 25 En un paciente diagnosticado de un carcinoma de vía biliar extra hepática no resecable con una supervivencia esperada de 3-6 meses ¿Cuál de las siguientes prótesis sería la más indicada?**
- A) Prótesis de polietileno en espiral doble
  - B) Prótesis plástica biliar
  - C) Prótesis metálica autoexpandible
  - D) Ninguna de las anteriores
- 26 En una paciente con 68 años de edad, se diagnostica un carcinoma de vesícula biliar sin infiltración del lecho vesicular. La paciente presenta ascitis y metástasis peritoneales. ¿Cuál sería el tratamiento más recomendable en este caso?**
- A) Quimioterapia y radioterapia previa a una colecistectomía radical con resección del lecho vesicular
  - B) Quimioterapia con Gemcitabina y Cisplatino
  - C) Quimioterapia con FOLFOX y Panitimumab
  - D) Quimioterapia con Trastuzumab y oxaliplatino
- 27 ¿Qué técnica es la menos aconsejable por su baja sensibilidad a la hora de valorar la enfermedad perianal en la enfermedad de Crohn?**
- A) Exploración bajo anestesia
  - B) TC de pelvis
  - C) Resonancia magnética
  - D) Ecografía endoanal

- 28 En el caso de una paciente de 67 años diagnosticada de cirrosis biliar primaria (recientemente denominada colangitis biliar primaria), con prurito muy intenso, bilirrubina de 12 mg/dl, título de anticuerpos antimitocondriales (AMA) 1/1280 y varices esofágicas de grado III, una de las siguientes afirmaciones es cierta:**
- A) La presencia de varices esofágicas en pacientes con esta enfermedad colestásica, por sí misma, constituye una indicación de hipertensión portal
  - B) El título elevado de AMA tiene implicaciones de mal pronóstico y debe ser considerado un factor a favor de la inclusión en lista de espera
  - C) El nivel de bilirrubina sérica en esta paciente justifica la consideración de trasplante hepático
  - D) El prurito, aún de gran intensidad y refractario al tratamiento, no justifica la inclusión en lista de espera, si no se asocian otras complicaciones por insuficiencia hepatocelular
- 29 ¿Qué entidad clínica sospecharía en un paciente de 45 años, de sexo femenino, que ingresa por crisis de dolor abdominal agudo, parestesias en extremidades, orinas oscuras y antecedentes psiquiátricos?**
- A) Porfiria aguda
  - B) Enfermedad de Wilson
  - C) Adenoma hepático complicado
  - D) Pancreatitis crónica autoinmune
- 30 De entre todas las circunstancias que pueden hacer problemático el diagnóstico clínico de un dolor torácico atípico señale la afirmación FALSA:**
- A) Falta de correlación entre la localización del dolor y su origen, especialmente si es visceral
  - B) Coexistencia en el mismo enfermo de dos enfermedades conocidas que pueden causar dolor torácico
  - C) Buena correlación entre la intensidad del dolor y la gravedad de la causa
  - D) Presentación en pacientes alcohólicos, diabéticos con neuropatía, en tratamiento con opiáceos o ancianos
- 31 Paciente diagnosticado de colitis ulcerosa extensa, acude a Urgencias por diarrea sanguinolenta (>6: deposiciones al día) con signos de toxicidad sistémica: taquicardia >90 lpm, fiebre 38°C, Hb 9,5 g/dL). Señale la afirmación correcta:**
- A) Se debe iniciar tratamiento con prednisona oral a dosis de 1 mg/kg/día
  - B) Asociar antibióticos (metronidazol y ciprofloxacino) al tratamiento esteroideo
  - C) Usar loperamida como antidiarreico
  - D) Debe ser hospitalizado e iniciar corticoides intravenosos



- 32 La medida preventiva que más reduce el riesgo de infección por *Cl. difficile* en los hospitales es:**
- A) Lavado de manos con agua y jabón
  - B) Utilización adecuada de antibióticos empíricos
  - C) Uso simultáneo de probióticos con los antibióticos
  - D) Participación en los programas de vigilancia epidemiológica
- 33 El tratamiento de elección de la colitis grave por *Cl. difficile* es:**
- A) Metronidazol
  - B) Vancomicina
  - C) Ciprofloxacino
  - D) Rifaximina
- 34 Para considerar a un linfoma intestinal primario se han de cumplir los siguientes requisitos excepto:**
- A) Ausencia de ganglios palpables
  - B) Linfocitosis en sangre periférica
  - C) Ausencia de linfadenopatías mediastínicas en la radiografía de tórax
  - D) Afectación de intestino y ganglios linfáticos regionales
- 35 Mujer de 27 años en estudio en el Servicio de Dermatología por presentar episodios de aftas bucales recidivantes. Es remitida a las consultas de Aparato Digestivo por objetivar en una analítica Hb 11.5 gr/dl, Fe 38, AST 52, ALT 64, Ac. Antitransglutaminasa IgA 177. La paciente sólo refiere presentar molestias abdominales difusas de forma ocasional. No refiere signos de hemorragia ni ictericia. La exploración física es normal. ¿Qué prueba de las que se mencionan a continuación considera que es la más adecuada para realizar el diagnóstico?**
- A) Colonoscopia
  - B) Serología para virus de la hepatitis B y C
  - C) Biopsia intestinal
  - D) Ecografía abdominal

- 36 En ntrolesis evacuadora epl functorfonucleares/mmc s diagnd mg/dprueba en anratar ractice. Riesgo de fallo del injerto hepl funct. En un control semestral de un paciente con cirrosis hepática relacionada con virus B, compensada hasta la fecha, se comprueba en análisis que la creatinina es de 0.9 mg/dl, el sodio sérico de 138 mEq/L, la albúmina es de 3.4 gr/dl, la bilirrubina total es normal, y la actividad de protrombina es de 85%. En ecografía se descartan lesiones focales en hígado, el eje portal es permeable, y se aprecia una lámina de líquido libre perihepático. ¿Cuál de las siguientes recomendaciones sería la correcta?**
- A) Dieta pobre en sal y espironolactona a dosis bajas (50-100 mg/día)
  - B) Dieta pobre en sal, espironolactona a dosis de 200 mg/día y furosemida a dosis de 80 mg/día
  - C) Prevención de la peritonitis bacteriana espontánea con rifaximina
  - D) Comenzar evaluación para trasplante hepático
- 37 Ante un paciente joven con diarrea crónica: cuál sería la afirmación incorrecta:**
- A) La presencia de fiebre y pérdida de peso nos debe hacer pensar en un origen orgánico
  - B) Si el paciente padece un síndrome de Down, ello obliga a hacer una búsqueda intencionada de la enfermedad de Whipple
  - C) Las aftas bucales nos orientan hacia el diagnóstico de esprúe celiaco o enfermedad inflamatoria intestinal
  - D) La presencia de artralgias o artritis obliga a centrar la atención sobre una posible enfermedad inflamatoria intestinal
- 38 Las gastritis crónicas inespecíficas son todas las que se relacionan a continuación excepto:**
- A) Gastritis atrófica difusa del cuerpo gástrico
  - B) Gastritis hiperplásica focal
  - C) Gastritis antral difusa
  - D) Gastritis atrófica multifocal
- 39 Una de las siguientes entidades clínicas aparece como una complicación tras el trasplante de médula ósea. Señale la respuesta correcta:**
- A) Esteatosis microvesicular
  - B) Enfermedad venooclusiva
  - C) Colangitis isquémica
  - D) Trombosis portal

- 40 Señale la afirmación correcta sobre el baremo MELD (Model End Stage Liver Disease):**
- A) Es aplicado en la gestión de la lista de espera de trasplante hepático por su elevado poder predictivo de la supervivencia postrasplante
  - B) El baremo MELD viene determinado por tres parámetros analíticos (INR, bilirrubina total y albúmina)
  - C) El baremo MELD predice con gran fiabilidad el riesgo de mortalidad de los pacientes con enfermedad hepática crónica en los tres meses siguientes
  - D) El baremo MELD es útil para determinar el riesgo de progresión del hepatocarcinoma
- 41 En el estudio de una paciente potencial receptor de trasplante hepático, una de las siguientes situaciones clínicas debería considerarse un factor de muy alto riesgo para la realización del trasplante o en determinados casos una contraindicación formal para el mismo. Señálelo:**
- A) Insuficiencia hepática avanzada (grado C-14 de Child-Pugh)
  - B) Trombosis parcial del eje esplenoportal
  - C) Antecedentes de neoplasia de mama intervenida 4 años antes
  - D) Diabetes mellitus de difícil control
- 42 Un paciente de 49 años es ingresado por dolor en hipocondrio derecho, fiebre alta e ictericia. En análisis destaca leucocitosis y eosinofilia. En ecografía se comprueba una imagen quística tabicada de 10 cms en lóbulo hepático derecho y dilatación de la vía biliar extrahepática. Con estos datos se podría realizar el diagnóstico de sospecha de:**
- A) Obstrucción biliar por coledocolitiasis en paciente con quiste hepático simple
  - B) Quiste hidatídico abierto a la vía biliar
  - C) Absceso hepático secundario a obstrucción biliar
  - D) Cistoadenocarcinoma con invasión de la vía biliar
- 43 El tratamiento de la peritonitis bacteriana espontánea en un paciente cirrótico que ingresa por dolor abdominal y fiebre, con 6 mg de bilirrubina total y creatinina sérica de 1.8 mg/dl debe incluir:**
- A) Un antibiótico iv de amplio espectro (5-10 días) y diuréticos a dosis bajas
  - B) Un antibiótico iv de amplio espectro (5-10 días) y albúmina iv (días 1º y 3º)
  - C) Meropenem iv y terlipresina en bolos
  - D) Norfloxacin oral, paracentesis evacuadora masiva y reinfusión de albúmina
- 44 El tratamiento de elección de un hepatocarcinoma en estadio intermedio (B) de la clasificación BCLC (Barcelona Clinic Liver Cancer) es:**
- A) Trasplante hepático
  - B) Radiofrecuencia
  - C) Quimioembolización transarterial
  - D) Sorafenib

- 45 A un hombre de 55 años, padre de un hijo celiaco, con anemia ferropénica y aumento reciente del ritmo deposicional, se le ha realizado una determinación de los alelos HLA-DQ2 y HLA-DQ8 que ha resultado negativa. ¿Qué estudio diagnóstico es el más apropiado en este caso?**
- A) Determinación de anticuerpos antitransglutaminasa IgA
  - B) Endoscopia digestiva alta con toma de biopsias duodenales
  - C) Test de D-xilosa
  - D) Colonoscopia
- 46 La cisaprida es un agonista de los receptores HT-4 que puede mejorar la propulsión intestinal. De ahí su utilidad en el manejo de algunos cuadros de pseudoobstrucción intestinal crónica. Este fármaco fue retirado por la FDA y la Agencia europea del medicamento por haberse relacionado con casos de arritmias ventriculares. Este efecto indeseable cabe esperarlo con mayor frecuencia si se emplea de forma concomitante con cualquiera de los que se citan, EXCEPTO:**
- A) Ketoconazol
  - B) Amiodarona
  - C) AINE
  - D) Inhibidores de la bomba de protones
- 47 Sobre la poliposis adenomatosa familiar (PAF) ¿cuál de las siguientes afirmaciones no es cierta?**
- A) El diagnóstico se establece en pacientes con más de 100 pólipos adenomatosos
  - B) El diagnóstico se establece con menos de 100 pólipos si existe un familiar de primer grado diagnosticado de PAF
  - C) Las manifestaciones extra digestivas más frecuentes son los osteomas y la hipertrofia congénita del epitelio de la retina
  - D) El riesgo de aparición de cáncer colo-rectal es inferior al 50%
- 48 Sobre los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) Una de las siguientes afirmaciones no es cierta:**
- A) La edad más frecuente de presentación es en las dos primeras décadas de la vida
  - B) Las localizaciones más frecuentes son en estómago e intestino proximal
  - C) La forma más frecuente de presentación es subepitelial
  - D) Suponen el 1% de los tumores gastrointestinales
- 49 Los factores genéticos asociados a la hepatitis autoinmune tipo 1 que pueden ser útiles para el diagnóstico son:**
- A) HLA-DQ 2
  - B) HLA-DQ 8
  - C) HLA-DR 3 y DR4
  - D) HLA-DQB6

- 50 Si en una colonoscopia realizada a una mujer de 60 años, extirpamos un pólipo sésil adenovelloso de 40 mm, con displasia leve-moderada ¿Cuál debería ser el seguimiento más correcto?**
- A) Remisión al servicio de Cirugía
  - B) Revisión endoscópica a los tres años
  - C) Seguímentos anuales con un test de sangre oculta en heces
  - D) Revisión endoscópica a los tres meses
- 51 Si en una colonoscopia a un varón de 50 años sin antecedentes familiares de cáncer colo-rectal, extirpamos dos pólipos < de 10 mm con bajo grado de displasia. ¿Cuál es la actitud más correcta para el seguimiento?**
- A) Nueva colonoscopia a los diez años
  - B) Nueva colonoscopia al año
  - C) Test de sangre oculta al año, y si es positivo nueva colonoscopia
  - D) No son necesarias nuevas revisiones
- 52 De estos criterios diagnósticos de fibrosis quística señale el FALSO:**
- A) Tamizaje neonatal positivo (tripsina inmunoreactiva)
  - B) Test de sudor positivo (en 3 ocasiones)
  - C) Estudio genético positivo (2 mutaciones del CFTR)
  - D) Ausencia bilateral de conductos deferentes
- 53 ¿Cuál de los siguientes no es uno de los Indicadores de Calidad del Proceso Asistencial Integrado Cáncer Colorrectal del SSPA?**
- A) N° de pacientes con cáncer de recto de tercio medio e inferior con pre-servación de esfínter después de cirugía >75%
  - B) Personas diagnosticadas de cáncer de colon a las que se interviene quirúrgicamente en un tiempo inferior a 60 días tras la toma de la decisión >100%
  - C) Toma de decisión por la Comisión de Tumores específica en 30 días desde el diagnóstico de cáncer colorrectal >90%
  - D) Porcentaje de personas con diagnóstico de cáncer colorrectal que antes de iniciar el tratamiento son valoradas por la comisión específica >100%

- 54** **Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa respecto al cribado del cáncer colorrectal:**
- A) El uso del test de sangre oculta en heces a nivel poblacional ha demostrado que es capaz de conseguir una reducción significativa de la mortalidad por cáncer colorrectal
  - B) El cribado poblacional del cáncer colorrectal ha demostrado ser más coste efectivo que el cribado del cáncer de mama
  - C) La colonoscopia es la modalidad de cribado de cáncer colorrectal más empleada en nuestro país en la población de riesgo medio
  - D) En individuos con antecedentes de cáncer colorrectal en dos o más familiares en primer grado se recomienda el cribado con colonoscopia, aún en ausencia de síntomas, a partir de los 40 años de edad
- 55** **¿Cuál de las siguientes situaciones no es una contraindicación absoluta para la colocación de una Gastrostomía percutánea?**
- A) Enfermedad terminal con esperanza de vida corta
  - B) Infección activa de la pared abdominal
  - C) La diálisis peritoneal
  - D) Estenosis esofágica grave
- 56** **Señale cuál de las siguientes afirmaciones es correcta respecto a la administración de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs):**
- A) La edad no influye en el riesgo de desarrollar lesiones digestivas
  - B) Es preferible la administración rectal, ya que su efecto lesivo es fundamentalmente local
  - C) El acúmulo de prostaglandinas en la mucosa gástrica o duodenal es el mecanismo patogénico más importante de las erosiones gastroduodenales inducidas por ellos
  - D) Hasta en el 15-30% de los pacientes que los toman de forma crónica se demuestran úlceras gástricas y/o duodenales en la endoscopia digestiva alta
- 57** **Debemos buscar la infección por H. pylori y tratarla en todos los casos siguientes EXCEPTO en uno:**
- A) Úlcera duodenal
  - B) Enfermedad por reflujo gastroesofágico
  - C) Dispepsia no investigada en menor de 55 años y sin síntomas /signos de alarma (estrategia test and treat)
  - D) Anemia ferropénica de causa no aclarada

**58 Cuando decidimos en un paciente con esofagitis eosinofílica un tratamiento dietético con una dieta de eliminación empírica de seis alimentos (leche, trigo, huevo, legumbres, frutos secos, pescado/marisco). Señala la opción INCORRECTA:**

- A) Esta opción terapéutica alcanza una eficacia extremadamente homogénea del 72%, en adultos y niños de cualquier localización geográfica
- B) Se debe instaurar al menos durante 6 semanas y repetir la endoscopia pasado ese tiempo
- C) En los pacientes respondedores, se deben reintroducir cada uno de los alimentos de manera individualizada seguido de una endoscopia por cada alimento tras 6 semanas de reintroducción
- D) Tras completar las seis reintroducciones y consiguientes endoscopias, la gran mayoría de los pacientes tienen al menos 3 alimentos causantes de EoE, que deben eliminar para siempre

**59 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el empleo de IBP en el tratamiento del esófago de Barrett es cierta?**

- A) El control de síntomas y la normalización de la exposición ácida esofágica son sinónimos
- B) Los IBP causan regresión del epitelio de Barrett
- C) El control adecuado del ácido esofágico se asocia con disminución de los marcadores de proliferación celular
- D) El control adecuado del ácido esofágico se asocia con un aumento de los marcadores de proliferación celular

**60 Indique cuál de las siguientes afirmaciones sobre la achalasia es FALSA:**

- A) Existe degeneración y disminución de las células ganglionares del plexo de Auerbach
- B) La presentación clínica típica es la disfagia para líquidos y sólidos
- C) En la manometría esofágica el esfínter esofágico inferior se relaja completamente en respuesta a la deglución
- D) El tratamiento quirúrgico actualmente utilizado es la miotomía de Heller

**61 En relación al tratamiento del dolor torácico de probable origen esofágico señale la afirmación CORRECTA:**

- A) Estudios a largo plazo demuestran la utilidad del octreótido en el control de los síntomas asociados al dolor torácico de probable origen esofágico
- B) Las terapias conductuales son eficaces en el manejo de estos pacientes
- C) La imipramina a dosis de 200 mg favorece el control de síntomas con escasos efectos adversos
- D) Ensayos clínicos controlados han mostrado que omeprazol a dosis doble ( 40-60 mg/día) en dos tomas proporciona un alivio significativo del dolor torácico de probable origen esofágico

- 62 Una mujer de 35 años consulta a su médico por anemia ferropénica. Se recoge una historia familiar detallada y se obtienen los datos siguientes: a) su abuelo materno falleció como consecuencia de cáncer de colon a los 81 años; b) a su madre le diagnosticaron cáncer de endometrio a los 55 años pero aún vive y se encuentra bien; c) el hermano de su madre desarrolló cáncer de próstata a los 63 años. Asimismo tiene un hermano de 32 años y un hijo de 10 años. Se lleva cabo una colonoscopia y se detecta una masa en el ciego, cuyas biopsias son positivas para adenocarcinoma invasivo. ¿Cuál de las siguientes recomendaciones no se efectuaría?**
- A) Resección segmentaria del cáncer
  - B) Colectomía subtotal con anastomosis ileorectal
  - C) Pruebas de detección de cáncer endometrial
  - D) Pruebas genéticas para Cáncer Colorrectal Hereditario no Polipósico determinando el estado de inestabilidad de microsátélites del tejido de su cáncer de colon
- 63 ¿Cuál de los siguientes criterios no se considera útil para predecir la gravedad de una pancreatitis aguda en las primeras 24 horas?**
- A) TAC dinámico con contraste
  - B) APACHE II
  - C) Insuficiencia renal
  - D) APACHE-O
- 64 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre las prótesis de colon es incorrecta?**
- A) Las prótesis tipo Wallstent permite el paso de la prótesis por el canal del endoscopio y se pueden colocar en colon derecho
  - B) Las prótesis recubiertas tienen un mayor riesgo de migración espontánea
  - C) Es aconsejable la profilaxis antibiótica cuando la obstrucción es completa
  - D) Cuando la indicación es como puente a la cirugía siempre se debe colocar una prótesis recubierta
- 65 Ante un paciente de 58 años diagnosticado de carcinoides gástricos tipo 1, con cuatro lesiones polipoideas inferiores a 1 cm, sin invasión de la muscular propia el tratamiento indicado es:**
- A) Gastrectomía y resección de ganglios linfáticos regionales
  - B) Tratamiento con análogos de somatostatina (acetato de octeótrido 30 mg/mes o lanreótido 90mg /mes) durante 6-12 meses
  - C) Seguimiento endoscópico anual
  - D) Escisión local quirúrgica



**66 Sobre la sedación controlada por el endoscopista qué afirmación de las siguientes no es cierta:**

- A) Actualmente la mayoría de las sociedades científicas en Europa la consideran el estándar de práctica
- B) La formación del personal de enfermería en el procedimiento y en el manejo de la reanimación cardio-pulmonar es muy importante
- C) En el consentimiento informado entregado junto con la cita de la colonoscopia deben constar los riesgos de la sedación
- D) Pacientes con riesgo ASA III y IV contraindican la sedación guiada por anestesista

**67 En el estudio del intestino delgado con Capsuloendoscopia para el estudio de cuadros de hemorragia digestiva de origen oscuro ¿Cuáles son las lesiones que se encuentran con más frecuencia?**

- A) Angiodisplasias
- B) Pólipos
- C) Úlceras aftas
- D) Restos hemáticos

**68 Con respecto a la canulación de la papila mayor uno de los siguientes enunciados no es cierto:**

- A) Una vez enfrentada la papila se debe trabajar con los mandos frenados
- B) El personal que trabaja en la sala de CPRE debe tener el título de director u operador de instalaciones radioactivas que otorga el Consejo de Seguridad Nuclear
- C) Se recomienda iniciar la canulación con catéter mejor que con el esfinterotomo
- D) Es una técnica que en manos expertas tiene un 5% de fracasos

**69 Sobre la técnica punción guiada por ecoendoscopia (USE PAAF), una de las siguientes afirmaciones no es correcta:**

- A) Las agujas más finas de 19G, son las que se usan para punción de masas. Las más gruesas de 25G se usan para la punción de adenopatías
- B) La tasa de complicaciones es menor del 2%
- C) Se aconseja un continuo control sonográfico durante la punción
- D) La presencia del patólogo en la sala mejora la eficiencia de la prueba

- 70 En un paciente de 58 años sin antecedentes patológicos de interés, que presenta un cuadro de saciedad precoz, distensión abdominal y moderado dolor epigástrico, al que se le realiza una endoscopia digestiva alta, se le encuentra una lesión gástrica submucosa, no ulcerada. Se le realiza un TAC con contraste que nos informa de una lesión única en pared gástrica submucosa compatible con GIST de 3 cms, de bordes bien definidos. ¿Qué recomendaríamos a continuación?**
- A) Realización de ecoendoscopia, con punción biopsia
  - B) Realización de Resonancia nuclear Magnética
  - C) Resección quirúrgica del tumor
  - D) Iniciar tratamiento con inhibidores de la tirosín- Kinasa
- 71 En un paciente diagnosticado de enfermedad de Crohn, ante la existencia de fístula perianal simple asintomática es necesario:**
- A) Comenzar tratamiento con metronidazol
  - B) Comenzar tratamiento con ciprofloxacino
  - C) Tutorizar la fistula con un sedal no cortante
  - D) No es preciso hacer nada
- 72 En relación al papel de la cirugía en el manejo y tratamiento de la pancreatitis aguda (PA) y sus complicaciones, cuál de las siguientes afirmaciones no es cierta:**
- A) En una PA leve se recomienda practicar una colecistectomía de forma precoz
  - B) El tratamiento quirúrgico precoz de la necrosis pancreática en las primeras dos semanas mejora la mortalidad
  - C) La necrosectomía abierta con lavado continuo es una técnica indicada en la infección pancreática y fallo multiorgánico persistente
  - D) En un paciente con PA de origen biliar, al que se le ha practicado una esfinterotomía endoscópica se puede demorar la realización de la colecistectomía
- 73 Todos los siguientes criterios en un paciente con pancreatitis aguda nos debe de hacer consultar con el intensivista el ingreso en la UCI salvo uno de ellos:**
- A) PA que presenten cualquier disfunción orgánica
  - B) PA con infección pancreática asociada
  - C) PA que presenten líquido libre peritoneal
  - D) APACHE II  $\geq$  5
- 74 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la enfermedad de Caroli no es verdadera?**
- A) Se asocia con la aparición de una enfermedad renal poli quística
  - B) Clínicamente se presenta con hepatomegalia y dolor abdominal
  - C) Debuta en edades pediátricas y adolescencia
  - D) Las vías biliares extrahepáticas están generalmente dilatadas

**75 En relación a la fibrosis quística señale la respuesta FALSA:**

- A) El pronóstico de los pacientes con FQ ha mejorado notablemente en las últimas décadas debido al diagnóstico precoz y a los tratamientos médicos que han modificado el curso de esta enfermedad, tanto previniendo como retardando sus complicaciones
- B) La mutación genética más frecuente es la delta F208
- C) La mediana de edad se sitúa en 37,4 años en 2012
- D) En Estados Unidos, la población adulta ha llegado a representar el 45% de toda la población con FQ

**76 Una paciente de 82 años, hipertensa en tratamiento con enalapril, con buena calidad de vida previa, acude a urgencias con cuadro de ictericia, dolor en hipocondrio derecho, fiebre de 38 grados y síntomas de confusión mental. En la analítica se observa una elevación de bilirrubina y enzimas de colostásis, así como leucocitosis con desviación izquierda. Tras 48 horas de tratamiento con Piperacilina/ Tazobactam 4/0.5 g iv cada 8 horas, la situación se agrava. ¿Cuál es la actitud más correcta ante este caso?**

- A) La elección del antibiótico no ha sido adecuada. A la espera del hemocultivo pautar una cefalosporina de tercera generación
- B) Indicar el drenaje biliar percutáneo
- C) Indicar el drenaje biliar quirúrgico
- D) Indicar el drenaje biliar endoscópico

**77 En una paciente de 72 años, con buena calidad de vida previa es sometida a una colecistectomía laparoscópica. Nos consulta el cirujano por la persistencia 6 días después de flujo biliar por el tubo de Kehr de 200 cc. No presenta fiebre ni dolor. Se realiza una CPRE, diagnosticándose de una fuga biliar proximal ¿Cuál sería el tratamiento de primera elección?**

- A) Esfinterostomía endoscópica
- B) Reintervención quirúrgica
- C) Esfinterostomía endoscópica y colocación de prótesis biliar plástica
- D) Pinzamiento del drenaje, tratamiento antibiótico y actitud expectante

**78 ¿Cuál se las siguientes afirmaciones sobre los tumores de la ampolla de Vater no es cierta?**

- A) La ultrasonografía endoscópica es la técnica de elección para valorar si la resección endoscópica ha sido completa
- B) Suponen aproximadamente el 2% de las neoplasias digestivas
- C) La clínica más frecuente es la ictericia, que puede ser intermitente
- D) La ampulectomía endoscópica está indicada en tumores limitados a la mucosa y submucosa de pequeño tamaño

- 79 En un paciente diagnosticado de cáncer de páncreas por ecografía y TAC, que presenta lesiones muy sugerentes de metástasis hepáticas ¿Cuál es el siguiente paso en el diagnóstico?**
- A) Realizar una ecoendoscopia, para confirmar las lesiones y estudiar invasión vascular con vistas a la resección
  - B) Cirugía para resección del tumor primitivo
  - C) Punción de las metástasis o de la masa pancreática
  - D) Realizar una resonancia magnética que ha demostrado una mayor sensibilidad y especificidad
- 80 ¿Cuál de las que se relacionan a continuación no es una combinación adecuada para el tratamiento de la hepatitis crónica C?**
- A) Sofosbuvir + ledipasvir
  - B) Daclatasvir + ledipasvir
  - C) Paritaprevir (ritonavir) + Ombitasvir + Dasabuvir
  - D) Sofosbuvir + simeprevir
- 81 No es característico del síndrome de HELLP:**
- A) Afectar a primíparas
  - B) Ocurrir sobre todo en el 3º trimestre
  - C) Hemorragia periportal en la biopsia hepática
  - D) Recuento plaquetario bajo
- 82 Una paciente gestante con hepatitis crónica B, anti-HBe + y alta carga viral requiere:**
- A) Interrumpir la gestación
  - B) Recibir lamivudina en el último trimestre del embarazo
  - C) Solo vacunar al recién nacido
  - D) Prohibirle la lactancia
- 83 ¿Tras la realización de una serología, en qué pacientes con un brote grave de colitis ulcerosa corticorrefractario hemos de descartar una infección cólica activa histológicamente, la cual hemos de tratar?**
- A) Ante Ig G positiva a citomegalovirus
  - B) Ante Ig M positiva a citomegalovirus
  - C) Ante Ig G positiva a virus Epstein-Barr
  - D) Ante Ig G positiva a virus varicela-zoster

- 84 Un paciente de 53 años debuta con ictericia. La evaluación muestra elevación moderada de transaminasas, polineuropatía y macroglosia. El diagnóstico de sospecha sería:**
- A) Amiloidosis
  - B) Sarcoidosis
  - C) Sífilis secundaria
  - D) Linfoma hepático
- 85 En la evaluación de un paciente con hepatitis C para decidir el tratamiento antiviral es obligatorio conocer todo lo que se relaciona a continuación excepto:**
- A) Genotipo
  - B) Carga viral
  - C) Grado de fibrosis
  - D) Nivel de transaminasas
- 86 Todas las que se relacionan a continuación se consideran asociadas a la infección VHC excepto:**
- A) Linfoma no Hodking
  - B) Liquen plano
  - C) Guillén Barré
  - D) Porfiria cutánea tarda
- 87 En la forma fulminante de enfermedad de Wilson, junto a la hemólisis el dato de laboratorio más sugestivo para el diagnóstico es:**
- A) Cupremia > 250 ng/MI
  - B) Cociente fosfatasas alcalinas/bilirrubina total < 2
  - C) Cociente GOT/GPT > 1
  - D) Señal hiperintensa hepática en T1 en la resonancia nuclear magnética
- 88 Señale entre los que se relacionan a continuación que criterio de laboratorio les parece más típico de hepatitis autoinmune:**
- A) Cociente bilirrubina total/bilirrubina directa < 1
  - B) IgG sérica elevada
  - C) Cociente AST/ALT > 1
  - D) P-ANCA
- 89 El score de Lille se aplica en la hepatitis alcohólica para evaluar:**
- A) El riesgo de mortalidad al mes
  - B) La respuesta a corticoides a la semana
  - C) El grado de lesión hepática
  - D) La disfunción renal

- 90 La presencia de síndrome de respuesta inflamatoria empeora el pronóstico de la hepatitis alcohólica aguda y se establece por la presencia de 2 o más de los siguientes criterios, excepto:**
- A) Niveles de PCR mayor de 45 ng/ml
  - B) Frecuencia cardíaca mayor de 90 latidos/minuto
  - C) Frecuencia respiratoria mayor de 20 respiraciones minuto o PCaO<sub>2</sub> menor o igual a 32 mmHg
  - D) Recuento de leucocitos mayor o igual a 12.000 xmm<sup>3</sup> o menor o igual a 4000 x mm<sup>3</sup>
- 91 ¿En la trombosis portal asociada a síndrome proliferativo se encuentra frecuentemente?**
- A) Mutación (V617F) del gen tyrosina Janus kinasa 2 (JAK2)
  - B) Mutación (R605Q) del factor V
  - C) Mutación (G20210A) Factor II
  - D) Anticuerpos antibeta2 glycoproteina
- 92 La hepatitis tóxica por amoxicilina-ácido clavulánico:**
- A) Es más frecuente en niños y adolescentes
  - B) Se asocia a la presencia de alelos HLA DR y DQ
  - C) Tiene una elevada tasa de mortalidad
  - D) Se manifiesta exclusivamente por un cuadro de colestasis
- 93 Varón de 27 años con ictericia. ALT 2831 UI/L, AST 3575 UI/L, Fosfatasas alcalinas 456 UI/L, INR 2.1 Serología viral HBsAg+, anti-HBcIgM +, HBe Ag+. A las 48 h el INR es 3.5 ¿Qué indicaría?**
- A) N-acetilcisteína
  - B) Remitir a un centro de trasplante
  - C) Iniciar tratamiento con tenofovir o entecavir y contactar con centro de trasplante
  - D) Diálisis con albúmina
- 94 La causa más frecuente de dolor abdominal agudo por oclusión mecánica de intestino delgado es una de las siguientes:**
- A) Plastrón apendicular
  - B) Hernia inguinal incarcerada
  - C) Adherencias o bridas de intestino delgado consecuencia de laparotomías previas
  - D) Neoplasia de colon derecho

- 95 El síndrome de Stauffer consiste en la aparición de ictericia y hepatoesplenomegalia en pacientes con:**
- A) Carcinoma de páncreas
  - B) Linfoma intestinal
  - C) Carcinoma renal
  - D) Tumor carcinoide
- 96 De las siguientes patologías señale aquella que es causa de dolor abdominal agudo con riesgo vital inminente:**
- A) Pancreatitis aguda necrotizante
  - B) Apendicitis aguda
  - C) Rotura de un aneurisma de aorta abdominal
  - D) Hernia abdominal incarcerada
- 97 Los microorganismos que más frecuentemente crecen en los cultivos de abscesos peridiverticulares son todos los anteriores excepto:**
- A) Bacteroides fragilis
  - B) Escherichia Coli
  - C) Streptococcus spp
  - D) Yersinia enterocolítica
- 98 El tratamiento con biorretroalimentación o biofeedback está indicado en:**
- A) Estreñimiento producido por disinergia rectoesfinteriana
  - B) Estreñimiento con tránsito lento
  - C) Estreñimiento en el paciente con lesión medular
  - D) Estreñimiento en paciente con distrofias musculares
- 99 No es criterio de Roma III para el diagnóstico de estreñimiento funcional:**
- A) Menos de cinco deposiciones por semana
  - B) Sensación de evacuación incompleta en más del 25 % de las deposiciones
  - C) Necesidad de maniobras manuales para facilitar la defecación en más del 25% de las deposiciones
  - D) Heces duras o caprinas en más del 25% de las deposiciones
- 100 ¿Cuál de las siguientes etiologías de fallo hepático fulminante tiene peor pronóstico sin trasplante?**
- A) Paracetamol
  - B) Hepatitis A
  - C) Enfermedad de Wilson
  - D) Hígado de shock

- 101** Paciente varón de 52 años de edad, que consulta en Urgencias por apreciar aumento del perímetro abdominal y edemas en extremidades inferiores. Admite consumo abusivo de alcohol en los últimos 10 años. Diabetes mellitus de tipo 2 en tratamiento con metformina. En los meses recientes ha observado inapetencia y cansancio intenso. Ha perdido masa muscular y 8 kg de peso. La TA es 105/60 mmHg y la temperatura es de 37.7°C. En la exploración física se aprecian telangiectasias malares y eritema palmar. Ictericia escleral. Está bradipsíquico. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen distendido a tensión, con oleada ascítica y con circulación colateral en flancos. Edemas distales. En analítica destaca 3.100 leucocitos/mmc, Hb 9.7 gr/dl, Hcto 30%, VCM 108, actividad de protrombina 45%, recuento de plaquetas 112.000/mmc, creatinina 2.1 mg/dl, sodio 129 mEq/L, bilirrubina total 6 mg/dl, AST 76 UI/L, ALT 32 UI/L, GGT 754 UI/L, FA 214 UI/L, albúmina 2.9 gr/dl. ¿Cuál sería su diagnóstico de sospecha inicial? Se establece el diagnóstico inicial de cirrosis hepática descompensada. ¿En qué categoría de la clasificación de Child-Pugh lo situaría?
- A) Child Pugh B-7
  - B) Child Pugh B-9
  - C) Child Pugh C-12
  - D) Child Pugh C-15
- 102** A este paciente se le realiza una ecografía abdominal y se informa de la existencia de un hígado atrófico, sin lesiones focales, rodeado de ascitis abundante de distribución global. La vena porta mide 14 mms de calibre, está parcialmente trombosada y tiene un flujo hepatógeno. Se describe reperfusión de la vena umbilical. ¿Qué procedimiento diagnóstico priorizaría para planificar el tratamiento médico de este paciente?
- A) Endoscopia alta
  - B) Hemodinámica portal
  - C) Paracentesis diagnóstica
  - D) Angio-TC abdominal
- 103** Durante las primeras 24 horas de ingreso el paciente se mantiene hipotenso (75 mmHg de presión sistólica), con diuresis recortada (700 ml/24 hr). El informe de una paracentesis diagnóstica reseña que el recuento de polimorfonucleares/ml es de 756. Esta información debería traducirse en una de las siguientes pautas de tratamiento:
- A) Espironolactona y furosemida a dosis elevadas
  - B) Cefotaxima y albúmina iv
  - C) Piperacilina-Tazobactam iv
  - D) Perfusión de somatostatina, albúmina iv y descontaminación intestinal selectiva con norfloxacino



**104 A pesar del tratamiento instaurado el estado clínico se deteriora, la diuresis se reduce a 500 mg/día, la bilirrubina aumenta a 12 mg/dl, la creatinina asciende a 3.2 mg/dl y el sodio desciende a 122 mEq/L. ¿Qué pauta de actuación recomendaría?**

- A) Terlipresina iv y albúmina
- B) Paracentesis evacuadora masiva
- C) Hemodiafiltración
- D) Inserción de un shunt portosistémico intrahepático

**105 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el pronóstico y opciones terapéuticas le parece correcta en este paciente?**

- A) El pronóstico es ya de por sí muy grave y la recomendación es tratamiento paliativo o conservador
- B) Si la respuesta a la terapia farmacológica es buena debe ser evaluado para trasplante hepático, con especial atención al informe psicológico
- C) Si la terapia médica no es eficaz y la disfunción renal se agrava hasta precisar hemodiálisis debe considerarse el trasplante combinado de hígado y riñón
- D) En ausencia de mejoría de la función renal cabe intentar como último recurso realizar una paracentesis evacuadora completa, con reposición de albúmina y un shunt quirúrgico porto-cava

**106 Un varón de 50 años, cardiópata conocido, en fibrilación auricular crónica, insuficiencia cardíaca pobremente controlada, EPOC y frecuentes ingresos por insuficiencia respiratoria, acude al Servicio de Urgencias refiriendo dolor centro abdominal intenso y continuo, irradiado a epigastrio, y de comienzo brusco hace unas 2 horas. A la exploración el paciente está estable y con sensación de mucho dolor abdominal, aunque el abdomen aparece blando y depresible, sin signos de irritación peritoneal. La exploración radiológica simple de tórax y abdomen es normal.**

**Señale, entre las siguientes, la afirmación correcta:**

- A) La localización y características del dolor permiten descartar una isquemia miocárdica
- B) La exploración abdominal normal permite descartar un abdomen agudo quirúrgico
- C) Se debe administrar analgesia y ver evolución en unas horas
- D) La angio-TC ofrece una sensibilidad similar a la angiografía en el diagnóstico de la isquemia mesentérica aguda y puede ser crucial cuando aquella supone un retraso para el diagnóstico en un paciente en estado crítico

- 107 La analítica realizada demuestra un recuento y fórmula normal con gasometría venosa dentro de parámetros normales con un dímero D elevado. Con estos datos y el escenario clínico señale la respuesta FALSA:**
- A) La ausencia de marcadores de acidosis metabólica y leucocitosis permite descartar una isquemia mesentérica
  - B) La presencia de elevaciones de LDH, CPK y amilasa reflejan la presencia de una necrosis intestinal establecida
  - C) La elevación de dímero D resulta sugestiva en un contexto clínico apropiado
  - D) La presencia de impresiones dactilares en la RX de abdomen conlleva una mortalidad >70%
- 108 Dentro de las medidas de manejo iniciales que se contemplarían en esta situación clínica se debería evitar:**
- A) Reposición hidroelectrolítica con soluciones de cristaloides
  - B) Digitalizar al paciente como medida de control de la fibrilación auricular
  - C) Descompresión intestinal mediante SNG
  - D) Iniciar anticoagulación con administración de heparina sódica
- 109 Una angio-TC realizada a las 4 horas del inicio de los síntomas muestra una oclusión embólica de la arteria mesentérica superior (AMS) por encima de la inserción de la arteria íleocólica. El médico de Urgencias recaba su opinión sobre el mejor proceder en este caso. ¿Qué aconsejaría?**
- A) Embolectomía quirúrgica acompañada de perfusión de papaverina antes, durante y después de la revascularización, hasta obtener un angiograma sin evidencia de vasoespasmo
  - B) Igual que en el caso anterior, pero además exéresis de tejido necrótico
  - C) Igual que en la respuesta B + "second look" para evaluar la viabilidad del intestino remanente y actuar en consecuencia
  - D) Perfusión intraarterial de agentes trombolíticos
- 110 En este escenario clínico. Señale la respuesta FALSA:**
- A) En presencia de peritonitis es imprescindible la cirugía (embolectomía y resección del tejido necrótico)
  - B) En ausencia de peritonitis cabe plantear otras opciones alternativas como la propia infusión de vasodilatadores, la trombólisis local con urocinasa y la descoagulación con heparina
  - C) Las opciones de infusión de trombolíticos no cabe plantearlas en casos de embolia
  - D) La probabilidad de éxito es mayor cuando la oclusión es parcial y el tiempo de evolución inferior a 12 horas

**111 Paciente varón de 61 años de edad, diagnosticado de cirrosis hepática de causa etílica 4 años antes tras un episodio de hemorragia digestiva por rotura de varices esofágicas, que fue tratada con etoxiesclerol y ligadura endoscópica con bandas. Mantiene ingesta de alcohol de 60-80 grs diarios hasta tres meses antes, cuando ingresa por ascitis a tensión y edemas distales. Su nivel de conciencia es normal. Está malnutrido, la TA es de 100/60 mmHg y no tenía fiebre. Hacía 15 años fue colecistectomizado. Es diabético y precisa insulina para controlar la glucemia. Ha sido fumador activo, de 2 paquetes diarios hasta hace 6 meses. Ictericia leve de piel, estigmas cutáneos de cirrosis. En análisis destacan los siguientes datos: Hb 11 gr/dl, VCM 104, leucocitos 2700/mmc, plaquetas 87.000/mmc. Glucemia 121 mg/dl, sodio sérico de 127 mEq/L, creatinina 1.7 mg/dl, bilirrubina total 4.5 mg/dl, actividad de protrombina de 37%, AST 90 UI/L, ALT 32 UI/L, GGT 563 UI/L, FA 123 IU/L, Proteínas totales 6.5 gr/dl, albúmina 3.1 gr/dl. AFP 7 ng/ml. HBsAg negativo, Ac-HBc positivos, Ac-VHC negativos.**

**Solo una de las afirmaciones siguientes como primera evaluación del paciente es correcta:**

- A) El paciente acumula un número elevado de factores de riesgo y no tiene opciones de ser candidato a trasplante hepático
- B) Dado que el paciente no ha alcanzado el periodo de seis meses en abstinencia alcohólica no puede ser evaluado como posible candidato para acceder a la lista de espera de trasplante hepático
- C) El pronóstico del paciente puede establecerse mediante el baremo MELD que incluye tres variables (bilirrubina total, albúmina y creatinina)
- D) El paciente ha tenido complicaciones graves de la cirrosis y puede ser evaluado como potencial candidato a trasplante hepático

**112 En un control de función renal a las 24 horas del ingreso la cifra de creatinina ha aumentado a 2.1 mg/dl, el sodio es de 125 mEq/L. La diuresis se recorta hasta 650 ml/24 hr. Se realiza una paracentesis diagnóstica y se constata un recuento de polimorfonucleares de 890/mmc. En ecografía abdominal se describe hígado de tamaño reducido, superficie nodular y ecogenidad heterogénea, ausencia de lesiones focales, y trombosis parcial de la vena porta. Señale la pauta de actuación correcta:**

- A) El paciente tiene una peritonitis bacteriana espontánea, lo que supone su exclusión definitiva como candidato a trasplante hepático
- B) La trombosis parcial de la vena porta es una contraindicación formal para la realización de un trasplante hepático
- C) Debe realizarse un angio-TC para obtener información precisa sobre la permeabilidad del eje esplenoportal
- D) El deterioro de la función renal hace aconsejable la administración de furosemida a altas dosis

- 113 La peritonitis bacteriana espontánea respondió favorablemente al tratamiento antibiótico, con reposición de albúmina, y la función renal se restableció. Se planifica el protocolo de evaluación pretrasplante. Una de las evaluaciones o exploraciones complementarias siguientes no se consideraría justificada. Señálela:**
- A) Evaluación del riesgo cardiovascular
  - B) Evaluación psiquiátrica
  - C) Gammagrafía osea
  - D) Grupo sanguíneo y escrutinio de anticuerpos irregulares
- 114 El paciente fue trasplantado con un injerto hepático isogrupo, con buena evolución en el postoperatorio. La función del injerto hepático durante las primeras semanas postrasplante fue buena y fue dado de alta en el día 19º tras la intervención. La pauta inmunosupresora quedó basada en tacrolimus, mofetil micofenolato y esteroides a bajas dosis. Señale cuál de las siguientes advertencias y recomendaciones al alta es incorrecta:**
- A) Debe consultarse la toma de cualquier medicamento por el riesgo de interacciones con los fármacos inmunosupresores
  - B) Un episodio de gastroenteritis puede conducir a aumento de los niveles de tacrolimus y toxicidad neurológica
  - C) Está indicada la vacunación de la gripe según el calendario establecido
  - D) Debe controlarse el peso, la tensión arterial, glucemia y lípidos por el riesgo elevado de síndrome metabólico
- 115 Dado que la etiología de la cirrosis hepática era alcohólica y que el paciente es fumador, en su seguimiento postrasplante debe vigilarse la aparición de neoplasias de novo. ¿Qué exploración o determinación analítica solicitaría para detectar precozmente este tumor?**
- A) Exploración ORL
  - B) PSA
  - C) Colonoscopia
  - D) Mamografía

**116 Mujer de 71 años, diagnosticada de hepatitis crónica C desde 1995 al efectuársele una evaluación de salud por astenia e intolerancia al esfuerzo. Se efectuó una biopsia hepática que mostró inflamación moderada y fibrosis portal iniciándose tratamiento con interferón alfa en monoterapia durante 6 meses con mejoría transitoria de las transaminasas. En 2004 en una nueva evaluación, la carga viral era 2.113.425 UI y el genotipo 1a. Se instauró biterapia con interferón pegilado alfa-2a 180 mcg/semana y ribavirina 1000 mg/día, con mala tolerancia (descenso de Hb desde 11.8 g/dL basal a 8.5 g/dL, que obligó a reducir dosis de ribavirina), supendiéndose completamente el tratamiento a la 12 semana por falta de respuesta (disminución < 2 log de la carga viral).**

**Durante unos años deja de acudir a las revisiones y es remitida de nuevo por su médico de familia.**

**Ha desarrollado diabetes mellitus que se controla con insulina retardada y metformina. Aceptable calidad de vida. Exploración anodina. Analítica: glucemia 159 mg/dL, Hbc1 7.8; Hb 11.7; plaquetas 138.000; ALT 89 UI (< 41); AST 78 UI (< 36); urea 52 mg/dL; creatinina 1.7 mg/dL (aclaramiento 45 ml/min).**

**¿Cuál considera que debe ser el imprescindible siguiente pasó para tomar cualquier otra determinación?**

- A) Solicitarle un fibroscan
- B) Determinarle carga viral
- C) Solicitarle el genotipo de la IL28B
- D) Pedirle un test de resistencias basales

**117 Se puede concluir que la paciente es:**

- A) F3 insuficiencia renal moderada
- B) F3 insuficiencia renal grave
- C) F4 insuficiencia renal moderada
- D) F4 con insuficiencia renal grave

**118 ¿Qué haría con esta información, teniendo en cuenta además la función renal y los antecedentes de la paciente?**

- A) Iniciaría tratamiento con Paritaprevir(Rt)+Ombitasvir + Dasabuvir 12 semanas
- B) Sofosbuvir + Ledipasvir +Ribavirina 12 semanas
- C) Sofosbuvir + Ledipasvir 24 semanas
- D) Ninguno de los anteriores

**119 La paciente recibe tratamiento con uno de los anteriores. La monitorización de la respuesta debe hacerse:**

- A) En la semana 4
- B) En la semana 8
- C) Al finalizar el tratamiento
- D) Ningun análisis de carga viral es predictivo de respuesta viral sostenida con los tratamientos actuales

- 120 En la evaluación de posibles interacciones potencialmente graves, con el tratamiento que recibió esta paciente sería importante investigar que estuviese tomando:**
- A) Omeprazol
  - B) Bisoprolol
  - C) Amiodarona
  - D) Espironolactona
- 121 Varón de 37 años, bebedor severo desde hace 20 años, que refiere en los últimos meses astenia y anorexia, pituitas, edemas en tobillos y en la última semana aparece coluria, ictericia de piel y mucosas progresiva, malestar general, febrícula y tendencia al sueño. La exploración muestra paciente alerta pero bradipsíquico, ginecomastia moderada, abdomen doloroso a la palpación en hipocondrio derecho, con gran hepatomegalia semidura, y bazo palpable. Temperatura 37.3 ° C. Auscultación cardiopulmonar: frecuencia respiratoria 21/minuto; FC 96 minuto. Analítica: urea 45 mg/dL; creatinina 1.3 mg/dL, AST 156 U/L (< 36); ALT 44 U/L (< 41), bilirrubina total 16,2 mg/dL (BD 12,8 mg/dL), albúmina 2,8 g/dL, Hb 10.9 g/dL, VCM 110; plaquetas 131.000 x mm<sup>3</sup>; protrombina 21.5 seg (control 14.4). Leucocitos 13.200 x mm<sup>3</sup> Ecografía abdominal; hígado de ecoestructura heterogénea, sin LOEs y con dilatación del eje esplenoportal y esplenomegalia. Vía biliar no dilatada. Ascitis perihepática y en fondo de saco de Douglas.**
- El diagnóstico más probable de este paciente es:**
- A) Cirrosis hepática etílica descompensada
  - B) Hepatitis alcohólica aguda
  - C) Hepatitis vírica sobre cirrosis alcohólica
  - D) No se puede clarificar sin biopsia hepática
- 122 ¿Qué circunstancias agravantes del estado de este paciente se deducen de la lectura de sus datos clínicos y analíticos?**
- A) Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica
  - B) Fallo renal
  - C) Insuficiencia respiratoria
  - D) Probable fallo cardíaco
- 123 El factor discriminante de Maddrey es 48,86. ¿Qué haría a continuación?**
- A) Tratamiento con pentoxifilina
  - B) Tratamiento con prednisolona
  - C) Lactulosa y otras medidas generales de la cirrosis descompensada
  - D) Descartar infección de líquido ascítico y de otras localizaciones antes de cualquier otra medida

- 124 Una semana después de iniciar tratamiento con prednisolona 40 mg/d el paciente no había mejorado sensiblemente, la bilirrubina y la función renal se mantenían en valores similares y el score de Lille era 0.68. ¿Cuál sería el proceder correcto?**
- A) Aumentar prednisolona a 60 mg/d
  - B) Asociar pentoxifilina 400 mg/8 h
  - C) Suspender prednisolona e instaurar pentoxifilina 400 mg/8 h
  - D) Ninguno de los anteriores
- 125 La alternativa inicial a la prednisolona en este paciente hubiera sido la pentoxifilina en caso de:**
- A) Hemorragia digestiva
  - B) Infección activa
  - C) Síndrome hepatorenal
  - D) Todos los anteriores

**126** Paciente varón de 61 años de edad que acude a nuestra consulta con un cuadro de dolor abdominal y flatulencia moderados, cansancio y desde hace varios meses tendencia al estreñimiento, que no había padecido previamente. Las deposiciones son escasas y tienen un aspecto acintado aunque no ha notado la presencia de sangre en las heces.

Trabaja en una oficina bancaria. Fumador de 20 cigarrillos al día, tiene antecedentes personales de HTA, que se controla con Enalapril 20 mg 1 vez al día. Presenta un IMC de 29. No practica ejercicio físico de forma regular, y realiza una ingesta alcohólica moderada de fines de semana.

En la historia clínica recogemos que su madre falleció por complicaciones derivadas de un cáncer de colon a los 72 años. Su padre falleció de un ictus a los 84 años. Tiene tres hermanos, al menor, varón con 52 años se le extirpó hace seis meses un pólipo de colon izquierdo de 3 cms diagnosticado de carcinoma "in situ". Los otros dos, una mujer de 58 años y un varón de 56 años viven sanos y no se conocen enfermedades reseñables. Tiene dos hijas de 30 y 27 años, que viven sanas. Está casado y su mujer fue diagnosticada hace un año de una hepatopatías crónica por VHC, que está bien compensada en este momento.

Se indica la realización de una colonoscopia, encontrándose por debajo del ángulo esplénico, una masa mamelonada, irregular, dura al tacto que impide el paso del endoscopio. En sigma extirpamos dos pólipos de 1 cm aproximadamente. El informe anatómico-patológico nos habla de un adenocarcinoma de colon y dos adenomas vellosos sin displasia.

En la ecografía abdominal sólo se observan dos imágenes menores de 1 cm en lóbulo hepático derecho, hipoecogénicas, regulares sugerentes de angiomas. En la analítica encontramos valores normales salvo una cifra de hemoglobina de 10 gr/dl, con un VCM de 76 y parámetros de coagulación normales. El CEA presenta valores de 35 ng/ml. Se realiza un PET-TAC que sólo muestra captación en el área de ángulo esplénico.

Con el diagnóstico de cáncer de colon se realizó una resección del tumor y una linfadenectomía amplia. Los márgenes no estaban afectados, había invasión de la serosa, sin afectar a los órganos adyacentes. Tres de los 12 ganglios extirpados estaban afectados por el tumor.

¿En qué estadio de la clasificación TNM nos encontramos?

- A) T2N2M0 Estadio II
- B) T3N2M0 Estadio III
- C) T3N1M0 Estadio II
- D) T3N1M0 Estadio III

**127** Con respecto al tratamiento preoperatorio ¿Qué cree que estaría más indicado?

- A) Trasfunder 48 horas antes dos concentrados de hematíes
- B) Tratamiento con hierro previo a la cirugía
- C) Trasfunder dos concentrados de hematíes durante la cirugía
- D) Ninguna de las anteriores



- 128 En este paciente tras la reunión del comité de tumores ¿Cuál será la recomendación más probable tras la cirugía?**
- A) Quimioterapia con Oxaliplatino y 5-fluoracilo
  - B) La cirugía se considera curativa. Seguimiento
  - C) Quimioterapia con Irinotecán
  - D) Radioterapia local 50,4 Gy en 28 fracciones
- 129 En este paciente ¿cuál sería el seguimiento indicado?**
- A) Determinación anual de CEA
  - B) Colonoscopia a los 3 – 6 meses
  - C) Colonoscopia cada 5 años
  - D) Test de sangre oculta en heces de forma anual
- 130 ¿Indicaría algún tipo de seguimiento a los dos hermanos de 58 y 56 años del paciente?**
- A) Estudio del gen APC
  - B) No está indicado ningún tipo de cribado
  - C) Test de sangre oculta, en caso de ser positiva colonoscopia
  - D) Colonoscopia de forma preferente
- 131 Una mujer de de 48 años de edad, ingresa en el servicio de urgencias por un cuadro de dolor epigástrico intenso, continuo irradiado a la espalda, acompañado de nauseas y vómitos biliosos, que la han despertado dos horas antes. En la analítica presenta una amilasemia de de 1740 U/l Para poder hacer el diagnóstico de Pancreatitis aguda ¿Qué prueba necesitaríamos hacer?**
- A) Lipasa en sangre 3 veces los valores normales
  - B) TAC o ecografía compatible con pancreatitis aguda
  - C) Con los datos que tenemos es suficiente
  - D) PCR en sangre dos veces su valor normal
- 132 ¿Cuál es la causa más probable del cuadro, con los datos que disponemos?**
- A) Alcohol
  - B) Litiasis Biliar
  - C) Medicamentosa
  - D) Hiperlipidemia

- 133** A la exploración física la paciente se encuentra estuporosa, responde a estímulos de forma incoherente. Frecuencia cardíaca de 100 lpm. Temperatura de 37.5 °C. Frecuencia respiratoria de 15 pm. En la analítica al ingreso muestra un BUN de 30 mg/dl, un hematocrito del 40%, leucocitos de 10.500/mm<sup>3</sup> con 7% de cayados. PCR de 45 mg/dl. Se realiza una Rx simple de tórax que se informa como normal ¿Cuál de las siguientes afirmaciones no es correcta?
- A) La paciente cumple criterios de síndrome de respuesta sistémica inflamatoria (SRIS)
  - B) La PCR al estar por debajo de 150 mg/l es un factor de buen pronóstico
  - C) El hematocrito por debajo del 44% es un factor de buen pronóstico
  - D) La edad de la paciente es un factor de buen pronóstico
- 134** ¿En este caso estaría indicada la realización de una tomografía computarizada?
- A) Sólo en caso de presentar fiebre alta
  - B) De forma inmediata, dada la gravedad
  - C) Si persiste la gravedad a partir de las 72 horas
  - D) No es necesaria, ya que tenemos suficientes elementos para realizar el pronóstico de gravedad
- 135** Sobre el tratamiento y manejo inicial del cuadro ¿cuál de las siguientes afirmaciones no es correcta?
- A) Iniciar la nutrición parenteral en las primeras 48 horas
  - B) Hay que realizar una monitorización de constantes vitales, diuresis y parámetros analíticos
  - C) Fluido terapia intensa con cargas extras de fluidos 500-1000ml a pasar en 30-60 min
  - D) Pauta de analgesia en escala según respuesta

- 136 Un varón de 29 años es visto en Urgencias del Hospital por un cuadro de hematemesis escasa y melenas. No refiere antecedentes familiares de interés. Este es el tercer episodio de similares características. La primera vez hace un año no acudió al hospital, y hace seis meses fue ingresado y se le realizó una endoscopia digestiva alta sin llegarse a un diagnóstico.**  
En la exploración física destaca una ligera palidez, 98 lpm y la TA de 105/65. El tacto rectal es melánico. Existen lesiones hiperpigmentadas en la zona bucal y perioral, así como en codos y en plantas de los pies. El resto de la exploración es normal.  
En la analítica practicada en urgencias se detecta una hemoglobina de 11 g/dL, con un VCM de 74 fl y una leucocitosis de 12.000/mm<sup>3</sup>, con fórmula normal. La Creatinina es de 1,1 mg/dL y el nitrógeno ureico en sangre de 35 mg/dL. Las pruebas de coagulación y el resto de la bioquímica urgente muestran valores normales.  
Tras asegurar la estabilidad hemodinámica se practicó de una endoscopia digestiva alta, que muestra un esófago normal, un estómago que parece normal, pero cuya exploración es incompleta por hallarse restos hemáticos, píloro concéntrico y permeable y un bulbo duodenal normal. Se explora hasta segunda porción del duodeno donde se encuentra contenido levemente hemorrágico.  
**¿Cuál de estas presentaciones clínicas tiene valor localizador en la hemorragia digestiva?**
- A) Melena
  - B) Hematemesis
  - C) Rectorragia
  - D) Ninguna
- 137 La hemorragia digestiva alta debe remitirse a un hospital:**
- A) Siempre
  - B) Nunca
  - C) En la mayoría de los casos
  - D) Sólo si hay inestabilidad hemodinámica
- 138 ¿Cuál sería su diagnóstico inicial?**
- A) Hemorragia digestiva de origen oscuro
  - B) Hemorragia digestiva alta de carácter recidivante
  - C) Anemia posthemorrágica que se suma a una anemia Ferropénica previa
  - D) Todas las anteriores
- 139 ¿Qué prueba diagnóstica sería la más recomendable en primer lugar?**
- A) Capsuloendoscopia
  - B) Arteriografía
  - C) Endoscopia Alta con estudio completo
  - D) Colonoscopia

- 140 Con los datos clínicos que tenemos, la sospecha clínica más probable sería:**
- A) Poliposis juvenil
  - B) Síndrome de Peutz-Jeghers
  - C) Ampuloma
  - D) Poliposis hiperplásica
- 141 Mujer de 35 años de edad, traída a Urgencias por hematemesis y melenas. A su llegada está hipotensa (TA 70/30 mm Hg), taquicárdica (130 lpm), en la analítica destaca Hb 7 g/dl y hematocrito 23%. La primera medida terapéutica que se ha de llevar a cabo es:**
- A) Reposición de volumen con soluciones cristaloides
  - B) Transfusión sanguínea
  - C) Endoscopia digestiva alta urgente
  - D) Supresión de la secreción gástrica de ácido
- 142 En la endoscopia urgente realizada a la paciente se objetiva una úlcera en antro gástrico con un vaso visible no sangrante en el lecho de la lesión. ¿Qué grado de Forrest le corresponde?**
- A) Ia
  - B) Ib
  - C) IIa
  - D) Iib
- 143 ¿Qué técnica de hemostasia endoscópica sería la más eficaz en este caso?**
- A) El tratamiento hemostático no está indicado porque la lesión endoscópica es de bajo riesgo
  - B) Inyección de adrenalina
  - C) Inyección de esclerosantes
  - D) Inyección de adrenalina junto a hemoclips
- 144 Tras la realización de la endoscopia, ingresa en planta. ¿Qué tratamiento médico propone?**
- A) Omeprazol 40 mg/vía iv/8 horas
  - B) Ranitidina 50 mg/vía iv/4 horas
  - C) Famotidina 40 mg/vía iv/12 horas
  - D) Omeprazol 40 mg/vía iv/12 horas

- 145 A las 48 horas del ingreso presenta recidiva hemorrágica, estaría indicado:**
- A) Intensificar el tratamiento médico antsecretor
  - B) Hemostasia endoscópica
  - C) Sutura quirúrgica de la lesión sangrante asociada a vagotomía y piloroplastia
  - D) Embolización por angiografía
- 146 Mujer de 20 años de edad consulta por cuadro de deposiciones diarreicas (5-6 deposiciones/día) de 6 meses de evolución. Indique de las siguientes características de la diarrea crónica la que sugiere funcionalidad:**
- A) Diarrea que persiste tras el ayuno
  - B) Diarrea nocturna
  - C) Presencia de sangre en las heces
  - D) Presencia de moco en las heces
- 147 En el estudio realizado se detecta anemia ferropénica y los anticuerpos antitransglutaminasa y antiendomiso son positivos. Se le realiza una endoscopia oral con toma de biopsias duodenales que son normales ¿Qué exploración diagnóstica realizaría?**
- A) Estudio del HLA
  - B) Ileocolonoscopia con toma de biopsias ileales
  - C) Enteroscopia
  - D) Capsuloendoscopia
- 148 En el seguimiento del paciente persiste la anemia ferropénica, la serología positiva (anticuerpos antitransglutaminasa y antiendomiso) y el test genético es positivo (DQ2 –DQ8), se le repite la biopsia duodenal evidenciando una población de linfocitos intraepiteliales superiores al 25% que se corresponde con:**
- A) Clasificación de Marsh 0
  - B) Clasificación de Marsh I
  - C) Clasificación de Marsh II
  - D) Clasificación de Marsh III
- 149 La paciente es diagnosticada de una enteropatía sensible al gluten debiendo suprimir de la dieta los siguientes cereales salvo:**
- A) Trigo
  - B) Cebada
  - C) Avena
  - D) Centeno

**150 La enteropatía sensible al gluten tiene incrementado el riesgo de desarrollar el siguiente tumor:**

- A) Adenocarcinoma intestinal
- B) Linfoma intestinal de células T
- C) Linfoma intestinal de células B
- D) Tumor carcinoide intestinal

**151 Sobre el cribado del hepatocarcinoma en el paciente cirrótico es cierto que:**

- A) La determinación de la alfafetoproteína cada 6 meses está recomendada por su elevada sensibilidad
- B) El intervalo recomendado para la ecografía es de seis meses
- C) En cirróticos en grado C de Child-Pugh se recomienda la RM semestral
- D) El intervalo más eficiente para los controles ecográficos es cada tres meses

**152 La neostigmina es un inhibidor reversible de la acetilcolinesterasa, enzima que metaboliza la acetilcolina, con lo que se consigue incrementar el efecto colinérgico. De ahí su utilidad en el tratamiento del síndrome de Ogilvie. Uno de los siguientes NO se incluye entre sus efectos farmacológicos:**

- A) Midriasis
- B) Hipotensión
- C) Asistolia
- D) Aumento de salivación

**153 En cuál de los siguientes subgrupos de pacientes no recomendaría la profilaxis antibiótica previa a un procedimiento endoscópico terapéutico:**

- A) Colocación de bandas en pacientes con cirrosis hepática que presentan hemorragia digestiva alta
- B) Pacientes portadores de una válvula cardiaca sometidos a polipectomía de colon
- C) Pacientes con Enfermedad de Alzheimer severo a los que se les va a colocar una gastrostomía percutánea
- D) Pacientes con un pseudoquiste de páncreas que van a ser sometidos a un drenaje endoscópico



**JUNTA DE ANDALUCIA**  
**CONSEJERÍA DE SALUD**

**CONSEJERÍA DE SALUD**

**JUNTA DE ANDALUCIA**

