

1.-Según el artículo 5 de la ORDEN SAN/697/2018, de 18 junio, por la que se regula el funcionamiento y organización de la Red de Centros y Servicios de Referencia en Atención Especializada el Servicio Público de Salud de Castilla y León el centro de referencia del Servicio Público de Salud de Castilla y León para los pacientes asignados al Complejo Asistencial de Ávila es:

- a) Complejo Asistencial de Segovia
- b) Complejo Asistencial Universitario de Palencia
- c) Complejo Asistencial Universitario de León
- d) Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

2.- Según el artículo 4 de la ley 16/2003, de 28 de mayo de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, señale cuál de los siguientes corresponde a uno de los derechos de los ciudadanos en el conjunto del Sistema Nacional de Salud:

- a) A recibir asistencia sanitaria en su comunidad autónoma de residencia en un tiempo mínimo
- b) A disponer de una tercera opinión facultativa sobre su proceso
- c) A recibir, por parte del servicio de salud de la comunidad autónoma en la que se encuentre desplazado, la asistencia sanitaria del catálogo de prestaciones del sistema Nacional de Salud que pudiera requerir, en las misma condiciones e idénticas garantías que los ciudadanos residentes en esa comunidad autónoma.
- d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

3.- La composición y funciones del Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud se recoge en:

- a) Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de Abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.
- b) La ley general de sanidad 14/1986
- c) Ley de cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud Ley 16/2003, de 28 de Mayo
- d) Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

4.-¿Qué artículo de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud recoge las prestaciones de salud pública ?:

- a) El artículo 14
- b) El artículo 16
- c) El artículo 15
- d) El artículo 11

5.- Conforme al Protocolo de actuación frente a las agresiones para profesionales de Sacyl, señale que consecuencias pueden tener las agresiones para sus autores:

- a) Carta de rechazo: apercibimiento
- b) Posible cambio de adscripción
- c) Procesos penales por agresiones físicas ó amenazas
- d) Todas las anteriores

6.- En relación al Comité de seguridad y salud laboral, de las siguientes afirmaciones señale la incorrecta:

- a) Los Delegados de prevención son designados por las Organizaciones sindicales presentes en las Juntas de Personal y Comités de Empresa.
- b) Se reúnen cuatrimestralmente y siempre que lo solicite alguna de las representaciones
- c) Es el órgano de participación y consulta del Área de Salud en materia de prevención de riesgos laborales.
- d) Está constituido por los Delegados de Prevención y, en igual número, representantes de la empresa.

7.-De acuerdo con el artículo 28 de la Orden SAN/1211/2019, de 2 de diciembre, por la que se modifica la Orden SAN/957/2016, de 17 de noviembre, por la que se desarrolla la estructura orgánica de los Servicios Centrales de la Consejería de Sanidad y de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, la competencia para la ordenación y gestión de la derivación de pacientes en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, a otros dispositivos asistenciales no pertenecientes a la red sanitaria de utilización pública, será ejercido por el servicio de:

- a) actividad concertada
- b) cartera de Servicios de Atención Especializada
- c) investigación e innovación
- d) Control y asistencia

8.-Según el artículo 6 de la ley 16/2003 de 28 de mayo, de acuerdo con el artículo 43.2 de la Constitución, el Ministerio de Sanidad y consumo y los órganos competentes de las comunidades autónomas, en el ámbito de las competencias que les corresponden, ejercerán:

- a) Un control de las entidades sanitarias no integradas en el sistema Nacional de Salud, en relación con las actividades de salud pública y en materia de garantías de la información, seguridad y calidad.
- b) Requerirán de las entidades sanitarias no integradas en el Sistema Nacional de Salud la información necesaria para el conocimiento de su estructura y funcionamiento.
- c) Las respuestas a) y b) son correctas
- d) Las respuestas a) y b) son incorrectas

9.- Según el artículo 43 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, los criterios básicos y condiciones de las convocatorias de profesionales y de los órganos encargados de su desarrollo que aseguren su movilidad en todo el territorio del Estado, sin perjuicio de las competencias legamente atribuidas a las administraciones sanitarias, se establecerán mediante:

- a) Decreto legislativo
- b) Decreto Ley
- c) Ley Orgánica
- d) Real Decreto

10.- El Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, en su Artículo 94. Bis, referido a la aportación de los beneficiarios y sus beneficiarios en la prestación farmacéutica ambulatoria refiere:

- a) Se entiende por prestación farmacéutica ambulatoria la que se dispensa al paciente, a través de receta médica, en oficina o servicio de farmacia.
- b) La aportación del usuario se efectuará en el momento de la dispensación del medicamento o producto sanitario.
- c) La aportación del usuario será proporcional al nivel de renta que se actualizará, como máximo, anualmente.
- d) Todas las respuestas anteriores son correctas

11.- La legislación por la que se implanta el Sistema Nacional de Salud actual en España es:

- a) Ley 14/ 1986, de 25 de abril, General de Sanidad
- b) Ley 6/1997, de 14 de abril, de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado.
- c) Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre la habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud.
- d) Ley de cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud Ley 16/2003, de 28 de Mayo.

12.- Dentro del Plan de Gestión en Calidad y Seguridad del Paciente de la gerencia Regional de Salud, indique que programa no forma parte de los proyectos en gestión de la Calidad:

- a) Implantación paulatina de sistemas de gestión de la calidad basados en la gestión por procesos “organizativos”
- b) Coordinación de la red de unidades de calidad y referentes de seguridad
- c) Encuestas a pacientes
- d) Mapas de riesgos

13.- La gestión del registro de personal, según el artículo 13 del Decreto 42/2016, de 10 de noviembre, por el que se establece la organización y funcionamiento de la Gerencia Regional de Salud, será llevada a cabo por:

- a) El Servicio de Asuntos Generales
- b) La Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria
- c) La Secretaría General de la Consejería de Sanidad

d) La Dirección General de Profesionales

14.- Dentro del Plan de Gestión en Calidad y Seguridad del Paciente de la gerencia Regional de Salud, indique que programa no forma parte de los proyectos en gestión de la Calidad:

- a) Plan de vigilancia, prevención y control de la infección relacionada con la atención sanitaria
- b) Conciliación de la medicación al alta
- c) Mapas de riesgos
- d) Encuestas a pacientes

15.- Cual de las siguientes dimensiones no forman parte del modelo conceptual de la calidad asistencial?

- a) eficacia
- b) Orientación a los profesionales
- c) Responsabilidad social
- d) Seguridad

16.- En relación a los comités de ética de investigación con medicamentos en España (CEIm) señale la respuesta verdadera:

- a) Viene regulado por el Real Decreto 1091/2015, de 4 de diciembre, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos, los Comités de Ética de la Investigación con medicamentos y el Registro Español de Estudios Clínicos.
- b) Para la coordinación del dictamen en los ensayos clínicos con medicamentos, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios facilitará el intercambio de información entre la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios y los CEIm, así como coordinará con las comunidades autónomas, los órganos supervisores de los CEI y los propios CEIm el desarrollo y mantenimiento de un sistema de información único e integrado para los ensayos clínicos con medicamentos.
- c) Dentro de las Funciones de los Comités de Ética de la Investigación con medicamentos se encuentran la Evaluación de los aspectos metodológicos, éticos y legales y emisión del dictamen correspondiente, así como las modificaciones sustanciales y la realización de un seguimiento del estudio, solo desde su inicio
- d) Los CEIm serán acreditados por la autoridad sanitaria estatal competente

17.- Indique de entre las siguientes funciones cuál se encuentra entre las funciones de los comités de ética asistencial de Castilla Y león:

- a) Velar por los derechos de los usuarios, promoviendo un entorno asistencial lo más humano posible.
- b) Asesorar en el proceso de toma de decisiones en aquellas situaciones en que se planteen conflictos legislativos.

- c) Asesorar desde una perspectiva científico-técnica a los correspondientes centros.
- d) Resolver cuestiones éticas que consideren oportunas a la Comisión de Bioética de Castilla y León.

18.- En relación al derecho de instrucciones previas que todo paciente puede ejercer en Castilla y León y para que el documento de instrucciones previas sea válido deberá formalizarse ante:

- a) Notario o Tres testigos o Personal al servicio de la administración
- b) Solo ante notario
- c) Sólo ante personal de la administración
- d) Todas son falsas

19.- De acuerdo con la Ley 2/2007, de 7 de marzo, del Estatuto Jurídico del Personal Estatutario del Servicio de Salud de Castilla y León, el personal estatutario se clasifica:

- a) Atendiendo al nivel asistencial en el que presta servicios
- b) Atendiendo al nivel del título exigido para el ingreso
- c) Sólo se clasifica atendiendo al tipo de nombramiento
- d) Todas las opciones anteriores son incorrectas

20.- De acuerdo con la Ley 2/2007, de 7 de marzo, del Estatuto Jurídico del Personal Estatutario del Servicio de Salud de Castilla y León, se acordará el cese del personal estatutario interino:

- a) Por resolución de la relación estatutaria durante el periodo de prueba, conforme a dicha Ley
- b) Por incorporación de personal estatutario con reserva de la plaza ocupada por el interino
- a) Cuando se produzca la causa o venza el plazo que expresamente se determine en su nombramiento
- b) Todas las opciones anteriores son incorrectas

21.- De acuerdo con la Ley 2/2007, de 7 de marzo, del Estatuto Jurídico del Personal Estatutario del Servicio de Salud de Castilla y León, las convocatorias de las pruebas selectivas para el acceso a las plazas de que se trate:

- a) Hacen mención expresa de que se podrá declarar que ha superado el proceso selectivo un porcentaje de aspirantes superior al de plazas convocadas
- b) Al ser procesos restringidos, el plazo de presentación de solicitudes de participación se reduce a la mitad

- c) Deben contener el nombramiento y composición del órgano de selección
- d) Todas las opciones anteriores son incorrectas

22.- Según lo previsto por el artículo 11 del Decreto 42/2016, de 10 de noviembre, por el que se establece la organización y funcionamiento de la Gerencia Regional de Salud, la planificación, promoción, coordinación y evaluación de la investigación en relación con los problemas y necesidades de salud de la población es competencia de la Dirección General de:

- a) Profesionales
- b) Sistemas de la Información, Calidad y Prestación Farmacéutica
- c) Infraestructuras y Tecnologías de la Información
- d) Planificación y Gestión Sanitaria

23.- En relación con el respeto a la autonomía del paciente:

- a) En el ámbito de la salud del paciente, toda actuación precisa consentimiento libre y voluntario del afectado
- b) El consentimiento del paciente será siempre por escrito
- c) El consentimiento escrito del paciente será único e incluirá el conjunto de actuaciones de su proceso asistencial
- d) Todas las opciones anteriores son incorrectas

24.-Se otorgará el consentimiento por representación:

- a) En el ámbito sanitario, no cabe el consentimiento por representación, al afectar al ámbito de autonomía personal
- b) Cuando el paciente tenga la capacidad modificada judicialmente, aunque no conste en la sentencia
- c) Los familiares o personas vinculadas con el paciente que no sean representantes legales del paciente no tienen capacidad para otorgar consentimiento
- d) Todas las opciones anteriores son incorrectas

25.-El Complejo Asistencial Universitario de Salamanca es Centro de Referencia Nacional en la siguiente patología/tecnología:

- a) Tumores intraoculares del adulto (melanomas uveales).
- b) Reconstrucción de la superficie ocular compleja. Queratoprótesis
- c) Trasplante de páncreas / páncreas- riñón
- d) Reimplantes, incluyendo la mano catastrófica

26.- De conformidad con lo establecido en el Decreto 101/2005, de 22 de diciembre, por el que se regula la Historia Clínica en Castilla y León:

- a) Se facilitará la historia clínica de un menor al representante legal cuando tenga 16 años cumplidos y no sea incapaz aunque no haya autorización expresa del menor
- b) Los menores de 16 años, aunque tengan madurez suficiente a criterio del médico responsable de su asistencia, no podrán dejar constancia en la historia clínica de la prohibición del acceso de su representante legal
- c) Se facilitará a un tercero información que afecte a la intimidad del paciente fallecido por motivo de riesgo para la salud de aquel
- d) Todas las respuestas anteriores son incorrectas

27.- Conforme al Decreto 101/2005, de 22 de diciembre, por el que se regula la Historia Clínica en Castilla y León, la documentación clínica:

- a) Deberá conservarse como mínimo 10 años, contados desde la fecha del fallecimiento del paciente
- b) Transcurridos 3 años podrán destruirse las hojas de órdenes médicas y de interconsulta cuando no sean trascendentales por motivos asistenciales, de salud pública, epidemiológicos, de investigación, judiciales o por razones de organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud
- c) El consentimiento informado se conservará de forma indefinida
- d) Todas las respuestas anteriores son incorrectas

28.- En relación con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales:

- a) Tiene por objeto garantizar los derechos digitales de la ciudadanía conforme al mandato establecido en el artículo 16.2 de la Constitución
- b) El tratamiento de los datos personales de un menor de edad únicamente podrá fundarse en su consentimiento cuando sea mayor de 16 años
- c) Los responsables y encargados del tratamiento de datos deberán designar un delegado de protección de datos cuando se trate de centros sanitarios legalmente obligados al mantenimiento de las historias clínicas de los pacientes
- d) Todas las respuestas anteriores son incorrectas

29.- De las siguientes especialidades indique cuál de ellas no está incluida en las Carteras de Servicios de todos los Complejos Asistenciales y Hospitales del Servicio de Salud de Castilla y León:

- a) Cardiología
- b) Aparato Digestivo
- c) Anestesiología y Reanimación
- d) Cirugía Plástica, Estética y Reparadora

30.-De acuerdo al artículo 16 de la ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información sanitaria señale la respuesta incorrecta:

- a) El personal que accede a los datos de la historia clínica en el ejercicio de sus funciones queda sujeto al deber de secreto.
- b) El personal sanitario debidamente acreditado que ejerza funciones de inspección tiene acceso a las historias clínicas en el cumplimiento de sus funciones.
- c) El personal de administración de los centros sanitarios no podrá acceder a los datos de historia clínica.
- d) Las Comunidades Autónomas regularán el procedimiento para que quede constancia del acceso a la historia clínica y de su uso.

31. De los siguientes moduladores de la presión del esfínter esofágico inferior, ¿cuál aumenta la presión de dicho esfínter?:

- a) Grasas.
- b) Agonistas β -adrenérgicos.
- c) Gastrina.
- d) Somatostatina.

32. Respecto al Síndrome de Mallory-Weiss, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?:

- a) La hemorragia suele ser autolimitada y leve.
- b) La hemorragia puede ser masiva hasta en el 30% de los casos.
- c) El consumo de ácido acetilsalicílico predispone al desgarro.
- d) Hasta un tercio de los pacientes no presentan un antecedente de vómitos.

33. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta respecto al Síndrome de Boerhaave?:

- a) En este síndrome, se produce un desgarro transmural con perforación.
- b) La presentación clínica suele ser anodina.
- c) Una mucosa esofágica anómala no predispone la aparición de este síndrome.
- d) El tratamiento es siempre quirúrgico.

34- Respecto al tratamiento de los desgarros de Mallory-Weiss, una de las afirmaciones siguientes es falsa:

- a) En asociación con hemorragia por varices esofágicas, el tratamiento debe ir encaminado al tratamiento de las varices esofágicas.
- b) En los pacientes con hemorragia persistente, a pesar del tratamiento endoscópico, puede utilizarse la embolización angiográfica.
- c) En general, es necesario un tratamiento a largo plazo con un IBP.
- d) El tratamiento endoscópico reduce notablemente la hemorragia, la necesidad de transfusiones y acorta la estancia hospitalaria.

35.- Los subtipos de Acalasia se distinguen por diferentes patrones manométricos de contractilidad del cuerpo esofágico. Señale el que mejor define la Acalasia tipo II:

- a) Fallo de peristaltismo del 100%, PRI (*presión de relajación integrada*) media > 15 mmHg.
- b) Contracciones prematuras en $\geq 20\%$ de las degluciones, PRI media ≥ 15 mmHg.
- c) PRI media < 17 mmHg, $\geq 20\%$ de contracciones prematuras.
- d) Fallo de peristaltismo del 100%; presurización panesofágica en $\geq 20\%$ de las degluciones; PRI media elevada (> 15 mmHg).

36.- Paciente de 47 años con enfermedad de Crohn, fumador de 10 cig/día y sin resecciones intestinales previas, a quien se realiza resección ileal por una estenosis corta de características fibróticas. Además de suspender el hábito tabáquico, señale la actitud más adecuada:

- a) No es necesario tomar ninguna otra medida adicional.
- b) Metronidazol durante 3 meses.
- c) Metronidazol durante 3 meses y azatioprina.
- d) Metronidazol durante 3 meses, azatioprina e infliximab.

37. Respecto al diagnóstico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico, una de las siguientes afirmaciones es cierta:

- a) La sensibilidad de la endoscopia para la ERGE es baja, pero tiene una especificidad elevada de un 90 al 95%.
- b) Los episodios de reflujo se definen por una caída del pH inferior a 2.
- c) La manometría esofágica está indicada para la evaluación del paciente con ERGE no complicada.
- d) No se recomienda la realización de una manometría esofágica antes de la cirugía antirreflujo.

38.- ¿De acuerdo con las Guías de la American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE) respecto al manejo del esófago de Barrett asociado a displasia, una de las siguientes recomendaciones es falsa?:

- a) En pacientes con Esófago de Barrett y displasia de alto grado, se recomienda terapia endoscópica en comparación con vigilancia.
- b) En pacientes con Esófago de Barrett con lesiones visibles que se someten a terapia endoscópica, se recomienda la ablación del segmento de Barrett restante en comparación a la no ablación.
- c) En pacientes con Esófago de Barrett con displasia de alto grado, se recomienda la realización de una ecografía endoscópica para diferenciar la enfermedad de la mucosa de la submucosa.
- d) En pacientes con Esófago de Barrett y displasia de alto grado, se recomienda la terapia endoscópica en comparación con la cirugía.

39. Señale la respuesta correcta en relación con la Candidiasis Esofágica:

- a) La inmensa mayoría de ellas se deben a *Cándida Glabrata*.
- b) El tratamiento de elección es el Aciclovir.
- c) El aspecto endoscópico se caracteriza por ulceraciones redondeadas o lineales.
- d) Se ha observado una prevalencia de la colonización del esófago por *Cándida* en adultos ambulatorios sanos del 20%, aproximadamente.

40.- La presencia de áreas focales de necrosis en la endoscopia realizada a un paciente por ingestión de un cáustico, se corresponde según la Clasificación de Zargar con un grado:

- a) Grado I.
- b) Grado IIa.
- c) Grado IIIa.
- d) Grado IIIb.

41. De acuerdo con la IV Conferencia Española de Consenso sobre el tratamiento de la infección por *Helicobacter Pylori*, ¿qué estrategia de tratamiento se recomienda en primera línea en pacientes alérgicos a la penicilina?:

- a) Terapia triple con IBP, levofloxacino y claritromicina.
- b) Terapia cuádruple con bismuto (IBP, bismuto, tetraciclina y metronidazol).
- c) Terapia triple con IBP, levofloxacino y rifabutina.
- d) Terapia cuádruple con bismuto (IBP, bismuto, levofloxacino y metronidazol).

42.- ¿Cuál es el tratamiento inicial de elección para una proctitis ulcerosa con actividad leve-moderada?:

- a) Mesalazina oral.
- b) Mesalazina en forma de supositorios.

c) Combinación de mesalazina oral y tópica.

d) Beclometasona.

43.- De los siguientes, señale el factor de riesgo más importante en relación con las úlceras por consumo de AINE:

- a) Infección por *H. pylori*.
- b) Antecedentes de úlcera complicada.
- c) Uso de glucocorticoides.
- d) Edad > 70 años.

44.- Respecto a los Inhibidores de la Bomba de Protones (IBP) señale la respuesta falsa:

- a) La concentración pico en suero se logra entre los 30 y 60 minutos posteriores a su administración oral.
- b) Los IBP son compuestos ácido lábil que deben ser protegidos de la degradación por el ácido gástrico.
- c) Son profármacos que deben de ser activados por el ácido.
- d) los IBP son más eficaces si se administran justo antes de las comidas.

45.- De acuerdo con el sistema TNM, donde la T indica la profundidad de invasión, los tumores gástricos que invaden la muscular propia, pero no la serosa, serán estadificados como:

- a) T1a.
- b) T1b.
- c) T2.
- d) T3.

46.- Con respecto al megacolon tóxico, señale la respuesta INCORRECTA:

- a) Son factores predisponentes la hipopotasemia y los fármacos anticolinérgicos como los espasmolíticos.
- b) Además de en la enfermedad inflamatoria intestinal también puede aparecer en colitis infecciosas o isquémicas.
- c) Se caracteriza por dilatación severa del colon asociado a datos de toxicidad sistémica, como fiebre, taquicardia o leucocitosis.
- d) En la radiografía simple de abdomen la haustración colónica está conservada.

47. Según la Clasificación Endoscópica de Paris de las lesiones neoplásicas superficiales del tubo digestivo, una lesión neoplásica gástrica del tipo 0-IIc, se corresponde con:

- a) Una lesión Superficial, elevada.
- b) Una lesión Plana.
- c) Una lesión Superficial, hundida.
- d) Una lesión Excavada.

48. De las siguientes, ¿cuál es la causa más frecuente de malabsorción de vitamina B₁₂?

- a) Enfermedad de Crohn, con afectación de íleon terminal.
- b) Insuficiencia Pancreática.
- c) Gastrectomía.
- d) Gastritis Atrófica Autoinmune de la Anemia Perniciosa.

49. Uno de los siguientes procesos ocasiona habitualmente una alteración difusa de la mucosa del intestino delgado; en consecuencia, una biopsia duodenal normal descarta casi por completo este trastorno. Señale dicho proceso.

- a) Mastocitosis.
- b) Amiloidosis.
- c) Abetalipoproteinemia.
- d) Enfermedad de Crohn.

50.- Ante una disfagia completa (sólidos y líquidos) en una mujer joven, que refiere de carácter progresivo, sin pérdida de peso. De las siguientes etiologías, cual no debe de incluir en el diagnóstico diferencial inicialmente:

- a) Esclerodermia.
- b) Anillo esofágico inferior.
- c) Achalasia.
- d) Enfermedad de Chagas.

51.-Paciente mujer de 25 años que consulta por diarrea de 2 semanas de evolución con heces muy malolientes y que se asocia a dolor abdominal tipo “retortijón” y astenia moderada. No refiere viajes recientes ni toma de agua no tratada. Tiene perro como mascota. Se realiza coprocultivo y determinación de parásitos con resultado negativo. Calprotectina en heces de 150 mg/kg. Resto de analítica normal. ¿Cuál de las siguientes es la actitud diagnóstica más correcta?

- a) Realizar test de lactosa y fructosa.
- b) Realizar estudio de serológico ante posible infección por Entamoeba Histolytica.
- c) Realizar gastroscopia con biopsia duodenal.
- d) Realizar estudio de antígenos o serológico ante posible infección por Giardia Lambia.

52.- La respuesta virológica sostenida al tratamiento farmacológico de la infección crónica por VCH se constata por:

- a) Negatividad del Ac VCH al año de finalizar el tratamiento
- b) Negatividad del RNA VCH a los 6 meses de iniciado el tratamiento
- c) Negatividad del RNA VCH a los 6 meses de finalizado el tratamiento
- d) Negatividad del RNA VCH al mes de terminado el tratamiento

53.- En un paciente Naive no coinfectado y con Hepatopatía crónica VCH, la duración habitual del tratamiento con Sofosbuvir y Velpatasvir es de:

- a) 4 semanas
- b) 8 semanas
- c) 12 semanas
- d) 24 semanas

54.-El concepto de Portador Inactivo del VBH define a los pacientes con:

- a) HBsAg NEGATIVO con HBsAc POSITIVO
- b) HBsAg POSITIVO con DNA VBH POSITIVO
- c) HBsAg POSITIVO con DNA VBH NEGATIVO
- d) HBsAg POSITIVO con HBeAg NEGATIVO

55.-Grupo familiar de 5 personas que acuden a urgencias por cuadro de diarrea líquida y vómitos a las 3 horas de tomar un pastel relleno de crema. ¿Cuál de las siguientes causas le parece más probable?

- a) Infección por Vibrio parahemolitico.
- b) Contaminación por toxina de clostridium perfringens
- c) Infección por campylobacter yeyuni.
- d) Contaminación por toxina de estafilococcus aureus.

56.- ¿Cuál de las siguientes NO es criterio diagnóstico de Colangitis Biliar Primaria?

- a) Evidencia histológica de colangitis destructiva no supurativa y destrucción de conductos biliares intralobulares
- b) Evidencia bioquímica de colestasis con elevación de la fosfatasa alcalina
- c) Presencia de Ac. Antimitocondriales o de otro Ac como Anti sp100 o gp210 si los Ac Antimitocondriales son negativos
- d) Presencia en la biopsia de ductopenia sin cirrosis

57.- ¿Cuál es el tratamiento de elección en pacientes con Colangitis Biliar Primaria con inadecuada respuesta al ácido Ursodeoxicólico?

- a) Budesonida
- b) Colchicina
- c) Ácido Obeticólico
- d) Micofenalato Mofetil

58.- ¿Cuál es el tratamiento de elección de la Colangitis Esclerosante Primaria asociada a aumento de IgG4?:

- a) Acido Ursodeoxicólico
- b) Acido Obeticólico
- c) Corticoides
- d) Ciclosporina

59.- En relación con la prevención de la Hemorragia Digestiva Alta de la Hipertensión Portal es falso que:

- a) Los pacientes con varices de pequeño tamaño deben ser valorados endoscópicamente cada 1-2 años a fin de conocer su progresión
- b) La interrupción del tratamiento con Beta-bloqueantes puede asociarse a un efecto rebote
- c) En los pacientes con varices de tamaño moderado o grande que no toleran los B-bloqueantes se debe plantear ligadura endoscópica
- d) El Carvedilol es el fármaco más utilizado en la profilaxis del sangrado por varices esofágicas

60.- Señale la opción INCORRECTA con respecto al síndrome postpolipectomía:

- a) Ocurre entre 12 horas y 5 días tras el procedimiento.
- b) Puede cursar con dolor abdominal, fiebre, peritonismo y leucocitosis.
- c) Es más frecuente que ocurra tras polipectomía en colon izquierdo.
- d) Su manejo suele ser conservador requiriendo en ocasiones ingreso.

61.- Es falso respecto al índice de MELD que:

- a) Es un sistema de puntuación de la gravedad de la enfermedad hepática
- b) Predice la mortalidad independientemente de la etiología o la aparición de las complicaciones de la Hipertensión Portal
- c) Puntuaciones < 30 se asocian a mayor mortalidad en la lista de espera
- d) Las puntuaciones basales se asocian significativamente con la mortalidad en la lista de espera

62.- Uno de estos síntomas y signos no se asocia a la Hemocromatosis:

- a) Impotencia
- b) Pérdida de memoria
- c) Disuria
- d) Hiperglucemia

63.- La edad más frecuente de aparición de la sintomatología de la Hemocromatosis en mujeres es después de los:

- a) 20 años
- b) 30 años
- c) 40 años
- d) 60 años

64.- Respecto a la genética de la Hemocromatosis es falso que:

- a) La mutación C282Y es la más frecuente
- b) El gen asociado es el HFE
- c) La mutación H63D también se asocia a esta enfermedad
- d) El gen asociado es el UGT A1

65.- ¿Cuál es la técnica de elección para el cribado de Carcinoma Hepatocelular en pacientes con cirrosis hepática?:

- a) Nivel de Alfafetoproteína
- b) Resonancia magnética y Tomografía axial computarizada
- c) Ecografía abdominal
- d) Fibroscan

66.- ¿Cuál es el tratamiento de elección en un paciente con carcinoma hepatocelular en estadio inicial(A) de la BCLC con función hepática conservada con tres nódulos menores de 3 cms y con enfermedades crónicas asociadas?

- a) Resección quirúrgica
- b) Ablación
- c) Quimioembolización transarterial
- d) Tratamiento sistémico

67.- ¿Qué fármaco ha sido autorizado recientemente por la Agencia Europea del Medicamento como tratamiento de primera línea para el carcinoma Hepatocelular?:

- a) Lenvatinib
- b) Regorafenib
- c) Cebozatinib
- d) Ramucirumab

68.- Señale la opción correcta sobre las lesiones focales hepáticas en un hígado cirrótico:

- a) La presencia de grasa intralesional descarta el diagnóstico de hepatocarcinoma
- b) La presencia de hipercaptación arterial y lavado de contraste en TC o RM se considera suficiente para el diagnóstico de hepatocarcinoma
- c) Es imprescindible obtener confirmación histológica en todos los casos
- d) El carcinoma hepatocelular es la única LOE que puede aparecer en un hígado cirrótico

69.- Indique la opción INCORRECTA con respecto a la hemorragia por divertículos de colon:

- a) a) La mayoría son autolimitadas e indoloras.
- b) b) Se han asociado a edad avanzada y localización en colon izquierdo.
- c) c) El uso de AINEs se considera un factor de riesgo.
- d) d) El tratamiento endoscópico más recomendable es la inserción de clip hemostático asociado o no a la inyección de adrenalina.

70.- Sobre el patrón de realce de las lesiones focales hepáticas NO es cierto:

- a) La hiperplasia nodular focal presenta una cicatriz central característica que realza en secuencias tardías postcontraste
- b) El hemangioma típico muestra realce nodular periférico y discontinuo con relleno centrípeto progresivo
- c) La hiperplasia nodular focal es la única lesión hepática que presenta cicatriz central.
- d) Las metástasis de tumores neuroendocrinos suelen ser hipervasculares y captar precozmente en los estudios postcontraste

71.- El signo de ROVSING consiste en:

- a) Dolor en epigastrio al aplicar una presión firme sobre el punto de McBurney
- b) Dolor agudo que aparece al comprimir el apéndice entre la pared abdominal y la cresta iliaca
- c) Pérdida de la sensibilidad abdominal al contraer los músculos de la pared abdominal
- d) Dolor en el punto de McBurney al comprimir el cuadrante inferior izquierdo del abdomen

72.- En una mujer de 32 años diagnosticada de síndrome de Lynch, señale el tumor más frecuente tras el colorrectal:

- a) Estómago.
- b) Endometrio.
- c) Ovario.
- d) Cuello uterino.

73.- Respecto a los tumores carcinoides, señálese la afirmación INCORRECTA:

- a) Los carcinoides gástricos del tipo III se corresponden con el carcinóide esporádico sin hipergastrinemia
- b) Los derivados del intestino anterior se relacionan con una delección del cromosoma 11
- c) La cronogranina A puede ser segregada por todos los tipos de carcinoides
- d) Los derivados del intestino posterior producen predominantemente serotonina

74.- ¿Cuál de estas manifestaciones clínicas NO forma parte del Síndrome Carcinoide?

- a) Diarrea profusa
- b) Exantema difuso papulopustuloso y pruriginoso
- c) Taquicardia
- d) Sofocos faciales con enrojecimiento y calor

75.- La probabilidad de evolución a infección crónica por VBH según la edad de contagio, es mayor en:

- a) Los adultos mayores de 60 años
- b) Los adultos menores de 60 años
- c) Los neonatos infectados por transmisión vertical
- d) Los niños durante la adolescencia

76.- Respecto a la Peritonitis bacteriana espontánea (PBE) es FALSO que:

- a) Un recuento de PMN en el líquido ascítico >250 se asocia a una alta probabilidad de PBE
- b) No es recomendable inocular el líquido ascítico en frascos de hemocultivos para el diagnóstico de PBE
- c) La presencia de varios gérmenes en el cultivo del líquido ascítico hace sospechar Peritonitis Bacteriana Secundaria
- d) Se debe iniciar tratamiento antibiótico si el recuento de PMN en el líquido ascítico es >de 250

77.- Sobre el tratamiento de las colecistitis agudas una de las siguientes afirmaciones no es cierta:

- a) La colecistostomía percutánea está contraindicada en pacientes inestables.
- b) Su tratamiento definitivo es la colecistectomía.
- c) El tratamiento médico incluye hidratación intravenosa y restauración de la perfusión tisular y el equilibrio de electrolitos.
- d) La colecistostomía endoscópica transpapilar es una alternativa en pacientes de alto riesgo quirúrgico.

78.- ¿Cuál de estas afirmaciones respecto a la Colangitis Esclerosante Primaria es INCORRECTA?

- a) La mayoría de los pacientes que la padecen asocian Enfermedad Inflamatoria Intestinal, fundamentalmente colitis Ulcerosa
- b) La colangiopancreatografía por Resonancia Magnética es útil para el diagnóstico
- c) Tras el diagnóstico debe plantearse precozmente el trasplante hepático
- d) El Ácido Ursodeoxicólico reduce el prurito y puede mejorar los marcadores bioquímicos pero no la supervivencia

79.- Según la guía de la European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) en el tratamiento de las estenosis benignas esofágicas se recomienda lo siguiente excepto:

- a) La colocación de prótesis metálicas autoexpandibles es la primera opción terapéutica.
- b) La técnica stent-in-stent debe ser considerada para la retirada de prótesis esofágicas parcialmente cubiertas que han quedado incrustadas.
- c) Se debe considerar la colocación de modo temporal y retirada generalmente en el plazo máximo de 3 meses de una prótesis metálica autoexpandible en el tratamiento de una estenosis refractaria.
- d) Son preferibles las prótesis metálicas esofágicas totalmente cubiertas a las parcialmente cubiertas en el tratamiento de las estenosis benignas refractarias.

80.- Las recomendaciones de la European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) en el tratamiento de las estenosis esofágicas malignas incluyen las siguientes excepto:

- a) No se recomienda la colocación de prótesis metálicas autoexpandibles como puente a la cirugía.
- b) Se recomienda la colocación de prótesis metálicas autoexpandible en pacientes que van a ser sometidos a quimiorradioterapia.
- c) Las prótesis metálicas autoexpandibles son de elección en el tratamiento de la disfagia maligna frente a otras terapias como el láser o el bypass esofágico.
- d) Es preferible el uso de prótesis metálicas autoexpandibles frente a las prótesis plásticas autoexpandibles en pacientes con disfagia de origen maligno.

81.- En relación a la colocación de prótesis metálicas autoexpandibles en las estenosis malignas de colon la European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) establece las siguientes recomendaciones excepto:

- a) Su colocación es el tratamiento paliativo de elección.
- b) Aunque no exista oclusión colónica debe colocarse de modo profiláctico para evitar la oclusión de la luz.
- c) Son una alternativa a la cirugía de urgencia con alto riesgo de mortalidad postoperatoria en la neoplasia de colon izquierdo potencialmente curable.
- d) No es recomendable su colocación como tratamiento descompresivo si el paciente va a ser tratado con terapias antiangiogénicas.

82.- Ante un paciente de 72 años que ha sido diagnosticado de dilatación de vía biliar extrahepática por un cálculo de 17 mm sin datos actuales de colangitis. ¿Cuál de los siguientes sería el tratamiento de primera elección según la guía de la European Society of Gastroenterological Endoscopy (ESGE)?

- a) No realizar ninguna acción terapéutica.
- b) Iniciar tratamiento con ácido ursodesoxicólico.
- c) Esfinterotomía corta con esfinteroplastia y extracción de los cálculos.
- d) Realizar colangioscopia con litotricia endoluminal.

83.- En relación con el tratamiento endoscópico de las estenosis de la vía biliar, ¿Cuál de las siguientes aseveraciones es falsa según la guía de la European Society of Gastroenterological Endoscopy (ESGE)?:

- a) Se recomienda la inserción de prótesis metálicas autoexpandibles en el tratamiento paliativo de las estenosis malignas de la vía biliar extrahepática.
- b) En el tratamiento paliativo de las estenosis malignas biliares en el hilio hepático se recomiendan las prótesis metálicas autoexpandibles cubiertas.
- c) No se recomienda el drenaje biliar de modo rutinario preoperatorio en las neoplasias malignas de la vía biliar extrahepática.
- d) El drenaje de la vía biliar por Ecoendoscopia debe reservarse a aquellos casos de fracaso mediante CPRE.

84.- Los criterios de Rosemont se utilizan en el diagnóstico de la pancreatitis crónica por Ecoendoscopia. ¿Cuál de las siguientes no se considera una característica mayor o principal?

- a) Dilatación del conducto pancreático principal
- b) Lobulación en panal
- c) Cálculos del conducto pancreático principal
- d) Focos hiperecoicos con sombreado

85.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa en el tratamiento endoscópico invasivo de las pancreatitis agudas necrotizantes según la European Society of Gastroenterological Endoscopy (ESGE)?

- a) El drenaje guiado por Ecoendoscopia es el método inicial de tratamiento de elección.
- b) En los casos de drenaje endoscópico transmural de necrosis encapsuladas se debe realizar, de rutina, el drenaje transpapilar del conducto pancreático principal.
- c) Para la necrosectomía se debe realizar insuflación con CO₂ en lugar de aire para evitar el embolismo gaseoso.
- d) Las prótesis de aposición luminal utilizadas para el drenaje deben retirarse a las 4 semanas.

86.- Un colangiocarcinoma perihiliar o tumor de Klatskin que afecta a la unión de los conductos hepáticos derecho e izquierdo, y se extienden al conducto hepático izquierdo corresponde según la clasificación de Bismuth-Corlette a:

- a) Tipo IIIb

- b) Tipo II
- c) Tipo IIIa
- d) Tipo IV

87.- En relación con el colangiocarcinoma cuál de las siguientes afirmaciones es falsa:

- a) El tipo histológico más frecuentes es el adenocarcinoma.
- b) El colangiocarcinoma intrahepático tienden a la formación de masas.
- c) El colangiocarcinoma es un tumor paucicelular altamente desmoplásico.
- d) Los adenocarcinomas intraductales-papilares se extienden en profundidad a lo largo de la mucosa biliar invadiendo las capas de las paredes fibromusculares.

88.- Se ha diagnosticado a un paciente de una neoplasia de vesícula biliar que invade el tejido conjuntivo perimuscular sin extensión más allá de la serosa con metástasis en los ganglios linfáticos a lo largo de la arteria hepática y sin metástasis a distancia corresponderá según la clasificación TMN a:

- a) T1bN1M0
- b) T2N2M0
- c) T1bN2M0
- d) T2N1M0

89.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa acerca del carcinoma de vesícula biliar?

- a) La mayor parte se diagnostican de modo incidental tras colecistectomía.
- b) El tratamiento quirúrgico es el único potencialmente curativo.
- c) La radioterapia proporciona buenos resultados en casos de irreseabilidad.
- d) La quimioterapia con gencitabina y oxiplatino puede ser utilizada en casos de irreseabilidad.

90.- Señale la opción CORRECTA sobre las manifestaciones extraintestinales en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII):

- a) La artropatía axial es más frecuente que la periférica.
- b) La estomatitis aftosa se relaciona con la actividad de la EII.
- c) La colangitis esclerosante primaria se diagnostica siempre después de la EII.
- d) La espondilitis y la uveítis tienen un curso evolutivo dependiente de la actividad de la EII.

91.- Señale la opción INCORRECTA con respecto al cribado de cáncer de colon en la colitis ulcerosa:

- a) La cromoendoscopia con toma de biopsias dirigidas es la técnica de elección.
- b) La proctitis ulcerosa con actividad endoscópica severa precisa colonoscopia cada 5 años.

- c) La pancolitis de larga evolución o el antecedente de estenosis son factores de riesgo de cáncer de colon.
- d) Si hay diagnóstico asociado de colangitis esclerosante primaria se recomienda colonoscopia anual.

92.- Según las recomendaciones de la American Gastroenterological Association (AGA) en relación con el tratamiento de las pancreatitis agudas una de las siguientes es falsa

- a) Iniciar la ingesta en las primeras 24h si fuera posible.
- b) Administrar nutrición enteral frente a la parenteral en los casos en que no es posible la ingesta.
- c) Utilización de expansores de volumen tipo almidón hidroxietilo (HES).
- d) En las de origen biliar no se recomienda la realización de una CPRE urgente en ausencia de colangitis.

93.- En relación con la pancreatitis necrótica (necrosis pancreática), ¿cuál de las siguientes aseveraciones es falsa?

- a) Se define como la ausencia de realce en más del 30% del páncreas en una TC con contraste.
- b) La alimentación enteral ayuda a prevenir su infección.
- c) El tratamiento antibiótico se debe iniciar únicamente si hay datos de infección.
- d) El drenaje de la necrosis pancreática infectada debe realizarse de modo inmediato aun cuando el paciente se encuentre estable.

94.-Paciente de 79 años con antecedentes de HTA y cardiopatía isquémica que presenta diarrea con múltiples deposiciones líquidas de 3 días de evolución y dolor abdominal difuso en marco cólico. TA 105/50 FC 98, temperatura 38,1º. En análisis presenta Hb 15,6 gr/dL Hto 48%, leucocitos 12.500/µl. Urea 121 mg/dL y creatinina de 1,5 ml/dL. ¿Cuál es la actitud más correcta?

- a) Recoger coprocultivo y rehidratación oral.
- b) Programar colonoscopia precoz.
- c) Rehidratación I.V. y antibioterapia empírica.
- d) Pautar antidiarreicos y vigilancia domiciliaria.

95.- En un paciente con sospecha de pancreatitis crónica. ¿Cuál de las siguientes pruebas diagnósticas radiológicas permite además de una exploración morfológica pancreática realizar una evaluación semicuantitativa de la función pancreática exocrina según la guía de la United European Gastroenterology (UEG)?

- a) TAC abdominal con contraste.
- b) Ecoendoscopia.

- c) RMN con infusión iv de secretina.
- d) Ecografía abdominal con elastografía de transición.

96.- Según la European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) una de las siguientes afirmaciones en el tratamiento de la estenosis biliar secundaria a pancreatitis crónica no es cierta:

- a) La elevación asintomática de la fosfatasa alcalina tres veces los límites altos de la normalidad con elevación de la bilirrubina durante 1 mes se acepta como indicación para el drenaje de la vía biliar.
- b) La ictericia se puede resolver espontáneamente en el plazo de 1 mes en el 20-50% de los casos.
- c) Se debe considerar la cirugía cuando hay fracaso del tratamiento endoscópico después de 1 año.
- d) Se recomienda la utilización de prótesis metálicas autoexpandibles no cubiertas.

97.- Un paciente diagnosticado de pancreatitis crónica presenta esteatorrea, en relación con la misma. ¿Cuál de las siguientes aseveraciones no es cierta?

- a) Aparece cuando la secreción de enzimas pancreáticas disminuye al 30%.
- b) La malabsorción grasa precede a la de hidratos de carbono o proteínas.
- c) Se asocia habitualmente con déficit de vitaminas liposolubles.
- d) Aparece en los estadios avanzados de la pancreatitis crónica.

98.-En el tratamiento de la colitis pseudomembranosa por clostridium difficile. ¿Cuál afirmación es FALSA?

- a) No se recomienda el tratamiento de portadores asintomáticos en residencias de ancianos.
- b) Mantener el tratamiento antibiótico previo empeora los resultados y aumenta el riesgo de recidiva.
- c) El tratamiento de elección en los pacientes graves es la Vancomicina.
- d) El tratamiento con Fidaxomicina se asocia a mayor riesgo de recaídas que la Vancomicina.

99.- En un paciente diagnosticado recientemente de Insuficiencia Pancreática Exocrina que acude a nuestra consulta y al que vamos a iniciar tratamiento con enzimas pancreáticas. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?

- a) Se han de utilizar de elección los preparados con micro o minimicroesferas con un tamaño menor de 2mm con recubrimiento entérico.
- b) La toma de los enzimas pancreáticos debe realizarse previa a la ingesta de los alimentos.
- c) La dosis recomendada de lipasa es de 40.000-50.000 Ph U en las comidas principales.
- d) En caso de realizar almuerzo o merienda (snacks) la dosis debe ser la mitad de la indicada en las comidas principales

100.-Ante un paciente diagnosticado de pancreatitis crónica con insuficiencia pancreática exocrina en tratamiento sustitutivo con enzimas pancreáticos en el que queremos evaluar la eficacia del tratamiento ¿cuál de los siguientes test sería el adecuado?

- a) Prueba de estimulación con secretina-ceruleína
- b) Elastasa fecal
- c) Quimotripsina fecal
- d) Test de Triglicéridos-C¹³

101.-Un paciente varón de 70 años recientemente ingresado por una neumonía acude al hospital por un cuadro de múltiples deposiciones diarreas con restos hemáticos, fiebre de 38.5º y deterioro de su estado general. En su analítica destacan: Hemoglobina 9 gr/dl, Hematocrito 25%, leucocitos 18.000/µl con neutrofilia y creatinina de 2.1 mg/dL.Cuál es la actitud más correcta:

- a) Realizar endoscopia alta y baja precoz.
- b) Recoger muestra para toxina de clostridium difficile e iniciar tratamiento con Vancomicina.
- c) Iniciar antibioterapia empírica de amplio espectro.
- d) Realizar TAC torácico.

102.- En una mujer de 65 años, sin antecedentes de patología pancreática previa, se diagnóstica de modo incidental tras la realización de un TAC abdominal una formación quística de 5 cm en cola de páncreas. Se realiza punción de la lesión mediante ecoendoscopia encontrando una viscosidad, niveles de amilasa y CEA todos ellos bajos. Ante cuál de las siguientes lesiones nos encontraremos con más probabilidad:

- a) Neoplasia quística mucinosa.
- b) Pseudoquiste pancreático.
- c) Cistoadenoma seroso.
- d) Neoplasia mucinosa papilar intraductal.

103.- Ante un paciente diagnosticado de una neoplasia mucinosa papilar intraductal. ¿Cuál de los siguientes no es un criterio absoluto de indicación quirúrgica?

- a) Nódulo mural mayor de 5mm.
- b) Citología positiva para displasia de alto grado.
- c) Conducto pancreático principal mayor de 10mm.

d) Tamaño del quiste mayor de 40mm.

104.- En un TAC abdominal se evidencia en el páncreas una imagen quística con el aspecto de masa esponjosa con calcificación central en «puesta de sol». Ante cuál de las siguientes entidades nos encontraremos.

- a) Cistoadenoma seroso.
- b) Neoplasia mucinosa papilar intraductal.
- c) Neoplasia quística mucinosa.
- d) Tumor pseudopapilar sólido.

105.- En relación con el marcador CA 19-9 en el cáncer de páncreas una de las siguientes respuestas es falsa:

- a) Los pacientes con fenotipo de grupo sanguíneo de Lewis negativo Le(a-b-) no lo expresan dando falsos negativos.
- b) Puede dar resultados falsos positivos en ictericias obstructivas con colangitis.
- c) No es adecuado para la detección sistemática del cáncer de páncreas.
- d) No tiene ningún valor en el pronóstico de la enfermedad.

106.-Mujer de 35 años con diagnóstico hace un año de enfermedad celiaca (MARSH 3a) con anticuerpos antitransglutaminasa al diagnóstico de 180 U/mL. Inicia dieta sin gluten y tras mejoría inicial al año presenta de nuevo diarrea y pérdida de peso. La paciente refiere cumplir estrictamente la dieta sin gluten y la determinación de anticuerpos antitransglutaminasa es <10 U/mL. Se realiza de nuevo endoscopia a los 18 meses con el resultado de la biopsia de aumento de linfocitos intraepiteliales, hiperplasia de las criptas y atrofia vellositaria parcial. ¿Qué es lo más probable en este caso?

- a) No realiza correctamente la dieta y se debe insistir en su correcto cumplimiento.
- b) Es compatible con una enfermedad celiaca refractaria.
- c) Estos datos descartan que se trate una enfermedad celiaca dada la escasa respuesta a la dieta.
- d) Se trata de una sensibilidad al gluten no celiaco.

107.- Una de las siguientes afirmaciones es falsa en relación con las mutaciones asociadas a síndromes genéticos con un mayor riesgo de cáncer pancreático:

- a) Los pacientes con cáncer pancreático asociados a pancreatitis hereditaria presentan una mutación del gen PRSS1.
- b) Las personas con síndrome de Peutz-Jeghers familiar con mutaciones del gen STK11 tienen un riesgo de cáncer pancreático aumentado.
- c) Los pacientes con mutaciones del gen BRCA2 constituyen el mayor porcentaje de pacientes con causas conocidas de cáncer de páncreas hereditario.
- d) El melanoma familiar multifocal atípico (MFMA) con mutación del gen TP16 no asocia un mayor riesgo de cáncer de páncreas.

108.-En relación con el tratamiento del cáncer de páncreas una de las siguientes afirmaciones es falsa:

- a) La pancreatoduodenectomía es la técnica de elección quirúrgica en los tumores potencialmente resecables de cabeza de páncreas.
- b) La realización de una CPRE preoperatoria con colocación de una prótesis en el conducto biliar disminuye la morbimortalidad postoperatoria.
- c) Las contraindicaciones relativas de la resección quirúrgica incluyen la extensión a la arteria mesentérica superior
- d) Los pacientes con enfermedad irresecable localmente avanzada sin metástasis se pueden beneficiar de quimiorradioterapia neoadyuvante.

109.- ¿Cuál de los siguientes pólipos se considera lesión colorrectal avanzada?

- a) Pólipo serrado con displasia.
- b) Adenoma tubular de 8 mm.
- c) Adenoma con displasia de bajo grado.
- d) Pólipo hiperplásico en sigma.

110.- En relación con el tratamiento de los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?

- a) Deben evitarse el tratamiento con antidepresivos tricíclicos en los pacientes diagnosticados de SII con predominio de estreñimiento.
- b) La administración de fibra insoluble ha demostrado ser beneficiosa en el Síndrome de Intestino Irritable con estreñimiento.
- c) La administración de rifaximina reducen la sintomatología global y la distensión abdominal en el Síndrome de Intestino Irritable asociado a diarrea.
- d) La linaclotida utilizada en el SII con estreñimiento mejora el estreñimiento y los síntomas asociados.

111.- La enfermedad injerto contra el huésped afecta sobre todo a:

- a) Piel, riñones y páncreas
- b) Piel, hígado e intestino
- c) Intestino, piel y Bazo
- d) Hígado, riñones y páncreas

112.- Cual es la complicación terapéutica más frecuente del trasplante de células hematopoyéticas:

- a) La pancreatitis aguda
- b) La gastroenteritis eosinofílica
- c) La enfermedad venoclusiva hepática
- d) La colangiopatía autoinmune

113.- El Síndrome de Budd- Chiari, señale la afirmación que es incorrecta:

- a) La anticoagulación no debe iniciarse en los pacientes asintomáticos cuando ya están siendo tratados con tratamientos específicos de la enfermedad protrombótica subyacente
- b) La trombofilia hereditaria es un factor etiológico
- c) Es frecuente presentar niveles normales o levemente alterados de aminotransferasas, fosfatasa alcalina y bilirrubina sérica además de hipoalbuminemia
- d) La biopsia hepática es necesaria para su diagnóstico en los casos en que exclusivamente estén trombosadas las pequeñas venas hepáticas

114.- Acerca de la enfermedad de Wilson ¿Qué es cierto?

- a) El tratamiento inicial para pacientes sintomáticos con enfermedad de Wilson no debe incluir un agente quelante (D-penicilamina o trientina). ^[L]_[SEPE]
- b) La trientina se tolera habitualmente peor
- c) El zinc no suele tener un papel como tratamiento de primera línea ni siquiera en pacientes neurológicos. ^[L]_[SEPE]
- d) El tratamiento es permanente y no debe interrumpirse, a menos que se realice un trasplante de hígado.

115.- Señale la opción INCORRECTA sobre los pólipos “postinflamatorios” (pseudopólipos) de la enfermedad inflamatoria intestinal:

- a) Están originados por fenómenos repetidos de inflamación y reparación.
- b) Son lesiones no neoplásicas.
- c) No es necesaria su extirpación si endoscópicamente es concordante con pseudopólipo y no da complicaciones.
- d) No confieren al paciente mayor riesgo de desarrollar cáncer colorrectal.

116.- En una colonoscopia de cribado se reseca un pólipo pediculado con adenocarcinoma que invade la submucosa, pero limitada a la cabeza del pólipo. Señale el tipo de lesión y seguimiento endoscópico necesario:

- a) Haggitt 0. Colonoscopia a los 6 meses.
- b) Haggitt 1. Colonoscopia a los 6 meses.

c) Haggitt 1. Colonoscopia al año.

d) Haggitt 2. Colonoscopia al año.

117.- Ante un paciente con GPT de 855, TP 88%, serologías A, B, C, E negativas, batería de auto anticuerpos negativos, ausencia de historia de toma de fármacos o tóxicos y una ecografía abdominal informada como esteatosis ¿Qué tratamiento le daría?

a) Vitamina E

b) Pioglitazona

c) Ninguno

d) Corticoides

118.- Señale cuál de estos fármacos actúa frente a la subunidad p40 de las interleucinas 12 y 23:

a) Adalimumab.

b) Vedolizumab.

c) Ustekinumab.

d) Tofacitinib.

119.- Señale la opción INCORRECTA con respecto a la dilatación endoscópica de las estenosis en enfermedad de Crohn:

a) Es necesario descartar neoplasia en la zona estenótica mediante la toma de biopsias.

b) Ofrece mejores resultados en las estenosis anastomóticas frente a las primarias.

c) La dilatación de estenosis largas (>5 cm de longitud) presenta un mayor riesgo de complicaciones.

d) Las estenosis asociadas a fístulas son buenas candidatas a dilatación.

120.- Dentro de las recomendaciones dadas en la última actualización de la Guía de preparación para colonoscopia de la European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE), señale la INCORRECTA:

a) La preparación oral fraccionada ("split-dose") es la ideal para la colonoscopia electiva.

b) Se debe comenzar la última dosis de preparación a menos de 5 horas de la colonoscopia programada.

- c) En caso de colonoscopia urgente por hemorragia digestiva baja se recomienda preparación con enemas de limpieza.
- d) Si la preparación es inadecuada (con presencia de restos fecales significativos) debe repetirse en el plazo máximo de un año.

121.- Señale la respuesta INCORRECTA con respecto a la reservoritis en la colitis ulcerosa:

- a) El riesgo de padecerla aumenta progresivamente desde el momento de la intervención.
- b) El sangrado con la deposición es la manifestación más característica.
- c) Se recomienda revisión endoscópica a los 6-12 meses del cierre de la ileostomía para evaluar el reservorio.
- d) Se recomienda tomar biopsias del reservorio, tanto si se observa inflamación macroscópica como si ésta no existe.

122.- Indique la opción INCORRECTA sobre el síndrome de Lynch:

- a) Es la forma más frecuente de carcinoma colorrectal (CCR) hereditario.
- b) En la mayoría de los casos la mutación se encuentra en los genes reparadores MLH1 y MSH2.
- c) Se caracteriza por el desarrollo precoz de CCR, habitualmente antes de los 50 años.
- d) El riesgo de padecer CCR a lo largo de la vida se estima en un 10%.

123.- En los tipos de daño hepático inducido por fármacos ¿Qué tipo no es correcto?

- a) Hepatocelular
- b) Colostásico
- c) Mixto
- d) Fulminante

124.- Uno de las siguientes afirmaciones no es correcta en relación a los tratamientos de elección de la EHGNA para todos los pacientes:

- a) La intervención dietética
- b) Educar en cambios en el estilo de vida: Caminar o correr 150-200 minutos/semana
- c) Pérdida de peso
- d) Fármacos

125.- La prevalencia de EHGNA y EHNA se estima en:

- a) 25% en la población adulta en Europa
- b) En estudios que lo han evaluado únicamente mediante ecografía varía entre el 17 y el

46%

- c) En pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica se ha estimado hasta en el 91% en pacientes con EHGNA y el 37% en los diagnosticados con EHNA
- d) Todas son verdaderas

126.- ¿cuál es el tratamiento de elección de una infección por Giardia lamblia?

- a) Praziquantel
- b) Metronidazol.
- c) Doxiciclina.
- d) Ciprofloxacino.

127.- En el tratamiento anticoagulante de las enfermedades vasculares hepáticas, es falso que

- a) En el síndrome de Budd- Chiari el tratamiento de elección es la heparina de bajo peso molecular (HBPM) a dosis terapéuticas durante 5-7 días, seguido de antagonistas de la Vit. K con la dosis necesaria para mantener la INR entre 2-3
- b) Inicialmente, en la trombosis Portal aguda (TPA) generalmente se empleará la Heparina no fraccionada y posteriormente antagonistas de la Vit. K para mantener una INR entre 2-3
- c) LA HBPM se utiliza con dosis fijas en profilaxis o ajustadas al peso en dosis terapéuticas
- d) No se recomienda el uso de anticoagulantes orales directos en pacientes con cirrosis o trombosis esplácnica dado que no existe evidencia suficiente sobre su eficacia y seguridad

128.- Entre las siguientes recomendaciones establecidas en la guía de práctica clínica del manejo de la EHGNA, una NO es correcta. Señálela:

- a) La acumulación de grasa en forma de triglicéridos no es un desencadenante de la muerte celular ni de la progresión de la enfermedad hepática
- b) La biopsia hepática se recomienda en casos de sospecha de enfermedad avanzada en la población pediátrica como el primer paso en el diagnóstico diferencial o en el contexto de proyectos de investigación o ensayos clínicos
- c) La disbiosis intestinal secundaria a una dieta rica en grasa contribuye a la enfermedad hepática metabólica grasa
- d) Los pacientes con cirrosis por EHNA presentan un riesgo anual de desarrollar un CHC (carcinoma hepatocelular) estimado del 1,5%

129.- La mejor prueba de diagnóstico para confirmar una EHGNA es:

- a) La Biopsia hepática
- b) Ecografía + Elastografía
- c) Métodos no invasivos (pruebas de función hepática: AST, ALT, IMC, triglicéridos, GGT)
- d) Biomarcadores: NAFLD fibrosis score y el FiB-4

130.- Señale la opción INCORRECTA con respecto al síndrome de intestino corto:

- a) Las principales manifestaciones clínicas son la diarrea y la esteatorrea.
- b) La resección extensa de intestino delgado se relaciona con hiposecreción gástrica por disminución en los niveles de gastrina.
- c) La resección yeyunal se relaciona con insuficiencia pancreática exocrina.
- d) La malabsorción de grasas secundaria a una resección ileal extensa se asocia a mayor riesgo de cálculos renales de oxalato cálcico.

131.- De las siguientes afirmaciones en relación a la enfermedad hepática por alcohol, señale la opción correcta.

- a) La desnutrición se asocia comúnmente con la cirrosis y su gravedad
- b) En el tratamiento de la hepatitis alcohólica (AH) se recomienda la suplementación con Vitaminas del grupo B dado el riesgo potencial de encefalopatía de Wernicke
- c) En cuanto a la prevención de hemorragia por varices, se ha sugerido que el uso de betabloqueantes aumenta el riesgo de AKI
- d) Todas son verdaderas

132.- La escala MELD para la enfermedad hepática terminal es una puntuación pronóstica bien validada que utiliza los valores séricos de:

- a) Bilirrubina, Creatinina, INR
- b) Bilirrubina, Urea, INR
- c) Creatinina, bilirrubina, Tº de Protrombina
- d) Bilirrubina, ALT, Creatinina

133.- Señale la opción INCORRECTA sobre los adenocarcinomas de intestino delgado:

- a) La mayoría se localizan en ileon.
- b) Tienen mayor incidencia en síndrome de Lynch o enfermedad de Crohn.
- c) Son los tumores malignos más frecuentes del intestino delgado.
- d) En la mayoría de los casos presentan diseminación metastásica al diagnóstico.

134.- En el diagnóstico de la Colangitis Biliar Primaria (CBP) ¿Qué no se acepta?

- a) En pacientes adultos con colestasis y sin probabilidad de enfermedad sistémica, el diagnóstico de CBP se puede hacer basándose en elevaciones de la fosfatasa alcalina y la presencia de AMA a títulos >1:40
- b) En casos AMA negativos se pueda hacer en pacientes con colestasis con ANA específicos
- c) Se recomienda no hacer biopsia hepática para el diagnóstico de CBP, al menos que los anticuerpos CBP específicos estén ausentes, coexista la sospecha de NASH o hepatitis autoinmune, u otras comorbilidades estén presentes.
- d) La reactividad AMA sola, sin colostasis, no es suficiente para diagnosticar CBP. En esos casos se necesita la biopsia hepática para realizar el diagnóstico.

135.- Un paciente diagnosticado de enfermedad de Crohn presenta una fístula transesfinteriana baja con proctitis asociada. ¿Cuál de los siguientes tratamientos NO aplicaría?:

- a) Antibióticos (ciprofloxacino y metronidazol).
- b) Infliximab.
- c) Colocación de sedal.
- d) Fistulotomía.

136.- Con respecto a la hepatitis autoinmune ¿Qué es falso?

- a) La presencia de niveles elevados de IgG, especialmente en ausencia de cirrosis, es una característica distintiva de la Hepatitis autoinmune. Una IgG selectivamente elevada en ausencia de IgA e IgM es particularmente sugestiva de HAI.
- b) Los anticuerpos circulantes no específicos de órganos están presentes en la gran mayoría de los pacientes con HAI. Se han utilizado perfiles de autoanticuerpos para la subclasificación de Hepatitis autoinmune.
- c) La demostración histológica de hepatitis era un requisito previo para el diagnóstico de Hepatitis autoinmune pero en la actualidad puede sustituirse por la elastografía hepática mucho menos invasiva
- d) La coexistencia de características de Hepatitis autoinmune e hígado colestásico pueden observarse, tanto en el momento del diagnóstico como durante el seguimiento por lo que deben realizarse pruebas de diagnóstico de CBP y CEP en pacientes que muestran características de colestasis

137.- En la cirrosis biliar primaria ¿Qué no es cierto?

- a) En los pacientes no respondedores al ácido Ursodeoxicólico, éste debe suspenderse y cambiarse por ácido Obeticólico
- b) Es muy importante estratificar el riesgo en la enfermedad
- c) Debemos evaluar el estadio la enfermedad al diagnóstico
- d) Es fundamental evaluar la respuesta al tratamiento al año de tratamiento

138.- En pacientes con linfoma MALT es correcto:

- a) La afectación de la submucosa obliga a tratamiento erradicador de Helicobacter Pylori y posterior quimioterapia.
- b) En estadio localmente avanzado el único tratamiento curativo es la cirugía.
- c) Si la determinación de Helicobacter Pylori es negativa no se recomienda tratamiento erradicador.
- d) La radioterapia en estadio T2N0 muestra una tasa de remisión superior al 90%.

139.-Paciente de 54 años con linfoma MALT estadio T1 que presenta en endoscopia de control a los 6 meses persistencia de lesión eritematosa con Anatomía patológica de pequeños focos de linfoma. La determinación de Helicobacter pylori es negativa. ¿Cuál es la actitud a seguir más correcta?

- a) Remitir al paciente para tratamiento con quimioterapia.
- b) Realizar un nuevo ciclo de tratamiento erradicador.
- c) Control endoscópico en 3-6 meses con nuevas biopsias.
- d) Gastrectomía total con linfadenectomía.

140-De las siguientes técnicas cual no ha demostrado utilidad en el estadiaje de un linfoma MALT gástrico

- a) TAC toraco-abdomino-pélvico
- b) Ecoendoscopia.
- c) PET
- d) Aspirado de medula ósea
- e)

141.--En el cáncer de esófago. Es falso que:

- a) El alcohol se relaciona con la aparición del carcinoma epidermoide.
- b) El reflujo gastro-esofágico es la causa del aumento de la incidencia de adenocarcinoma de esófago.
- c) El tabaco se asocia al carcinoma epidermoide pero no al adenocarcinoma.
- d) La infección por Helicobacter Pylori disminuye el riesgo de adenocarcinoma de esófago.

142.-Varón de 65 años con disfagia y pérdida de peso de 2 meses de evolución. Se realiza endoscopia con el resultado de neoplasia estenosante a 25 cm de arcada dental que impide el paso del endoscopio. La anatomía patológica revela que se trata de un carcinoma epidermoide. El TAC toraco-abdominal no revela adenopatías ni extensión a distancia. La USE no puede valorar el estadio T por la estenosis. ¿Cuál de las siguientes opciones terapéuticas en la más correcta a seguir en este caso?

- a) Quimioterapia y radioterapia preoperatoria.
- b) Prótesis esofágica y quimioterapia.
- c) Esofagectomía transhiatal seguida de quimioterapia.
- d) PEG quirúrgica y radioterapia.

143.-paciente varón de 62 años al que se realiza endoscopia por pirosis que presenta lesión de 12 mm en esófago distal con anatomía patológica de adenocarcinoma de esófago. Tras estudio de extensión con ecoendoscopia y TAC toraco-abdominal se concluye que se trata de un T1aN0. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa en este caso?

- a) Se trata de un tumor que alcanza la muscular de la mucosa.
- b) La resección endoscópica mucosa (RME) y la disección endoscópica submucosa (DSE) alcanzan los mismos resultados.
- c) La supervivencia esperada a los 5 años tras resección endoscópica es superior al 90%.
- d) La complicación más frecuente del tratamiento endoscópico es la perforación.

144.-Paciente varón de 40 años sin antecedentes de interés en el que se realiza gastroscopia por pirosis y sensación de distensión abdominal de 5 años de evolución. En ella se observan múltiples imágenes polipoideas en cuerpo distal y antro. De las siguientes cual es la actitud correcta.

- a) Probablemente se traten de pólipos asociados a la toma de IBPs por lo que se debe suspender y tratar con procinéticos.
- b) Se debe investigar y tratar la infección por helicobacter Pylori porque lo más probable es que sean pólipos hiperplásicos.
- c) Solo se debe biopsiar si alguno de ellos mide más de 10 mm.
- d) Si son más de 10 pólipos se debe remitir al paciente para gastrectomía subtotal.

145.-¿Cuál de las siguientes características NO es más propia de la esofagitis eosinofílica con respecto a la ERGE?

- a) Frecuentes episodios de impactación alimentaria.
- b) Más incidencia en el Sexo femenino
- c) Surcos endoscópicos.
- d) Respuesta a dieta de exclusión específica de antígenos alimentarios.

146.-Con respecto al tratamiento de la esofagitis eosinofílica es CIERTO que:

- a) La Fluticasona tópica muestra una eficacia en torno al 50%.
- b) La dieta de exclusión no está indicada mientras no se demuestre alergia alimentaria.
- c) Los IBPs (inhibidores de la bomba de protones) están indicados, aunque no presente reflujo gastro-esofágico.
- d) El infliximab ha mostrado buenos resultados en pacientes refractarios al tratamiento habitual.

147.- ¿cuál de las siguientes alteraciones NO se ha relacionado con la dispepsia?

- a) Alteración en la distensibilidad gástrica.
- b) Retraso en el vaciamiento gástrico.
- c) Hipersensibilidad duodenal al ácido.
- d) Hipermotilidad gástrica por los lípidos.

148.- Indique la respuesta INCORRECTA con respecto a la recurrencia postquirúrgica en la enfermedad de Crohn (tras resección ileal o ileocólica):

- a) En asintomáticos y con niveles normales de calprotectina fecal no es necesaria ileocolonoscopía postquirúrgica.
- b) Para la gradación endoscópica de la recurrencia se emplea el índice de Rutgeerts.
- c) El mayor factor de riesgo es el hábito tabáquico.
- d) Los síntomas suelen aparecer cuando las lesiones endoscópicas son avanzadas.

149.-Paciente de 70 años con dispepsia de largo tiempo de evolución por lo que toma omeprazol desde hace más de 15 años. ¿Cuál de las siguientes posibilidades tiene el paciente más riesgo de desarrollar?

- a) Adenocarcinoma gástrico.
- b) Carcinoma epidermoide de esófago.
- c) Neumonía.
- d) Déficit de ácido fólico.

150.-en relación al diagnóstico de la enfermedad celiaca en cierto que:

- a) La positividad para el HLA DQ2/DQ8 tiene poca validez diagnóstica.
- b) Una determinación de anticuerpos antitransglutaminasa positivos permite evitar la realización de biopsia intestinal en adultos.
- c) La desaparición de la diarrea en un paciente al suprimir el gluten se le puede considerar diagnóstico de enfermedad celiaca.
- d) Se debe realizar dieta sin gluten 15 días antes de la biopsia intestinal.

PREGUNTAS DE RESERVA PARTE ESPECÍFICA

151.- Ante un paciente que inicia tratamiento con Ritubsimab, deberíamos plantear tratamiento preventivo de reactivación del VBH:

- a) Solo en los pacientes con HBsAg POSITIVO
- b) Solo en los pacientes con HBcAc POSITIVO
- c) Tanto en los pacientes HBsAg POSITIVO como en los HBcAc POSITIVO
- d) En ninguno de ellos

152.- La mayor incidencia de tumores carcinoides con repercusión clínica se da en:

- a) Intestino delgado
- b) Recto
- c) Apéndice
- d) Estómago

153. Ante un paciente con disfagia bucofaríngea, ¿qué estudio se aconseja realizar en primer lugar?:

- a) Pruebas de motilidad esofágica.
- b) Estudio de deglución con video.
- c) Endoscopia Digestiva Alta.
- d) Radiografía de cuello y tórax.

154. Ante un paciente que acude al Servicio de Urgencias con la sospecha de ingestión aguda accidental de un cáustico, la primera medida a realizar será:

- a) Endoscopia digestiva alta.
- b) Radiografía simple de tórax y abdomen.
- c) Estudio analítico que incluya hemograma y bioquímica general.
- d) Control de la vía respiratoria y estado hemodinámico.

155. De acuerdo con la Clasificación de la Esofagitis de Los Ángeles, el Grado C se corresponde con:

- a) Una o más lesiones de la mucosa, con confluencia y afectación menor del 75% de la circunferencia del esófago.
- b) Una o más lesiones de la mucosa, igual o menor de 5 mm de longitud, sin confluencia.
- c) Una o más lesiones de la mucosa, con confluencia y afectación de más del 75% de la circunferencia esofágica.
- d) Una o más lesiones de la mucosa, mayor de 5 mm de longitud, sin confluencia.

156.-Con respecto a los pólipos gástricos es falso que:

- a) Los pólipos inflamatorios no tienen potencial de malignización pero recidivan con frecuencia tras resección endoscópica.
- b) Los pólipos de glándulas fúndicas se producen con frecuencia tras la toma crónica de IBPs.
- c) La erradicación de *Helicobacter Pylori* produce regresión de los pólipos hiperplásicos.
- d) Los pólipos adenomatosos suelen ser únicos y erosionados.

157.-Acerca de la enfermedad de injerto contra huésped intestinal ¿Qué es falso?

- a) Puede cursar con ictericia
- b) Puede cursar con diarrea
- c) Las biopsias intestinales pueden confirmar el diagnóstico
- d) La clínica digestiva de este proceso es muy específica

158.- En relación con la extracción endoscópica de cuerpos extraños, una de las siguientes recomendaciones es falsa según la Guía Clínica de la European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE):

- a) Se recomienda endoscopia urgente, dentro de las primeras 24 horas, para cuerpos extraños esofágicos sin obstrucción completa.
- b) ESGE no recomienda el estudio con bario.

- c) Se recomienda la evaluación radiológica para pacientes con impactación de bolo alimenticio sin presencia de hueso y sin complicaciones.
- d) Se recomienda endoscopia no urgente (dentro de las 72 horas) para cuerpos extraños romos de tamaño mediano localizados en el estómago.

159.- La paracentesis evacuadora en paciente con Cirrosis Hepática y descompensación hidrópica puede realizarse:

- a) Sólo si hay fracaso a tratamiento con diuréticos
- b) Sólo si la ascitis es a tensión
- c) En cualquier circunstancia en que no esté contraindicada
- d) Solo si el paciente presenta datos concomitantes de encefalopatía hepática

160.- En una hepatitis aguda, de los síntomas abajo indicados ¿Cuál de ellos aconsejaría el ingreso del/la paciente?

- a) Ascitis
- b) Datos de encefalopatía
- c) Síntomas de hipoglucemia
- d) Todos los anteriores

161.- Señale la respuesta INCORRECTA con respecto al uso de azatioprina en la enfermedad inflamatoria intestinal:

- a) Se ha relacionado con tumores de piel no melanocíticos, de tracto urinario y linfomas.
- b) La determinación previa de la actividad de la tiopurina metiltransferasa (TPMT) no es imprescindible, pero permite mayor seguridad inicial.
- c) En caso de pacientes HBsAg positivos con carga viral VHB indetectable se recomienda seguimiento estrecho sin necesidad de tratamiento antiviral.
- d) Se recomienda evitar su uso en pacientes con serología negativa para virus Epstein Barr (VEB

162.- En relación con el diagnóstico de las neoplasias quísticas mucinosas de páncreas una de las siguientes aseveraciones es falsa

- a) Presentan estroma de tipo ovárico en su interior.
- b) Presentan niveles elevados de amilasa en su interior.
- c) Se localizan en cuerpo y cola del páncreas en el 95% de los casos.
- d) Son más frecuentes en mujeres.

PREGUNTAS DE RESERVA PARTE GENERAL

163.-Según lo previsto en el artículo 17 de la ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información sanitaria, la gestión de la historia clínica por los centros con pacientes hospitalizados, se realizará a través de:

- a) El servicio de Personal
- b) La Dirección de Gestión y Asuntos Generales
- c) La Dirección Médica
- d) La unidad de admisión y documentación clínica.

164.- Según el artículo 10.1 de la ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información sanitaria, dentro de la información que el facultativo debe proporcionar al paciente, antes de recabar el consentimiento escrito, no se encuentra:

- a) Las contraindicaciones
- b) Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente
- c) La posibilidad de dictar instrucciones previas.
- d) los riesgos probables en condiciones normales directamente relacionados con el tipo de intervención

165.- Conforme al capítulo III, artículo 15 de la Ley 31/1995 de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales El empresario aplicará las medidas que integren el deber general de prevención con arreglo a los siguientes principios generales, señale la respuesta correcta:

- a) Adoptar medidas que protejan la salud individual de los trabajadores.
- b) Combatir los riesgos en su origen
- c) El empresario desarrollará acciones puntuales en materia de prevención
- d) No se podrán concertar operaciones de seguro