

CONVOCATORIA CONCURSO-OPOSICIÓN Facultativo Especialista de Área de Aparato Digestivo

(Resolución 2639E /2022, de 9 de noviembre, del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea)

PRUEBA: CUESTIONARIO PREGUNTAS

24 de junio de 2023

**NO PASE A LA HOJA SIGUIENTE
MIENTRAS NO SE LE INDIQUE QUE PUEDE COMENZAR**

PARTE TEÓRICO-PRACTICA: Esta parte del cuestionario corresponde a la parte teórico-práctica de la prueba. Se compone de 82 preguntas tipo test, más 8 de reserva, con 4 alternativas de respuesta para cada pregunta de la que solo 1 será válida, que deberá contestar en la primera hoja de respuestas.

- 1) ¿Qué parámetros incluye la escala de Rockall?
 - a) Edad, frecuencia cardíaca, hemoglobina, comorbilidad, diagnóstico, estigmas endoscópicos de hemorragia reciente
 - b) Edad, frecuencia cardíaca, presión arterial sistólica, comorbilidad, diagnóstico, estigmas endoscópicos de hemorragia reciente
 - c) Edad, hemoglobina, urea, presión arterial sistólica, comorbilidad, diagnóstico, estigmas endoscópicos de hemorragia reciente
 - d) Edad, presión arterial media, comorbilidad, forma de presentación, estigmas endoscópicos de hemorragia reciente

- 2) Si en una gastroscopia observamos en esófago distal a nivel inmediatamente supracardial 3 erosiones longitudinales de más de 5 mm que no se extienden entre dos pliegues, haremos el diagnóstico de:
 - a) Esofagitis péptica grado A de la Clasificación de Los Ángeles.
 - b) Esofagitis péptica grado B de la Clasificación de Los Ángeles.
 - c) Esofagitis péptica grado C de la Clasificación de Los Ángeles.
 - d) Esofagitis péptica grado D de la Clasificación de Los Ángeles

- 3) Según la guía de la ESGE (*European Society of Gastrointestinal Endoscopy*) de 2021 sobre endoscopia en pacientes bajo tratamiento antiagregante o anticoagulante, ¿cuál de los siguientes procedimientos **NO** se considera de alto riesgo de sangrado?
 - a) Colocación de prótesis esofágica, enteral, colónica o biliar
 - b) Ablación esofágica por radiofrecuencia
 - c) Dilatación de estenosis
 - d) Polipectomía

- 4) Según la guía de la ASGE (*American Society for Gastrointestinal Endoscopy*) de 2023 sobre el manejo de las estenosis biliares post trasplante hepático es **FALSO** que:
 - a) Ante su sospecha se recomienda como test diagnóstico la colangio-RMN
 - b) Como tratamiento inicial se recomienda el drenaje percutáneo si el acceso endoscópico a la vía biliar es difícil
 - c) En las estenosis biliares extrahepáticas se recomienda el uso de prótesis metálicas autoexpandibles cubiertas en lugar de varias prótesis plásticas
 - d) Si se realiza CPRE electiva y se prevé que lograr el drenaje biliar completo es poco probable se recomienda la administración de antibioterapia periprocedimiento, que debe mantenerse durante los siguientes 5 días

- 5) Según la guía de la ASGE de 2021 respecto al papel de la endoscopia en el manejo de la obstrucción gastroduodenal benigna y maligna es **FALSO** que:
- a) La enteritis eosinofílica es una posible causa de la obstrucción al vaciamiento gástrico.
 - b) En la obstrucción al vaciamiento gástrico maligna incurable que va a manejarse de forma paliativa puede optarse tanto por el tratamiento endoscópico como por el quirúrgico.
 - c) En la obstrucción al vaciamiento gástrico maligna incurable que va a manejarse mediante la colocación de un stent metálico autoexpandible se prefiere el uso de stents no cubiertos.
 - d) En pacientes con obstrucción al vaciamiento gástrico benigna no existe suficiente evidencia para recomendar el tratamiento endoscópico antes que el tratamiento quirúrgico.
- 6) Según la guía de la ASGE de 2020 sobre el papel de la endoscopia en el manejo de la pseudo-obstrucción colónica aguda y el vólvulo de colon es **FALSO** que:
- a) El vólvulo de colon constituye la causa benigna más frecuente de obstrucción mecánica del intestino grueso
 - b) El vólvulo de ciego es más frecuente en hombres
 - c) En ausencia de signos sugestivos de perforación la devolvulación endoscópica es el tratamiento de elección en el vólvulo de sigma, mientras que el tratamiento quirúrgico es preferible en el vólvulo de ciego
 - d) La devolvulación endoscópica del vólvulo de sigma tiene una tasa de éxito variable entre el 55% y el 94%
- 7) Según la guía ESGE de 2021 sobre la toma de muestras mediante endoscopia en el tracto gastrointestinal alto y el tracto hepatobiliopancreático, es **CIERTO** que:
- a) Deben tomarse múltiples biopsias de las lesiones esofágicas o gástricas que son potencialmente resecables endoscópicamente para confirmar el diagnóstico
 - b) Se recomienda tomar al menos 10 biopsias ante la sospecha de cáncer esofágico o gástrico avanzado
 - c) Ante la sospecha de esofagitis eosinofílica se recomienda tomar biopsias del esófago proximal y del esófago distal
 - d) Ante la sospecha de esofagitis candidiásica es necesario tomar biopsias siempre para confirmar el diagnóstico
- 8) Con respecto a los test diagnósticos en gastroparesia, uno de ellos **NO** está recomendado en la práctica clínica habitual:
- a) Gammagrafía de vaciamiento gástrico.
 - b) Test del aliento C13.
 - c) Gastroscoopia.
 - d) Electrogastrografía.

9) Según la guía ESGE de 2021 sobre el manejo de adenomas duodenales no ampulares; señala la respuesta **FALSA**:

- a) La ESGE recomienda que se considere la resección endoscópica de todos los adenomas duodenales, ya que la progresión a carcinoma invasivo es muy probable
- b) La ESGE recomienda la realización de una colonoscopia, si aún no se ha realizado, en casos de adenoma duodenal
- c) La ESGE no recomienda el uso de técnicas que minimicen los eventos adversos, como sangrado o perforación inmediatos o tardíos, ya que estos eventos son muy raros en caso de resección mucosa o disección submucosa endoscópica de este tipo de lesiones
- d) La ESGE recomienda la resección endoscópica de la mucosa (EMR) como la técnica de resección endoscópica de primera línea para los adenomas duodenales grandes no ampulares no malignos

10) Según la guía ASGE de 2022 sobre efectos adversos de la gastroscopia es **FALSO** que:

- a) La edad ≥ 65 años es factor de riesgo de sangrado secundario a una gastroscopia diagnóstica
- b) El riesgo de perforación en relación con la extracción de un cuerpo extraño o un bolo alimentario impactado es de en torno al 5%
- c) La hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la obesidad son factores de riesgo para presentar eventos adversos cardiopulmonares periprocedimiento en pacientes sometidos a gastroscopia diagnóstica
- d) La fiebre es un efecto adverso frecuente del tratamiento de las varices gástricas con inyección de cianoacrilato, ocurriendo en aproximadamente el 35% de los pacientes

11) ¿Cuál de las siguientes opciones es **VERDADERA** respecto a los criterios diagnósticos de dispepsia funcional (Roma IV)?

- a) Siempre deben estar presentes todos los siguientes síntomas: plenitud o hinchazón postprandial, saciedad precoz, dolor epigástrico y ardor epigástrico
- b) Los síntomas nunca deben ser lo suficientemente molestos como para afectar a las actividades habituales
- c) Se precisa excluir anomalías orgánicas, sistemáticas o metabólicas que puedan justificar la sintomatología y ser detectadas en una evaluación rutinaria, para ese fin es obligada la realización de una endoscopia digestiva alta.
- d) Haber comenzado al menos 12 meses antes del diagnóstico y estar presentes durante los últimos 6 meses

12) ¿Cuál de las siguientes opciones es la **CORRECTA** respecto al tratamiento farmacológico de la Dispepsia Funcional?

- a) Los IBP solo tienen beneficio en dosis altas
- b) Es importante no retirar de forma precoz (<6 meses) el tratamiento antidepressivo, si ha sido eficaz y no ha producido efectos secundarios importantes, ya que puede producir recidivas tempranas
- c) El tratamiento siempre se debe prescribir en función del síndrome predominante (síndrome de distress postprandial, síndrome de dolor epigástrico)
- d) El efecto beneficioso de Amitriptilina siempre se hace presente al día siguiente de haberse iniciado

13) En cuanto al diagnóstico de la pseudoobstrucción intestinal crónica (CIPO), señale la respuesta **CORRECTA**:

- a) Es altamente recomendable obtener una biopsia transmural de intestino delgado
- b) Se realiza exclusivamente mediante la biopsia transmural
- c) Es obligatorio realizar una manometría intestinal
- d) La radiología simple no tiene ningún papel

14) En la evaluación de una pHmetría de 24 horas que realizamos sin tratamiento como estudio de Enfermedad por Reflujo gastroesofágico, ¿qué paciente se encontraría en la “zona no concluyente” según en consenso de Lyon?

- a) Número de episodios de reflujo: 36, tiempo de exposición al ácido: 8,2%.
- b) Número de episodios de reflujo: 44, tiempo de exposición al ácido: 5,2%.
- c) Número de episodios de reflujo: 136, tiempo de exposición al ácido: 6,4%.
- d) Número de episodios de reflujo: 22, tiempo de exposición al ácido: 3,5%.

15) ¿Cuál de los descritos **NO** es un fármaco habitualmente considerado de primera línea para el tratamiento del Síndrome de Intestino Irritable?

- a) Cleboprida/simeticona
- b) Aceite de menta.
- c) Espasmolíticos.
- d) Loperamida.

16) En cuanto a la disinergia defecatoria, señale la respuesta **CORRECTA**:

- a) Una manometría ano-rectal compatible es suficiente para su diagnóstico.
- b) El tratamiento principal es el biofeedback.
- c) La dieta baja en FODMAPs alivia habitualmente los síntomas.
- d) Los síntomas dependen fundamentalmente de la consistencia de las heces.

17) Respecto a los tumores malignos de esófago, señale la opción **FALSA**:

- a) el carcinoma escamoso es el más frecuente a nivel mundial
- b) la Sociedad Europea de Endoscopia Digestiva (ESGE) no recomienda colocar una prótesis metálica autoexpandible para el tratamiento de la disfagia como tratamiento puente al tratamiento quirúrgico
- c) los tumores que más frecuentemente metastatizan en esófago son el cáncer de mama y el melanoma maligno
- d) el carcinoma verrucoso es de crecimiento muy agresivo y de mal pronóstico aun en ausencia de metástasis al diagnóstico

18) Siguiendo las recomendaciones del Documento de posicionamiento de la AEG, la SEED y la SEAP sobre calidad de la endoscopia digestiva alta para la detección y vigilancia de las lesiones precursoras de cáncer gástrico y sobre el cribado de cáncer gástrico en poblaciones de baja incidencia, señale la opción **CORRECTA**:

- a) el tiempo mínimo de una endoscopia digestiva alta para detección de lesiones precursoras de cáncer gástrico debería ser de al menos 10 minutos, dedicando 7 de ellos para la exploración de la cavidad gástrica
- b) En lesiones visibles susceptibles de resección endoscópica no se recomienda tomar biopsias para confirmar el origen neoplásico de la lesión para evitar la fibrosis
- c) En el caso de diagnóstico de metaplasia intestinal incompleta extensa (OLGIM III-IV) se recomienda realizar una endoscopia digestiva alta de control en el plazo de 3 años
- d) b y c son correctas

19) Basándonos en las indicaciones absolutas y expandidas de tratamiento endoscópico del cáncer gástrico precoz mediante disección submucosa endoscópica se podrían tratar mediante esta técnica las siguientes lesiones, **EXCEPTO**:

- a) Adenocarcinoma bien diferenciado, no ulcerado, sin invasión linfática, de 45 mm
- b) Adenocarcinoma indiferenciado, no ulcerado, sin invasión linfática, de 15 mm
- c) Adenocarcinoma bien diferenciado, ulcerado, sin invasión linfática, de 15 mm
- d) Adenocarcinoma indiferenciado, ulcerado, sin invasión linfática, de 15 mm

20) Respecto a los GIST, señale la opción **FALSA**:

- a) Producen metástasis ganglionares con frecuencia
- b) Son más frecuentes en estómago que en esófago
- c) En intestino delgado afectan con más frecuencia al duodeno que a yeyuno
- d) La mayoría expresan CD117

21) En relación con los linfomas gastrointestinales señale la opción **FALSA**:

- a) El tracto gastrointestinal es el órgano más frecuente afectado en los linfomas no Hodgkin extranodales.
- b) La mayoría de los linfomas gastrointestinales son de células B
- c) En los linfomas del intestino delgado la zona más frecuentemente afectada es el duodeno
- d) La enfermedad inmunoproliferativa del intestino delgado, también conocida como linfoma mediterráneo, se ha asociado al a infección por *Campylobacter jejuni*

22) Respecto a las neoplasias neuroendocrinas gastrointestinales, señale la opción **INCORRECTA**:

- a) Son infrecuentes en esófago, pero muy agresivas
- b) La ESGE recomienda la resección de todas las neoplasias neuroendocrinas gástricas tipo 1 independientemente del tamaño, dado el riesgo elevado de malignización
- c) Cuando afectan al estómago, las más frecuentes son las neoplasias neuroendocrinas gástricas tipo 1 y representan el 70-80% de todas las neoplasias neuroendocrinas gástricas
- d) Las neoplasias neuroendocrinas gástricas tipo 3 se consideran esporádicas

23) En relación al cáncer colorrectal (CCR) y la colocación de prótesis metálica autoexpandible siguiendo las recomendaciones de la ESGE, señale la respuesta

INCORRECTA:

- a) En pacientes con CCR que condiciona una estenosis franqueable de la luz colónica y que no presentan clínica de obstrucción clínica ni radiológica, se puede plantear colocar una prótesis metálica autoexpandible de colon como medida profiláctica
- b) Se recomienda un intervalo aproximado de 2 semanas hasta la cirugía cuando se coloca una prótesis metálica autoexpandible como puente a una cirugía electiva en paciente con CCR izquierdo con intención curativa
- c) No se aconseja de rutina la administración de antibioterapia profiláctica para la colocación de prótesis metálica autoexpandible de colon
- d) No se recomienda la colocación de prótesis metálica autoexpandible de colon en pacientes que se encuentren en tratamiento con terapias antiangiogénicas como el bevacizumab

24) Respecto a la composición de la microbiota de los pacientes con cáncer colorrectal (CCR), se ha visto mayor prevalencia de:

- a) *Fusobacterium nucleatum*
- b) *Faecalibacterium prausnitzii*
- c) *Roseburia hominis*
- d) Firmicutes

25) La Clasificación de Chicago IV divide a los trastornos motores del esófago en dos grandes grupos: los trastornos de la unión esófago-gástrica y los trastornos de la peristalsis esofágica. En una manometría de alta resolución, cuál es el primer parámetro en el que debemos fijarnos para saber si estamos en uno de los grupos o en el otro:

- a) La presión de relajación integrada (IRP)
- b) La integral contráctil distal (DCI)
- c) La latencia de la onda peristáltica (DL)
- d) El punto de deceleración contráctil (CDP)

26) Para diagnosticar una esofagitis eosinofílica es necesario:

- a) Demostrar presencia de infiltrado inflamatorio con predominio de eosinófilos (≥ 15 eosinófilos/cga) en las biopsias del esófago únicamente
- b) Demostrar presencia de infiltrado inflamatorio con predominio de eosinófilos (≥ 15 eosinófilos/cga) en las biopsias del esófago y además tener un cuadro clínico compatible
- c) Demostrar presencia de infiltrado inflamatorio con predominio de eosinófilos (≥ 15 eosinófilos/cga) en las biopsias del esófago, tener alteración endoscópica sugestiva y además tener un cuadro clínico compatible
- d) Demostrar presencia de infiltrado inflamatorio con predominio de eosinófilos (≥ 15 eosinófilos/cga) en las biopsias del esófago, tener un cuadro clínico compatible y haber descartado otras causas de infiltrado eosinofílico

27) En un paciente con una gastritis atrófica autoinmune con déficit de vitamina B12 secundario, ¿qué esperarías encontrar?:

- a) Niveles altos de homocisteína y ácido metilmalónico
- b) Niveles altos de homocisteína y bajos de ácido metilmalónico
- c) Niveles bajos de homocisteína y altos de ácido metilmalónico
- d) Niveles bajos de ambas sustancias

- 28) En relación a la distensión abdominal, señale la respuesta **CORRECTA**:
- a) La distensión abdominal y la hinchazón abdominal son lo mismo
 - b) La distensión abdominal es la manifestación objetiva del aumento del perímetro abdominal
 - c) Una de las principales causas de hinchazón abdominal es la disinergia abdóminofrénica
 - d) La clasificación Roma IV excluye la hinchazón abdominal del grupo de trastornos motores
- 29) La causa más frecuente de sobrecrecimiento bacteriano es:
- a) Trastornos de la motilidad intestinal
 - b) Alteraciones anatómicas de tracto gastrointestinal
 - c) Estados hipersecretores gástricos
 - d) Pancreatitis crónica
- 30) Tenemos un paciente con sospecha de hemorragia digestiva media al que solicitamos una cápsula de intestino delgado. Según las últimas recomendaciones de la ESGE (European Society of Gastrointestinal Endoscopy), cuál es el momento más rentable para realizarla:
- a) Primeras 24h
 - b) Primeras 48h
 - c) Primeros 7 días
 - d) Primeros 14 días
- 31) En relación al Rhemitt score, señale la respuesta **FALSA**:
- a) Predice el riesgo de resangrado en pacientes con hemorragia digestiva media después de una cápsula de intestino delgado
 - b) A más puntuación, mayor riesgo
 - c) La localización de las lesiones es el sub-score con más peso
 - d) Uno de los parámetros que considera es el tabaquismo
- 32)Cuál es la causa más frecuente de ileitis:
- a) La enfermedad de Crohn
 - b) La infección por Yersinia enterocolitica
 - c) La infección por Campylobacter jejuni
 - d) El uso crónico de AINES
- 33) En un paciente con sospecha de enfermedad celíaca al que se solicita gastroscopia, ¿qué segmentos debemos biopsiar?:
- a) Sólo duodeno
 - b) Duodeno y bulbo
 - c) Duodeno, bulbo y antro
 - d) Duodeno, bulbo, antro y cuerpo
- 34) ¿Cuándo se considera que una diarrea aguda es moderada-grave?. Señale la respuesta **CORRECTA**:
- a) Afecta a una persona de >65 años
 - b) Dura más de 5-7 días
 - c) Asocia Tº > 37.8
 - d) Se presenta de forma recurrente

35) Señale la respuesta FALSA en relación a la calprotectina fecal:

- a) Es liberada en fases muy precoces del proceso inflamatorio y su concentración en las heces es directamente proporcional a la presencia de neutrófilos en la luz intestinal
- b) Una vez recogida la muestra, puede permanecer a temperatura ambiente hasta 3 días; a partir de ese momento los niveles tienden a disminuir
- c) Tiene un elevado valor predictivo negativo, por lo que en una persona joven con síntomas digestivos y calprotectina <100 parece razonable no indicar estudios invasivos
- d) En pacientes antiagregados con derivados de AAS se aconseja retirada de dicha medicación durante los 5-7 días previos

36) Se estima que el 30% de los pacientes que se someten a una colonoscopia de cribado poblacional van a ser diagnosticados de diverticulosis colónica. Señale la afirmación **FALSA** en dicha patología:

- a) El escenario más frecuente es el de la diverticulosis asintomática
- b) La probabilidad de complicación aumenta progresivamente con los sucesivos episodios de diverticulitis aguda
- c) La clasificación de Hinchey permite estadificar la gravedad de la diverticulitis aguda
- d) En pacientes con hemorragia diverticular, realizar la colonoscopia en las primeras 24h tras el inicio del sangrado no incrementa la detección de estigmas de sangrado

37)Cuál de las siguientes afirmaciones es **FALSA** en pacientes con colitis microscópica:

- a) En la colitis colágena el hallazgo histológico típico es la banda de colágeno subepitelial > 10micras
- b) Ambas son más frecuentes en mujeres, siendo la relación mujer/hombre mayor en la colitis linfocítica
- c) El tratamiento de elección para pacientes con enfermedad activa es la budesonida
- d) El 70% de los pacientes tienen urgencia deposicional

38) En relación a la infección por *Clostridioides difficile*, señale la respuesta **FALSA**:

- a) Consideramos que un paciente responde al tratamiento cuando mejora durante el mismo, su ritmo intestinal se normaliza, y esta situación se mantiene al menos 7 días después de finalizado el tratamiento
- b) La endoscopia habitualmente no es necesaria, ya que el diagnóstico se basa en la combinación de datos clínicos y documentación microbiológica
- c) El ZAR score predice la severidad del cuadro
- d) El trasplante fecal se indica a partir de la 2ª recurrencia

39) La severidad de una colitis isquémica se establece en función de la presencia de factores de riesgo.Cuál de los siguientes **NO** se considera factor de riesgo:

- a) Mujer
- b) Dolor abdominal sin rectorragia
- c) Leucocitosis > 150000
- d) LDH >350

- 40)El cáncer colorrectal (CCR) es el tumor digestivo más frecuente en Navarra. Considerando todos los tumores, qué lugar ocupa el CCR desde el punto de vista de la incidencia:
- a) Primero en hombres y segundo en mujeres (detrás de la mama)
 - b) Primero en mujeres y segundo en hombres (detrás de la próstata)
 - c) Segundo en hombres y mujeres
 - d) Primero en hombres y tercero en mujeres (detrás de mama y útero)
- 41)En un paciente con poliposis gastrointestinal no adenomatosa, diarrea crónica, hipoproteinemia, malnutrición y alteraciones cutáneas y ungueales, deberemos sospechar:
- a) Sdr de Cronkhite-Canada
 - b) Sdr de Bannayan-Ruvalcaba-Riley
 - c) Sdr de Cowden
 - d) Sdr Peutz-Jeghers
- 42)Acude a la consulta un paciente diagnosticado de enfermedad de Crohn ileocólica y perianal compleja que, estando en remisión luminal con infliximab a dosis de 5 mg/kg/8 semanas, presenta actividad fistulizante persistente, sin datos de sepsis perianal, y con niveles de infliximab de 8.5 µg/mL, ¿cuál de las siguientes estrategias **NO** llevaría a cabo en un primer momento?
- a) Cambiar inmediatamente la diana terapéutica, sustituyendo el infliximab por ustekinumab
 - b) Realizar un estudio de imagen pélvico y/o una exploración bajo anestesia para caracterizar anatómicamente la enfermedad perianal y asegurar el drenaje de colecciones persistentes
 - c) Puede añadirse al tratamiento biológico un ciclo de antibiótico sistémico
 - d) Intensificar el tratamiento a 10 mg/kg/8 semanas
- 43)De los siguientes hechos que se producen a lo largo de la historia natural de una EII, ¿cuál es el más tardío?:
- a) Disbiosis
 - b) Elevación calprotectina fecal
 - c) Alteración de la permeabilidad intestinal
 - d) Respuesta inmune alterada
- 44)Señale la respuesta **FALSA** con respecto a la terapia mediante electroincisión sobre las estenosis en la EII
- a) Sirve para estenosis cortas, de no más de 2cm
 - b) Se recomienda la disposición de clips sobre el lecho de la electroincisión para evitar complicaciones e incluso la recidiva de la estenosis. En ese caso se habla de estricturoplastia
 - c) La principal complicación en las series publicadas es la perforación
 - d) La estricturotomía puede hacerse en sentido radial o circunferencial
- 45)Cuál de las siguientes bacterias o grupos de bacterias se han relacionado con la enfermedad de Crohn:
- a) Faecalibacterium prausnitzii
 - b) Streptococcus dentisani
 - c) Fusobacterium nucleatum
 - d) Bacteroidetes

46) Respecto a la prevención de infecciones en la enfermedad inflamatoria intestinal es **CIERTO** que:

- a) El despistaje de tuberculosis debe hacerse basalmente y no es necesario repetirlo a lo largo de la evolución del paciente
- b) La obesidad y la edad avanzada son factores predictivos de un mayor riesgo de presentar infecciones oportunistas
- c) La respuesta a la vacuna para el VHB en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal es muy alta, independientemente del tratamiento
- d) Los pacientes con infección previa por el VHB con HBsAg negativo y Ac-HB core positivo requieren tratamiento profiláctico antiviral

47) En el manejo de la paciente gestante con enfermedad inflamatoria intestinal, es **CIERTO** que:

- a) El uso de corticoides durante el embarazo se asocia a un mayor riesgo de bajo peso al nacer y parto pretérmino
- b) Pueden detectarse niveles de infliximab plasmáticos en el recién nacido hasta 24 meses después del nacimiento
- c) Los anti-TNF atraviesan la placenta durante el tercer trimestre del embarazo por lo que deben suspenderse para evitar infecciones en el recién nacido
- d) No existe experiencia del uso de ustekinumab durante la gestación por lo que su uso está contraindicado

48) En cuál de los siguientes casos, está autorizada por el Ministerio de Sanidad, la vacunación frente al herpes zóster (Shingrix):

- a) En todos los pacientes con diagnóstico de EII
- b) En pacientes con EII en tratamiento con fármacos biológicos
- c) En todos los pacientes con EII en tratamiento con fármacos inhibidores de la JAK-kinasa
- d) En pacientes con EII en tratamiento con fármacos inhibidores de la JAK-kinasa mayores de 18 años

49) En un varón con EII que manifiesta su deseo de tener hijos, cuál de los siguientes fármacos se debería suspender:

- a) Metotrexate
- b) Filgotinib
- c) Azatioprina
- d) Todos los anteriores

50) En relación a la ecografía intestinal en el manejo de la enfermedad de Crohn (EC), señale la respuesta **CORRECTA**:

- a) El signo ecográfico característico de la EC es el engrosamiento de la pared intestinal
- b) En el estudio de extensión de la EC, la rentabilidad de la RMN y la cápsula de intestino delgado, son claramente superiores a la ecografía intestinal
- c) Un grosor de pared superior a 4mm indica presencia de estenosis
- d) La escala de Limberg permite clasificar las fístulas entéricas asociadas a la EC

- 51) En relación al síndrome compartimental abdominal, señale la respuesta **INCORRECTA**:
- a) La TC abdominal es la prueba diagnóstica por excelencia
 - b) Se define como una presión intrabdominal > 20mmHg
 - c) En pacientes graves suele relacionarse con aporte excesivo de líquidos endovenosos
 - d) Asocia reducción del flujo a nivel mesentérico
- 52) Según las últimas recomendaciones publicadas por la AASLD 2020 (American Association Study Liver Diseases) en cuanto a la estratificación del riesgo de sangrado de procedimientos en pacientes con cirrosis, ¿cuál se considera de bajo riesgo?
- a) Paracentesis
 - b) Polipectomía endoscópica
 - c) Biopsia hepática
 - d) PAAF (punción aspiración con aguja fina) guiada por ecoendoscopia
- 53) Varón de 45 años diagnosticado de hemocromatosis, homocigoto C282Y, el objetivo del tratamiento con flebotomías en la fase de mantenimiento sería:
- a) Disminuir la saturación de transferrina por debajo del 45%
 - b) Conseguir cifras de hierro sérico por debajo de 100 µg/dL
 - c) Mantener la hemoglobina entre 12-13 g/dL
 - d) Conseguir cifras de ferritina sérica entre 50-100 µg/L
- 54) ¿Qué variables son necesarias para el cálculo del MELD?:
- a) Creatinina, albúmina y bilirrubina
 - b) Creatinina, INR y bilirrubina
 - c) Bilirrubina, albúmina y edad
 - d) Bilirrubina, INR y albúmina
- 55) ¿Cuál de los siguientes fármacos NO están asociados con esteatosis macrovesicular?
- a) Amiodarona
 - b) Alopurinol
 - c) Metrotexato
 - d) Corticoide
- 56) En relación a la enfermedad hepática metabólica grasa (EHMG) señale la respuesta **FALSA**:
- a) Los pacientes con EHMG pueden desarrollar hepatocarcinoma sobre hígado no cirrótico
 - b) Se estima que la prevalencia de EHMG en adultos es del 25-30% en la población general
 - c) ≥ 15% de los hepatocitos muestran esteatosis microvesicular
 - d) Las enfermedades cardiovasculares y las neoplasias extrahepáticas son la causa de mortalidad más frecuente en pacientes sin fibrosis avanzada

57) Mujer de 56 años con cirrosis hepática que ingresa por ascitis grado 2 sin encefalopatía. Analíticamente presenta creatinina 1,9 mg/dL (Cr basal una semana antes 1,1 mg/dL), bilirrubina 3,1 mg/dL, actividad de protrombina 55%, albúmina 3,2 g/dL y sodio 131 mmol/L. El líquido ascítico muestra un recuento de neutrófilos de 200/mm³ y proteínas totales de 1,4 g/dL. Ante esta situación señale la opción que considere **FALSA**:

- a) Iniciar tratamiento con albúmina 1g/kg durante 2 días
- b) Dieta con un contenido en sodio <40 mmol/día
- c) Retirada de fármacos nefrotóxicos
- d) Iniciar tratamiento con norfloxacin 400mg/día

58) ¿Qué score NO se utiliza para evaluar la respuesta bioquímica al tratamiento con ácido ursodeoxicólico en la colangitis biliar primaria?:

- a) Barcelona
- b) Paris I
- c) Toronto
- d) Chicago

59) De las siguientes afirmaciones según la guía EASL 2022 (European Association for the Study of the Liver) sobre el manejo de la colangitis esclerosante primaria, ¿qué factor se considera de mal pronóstico?:

- a) Sexo femenino
- b) Enfermedad de ducto pequeño
- c) Ictericia
- d) Edad más joven al diagnóstico

60) Respecto al diagnóstico del hepatocarcinoma, señale la opción **FALSA**:

- a) Presenta una vascularización predominantemente arterial
- b) A medida que avanza el proceso de hepatocarcinogénesis, disminuyen los radicales portales
- c) En técnicas de imagen se manifiestan por una mayor intensidad de señal en la fase portal
- d) La probabilidad de que un nódulo de nueva aparición mayor de 10mm en un hígado cirrótico sea un hepatocarcinoma es elevada

61) ¿Cuál de las siguientes anomalías **NO** suele producirse en la hemostasia de los pacientes cirróticos?

- a) Trombopenia
- b) Disminución de la síntesis de Factor V
- c) Disminución de los niveles del Factor von Willebrand
- d) Disminución de los niveles de la proteína C y proteína S

62) La fase de infección crónica del virus hepatitis B con antígeno e (HBeAg) positivo, antes denominada “inmunotolerante”, presenta todas las siguientes características, **EXCEPTO**:

- a) Niveles muy elevados de ADN-VHB (< 10 millones UI/mL)
- b) Valores muy elevados de ALT
- c) Niveles de antígeno de superficie (HBsAg) muy elevados
- d) Actividad necroinflamatoria leve en la biopsia

63) Mujer de 32 años gestante de 27 semanas que presenta infección crónica por VHB con viremia de 250.000 UI/ml y transaminasas normales. ¿Cuál de las siguientes recomendaciones sería **FALSA**?:

- a) Iniciar tratamiento antiviral con tenofovir
- b) La lactancia materna estaría contraindicada
- c) Inmunoprofilaxis combinada con vacuna y gammaglobulina específica en el recién nacido
- d) El interferón pegilado estaría contraindicado

64) ¿Qué variable **NO** se asocia a una mayor predisposición a presentar un daño hepático idiosincrásico inducido por fármacos?

- a) Obesidad
- b) Embarazo
- c) Diabetes mellitus
- d) Hipertensión arterial

65) Respecto a la enfermedad de Wilson, señale la **CORRECTA**:

- a) La D-penicilamina se tolera mejor que la trientina
- b) Es autosómica dominante
- c) Presentan mutación en el gen ATP7 localizado en el cromosoma 8
- d) El Zinc bloquea la absorción intestinal de cobre

66) Mujer de 62 años con antecedente de melanoma en tratamiento con nivolumab. A los dos meses del inicio del tratamiento acude a Urgencias por malestar general y astenia. Se realiza analítica que muestra bilirrubina 2,4 mg/dL (VN 0,2-1,2), AST 136 U/L (VN 5-34), ALT 220 U/L (VN 5-55), FA 600 U/L (VN 40-150) y GGT 144 U/L (VN 9-36). Se realiza analítica con batería hepática completa y estudio radiológico mediante ecografía y TAC con resultados completamente normales. Ante la sospecha de hepatitis inmunomediada, señale la **INCORRECTA**:

- a) Sería compatible hepatotoxicidad grado 2
- b) Se recomienda la realización de biopsia hepática
- c) Se recomienda iniciar prednisona 0,5-1mg/kg/día
- d) La mayoría cursan de forma asintomática

67) En la estimación del grado de fibrosis hepática mediante índices serológicos, se encuentra el APRI y el FIB-4. ¿Cuál de los siguientes parámetros que se enumera continuación no está incluido en ellos?:

- a) ALT
- b) AST
- c) GGT
- d) Plaquetas

68) Uno de estos fármacos **NO** es útil para el síndrome de abstinencia:

- a) Clometiazol
- b) Clorazepato dipotásico
- c) Disulfiram
- d) Diazepam

69) Según la clasificación de Todani, la dilatación de la porción intraduodenal del conducto colédoco o coledococoele correspondería a un quiste tipo:

- a) II
- b) Ia
- c) Ib
- d) III

70) En relación con la litiasis biliar señale la respuesta **CORRECTA**:

- a) Los cálculos biliares más frecuentes son los pigmentarios negros y marrones
- b) La litiasis biliar coledociana asintomática no requiere tratamiento
- c) Es una patología frecuente con una prevalencia en torno al 20%, presentado alrededor del 20% de los pacientes síntomas a lo largo de su vida
- d) La colelitiasis asintomática nunca requiere de intervención quirúrgica

71) Según la guía de la ESGE 2019 (*European Society of Gastrointestinal Endoscopy*) señale la respuesta FALSA en relación con el manejo endoscópico de los cálculos en el conducto biliar común:

- a) Con la presencia de bilirrubina > 4mg/dL y dilatación de la vía biliar extrahepática se recomienda CPRE directa por alta sospecha de coledocolitiasis
- b) No recomienda tratamiento profiláctico de rutina con antibióticos previo a la extracción de coledocolitiasis mediante CPRE
- c) Recomienda realización de CPRE dentro de las 48-72 horas en una colangitis aguda moderada según la clasificación de Tokio 2018
- d) Recomienda la esfinterotomía limitada combinada con dilatación papilar endoscópica con balón grande como abordaje de 1ª línea para cálculos difíciles del colédoco

72) Varón de 85 años ingresado hace 12 horas por pancreatitis aguda biliar. El paciente está consciente y orientado. Tensión arterial: 120/70mmHg; Frecuencia cardíaca 100 lpm. Eupneico y afebril. En la exploración presenta dolor epigástrico a la palpación sin peritonismo. En los análisis presenta 18.000 leucocitos/mm³ (normal: 4000-11000/mm³) y Proteína C Reactiva de 100 mg/dL (normal: 0-10) y BUN de 20mg/dl. En la radiografía de tórax del ingreso presenta derrame pleural izquierdo. ¿Cuántos puntos presenta el paciente según la clasificación BISAP?:

- a) 4
- b) 3
- c) 2
- d) 1

73) Basándonos en la clasificación de Atlanta revisada-2012, ¿Cuál de estos parámetros define mejor una pancreatitis aguda grave?

- a) Hematocrito superior al 44%
- b) Fallo orgánico persistente
- c) Necrosis de más del 50% de la glándula
- d) Colecciones múltiples en torno al páncreas

74)Respecto a la pancreatitis crónica, señale la respuesta **FALSA**:

- a) La causa más frecuente es la tóxica (tabaco, alcohol), siendo el dolor un síntoma habitual
- b) En cuanto a las pruebas de imagen diagnósticas; la TC es la más sensible y la USE la más específica
- c) Respecto al tratamiento invasivo del dolor, el bloqueo del plexo celiaco por USE es poco eficaz a largo plazo.
- d) La utilidad del tratamiento con enzimas pancreáticas para el dolor de pancreatitis es controvertida

75)Varón de 58 años que acude a urgencias por dolor agudo y constante en hipocondrio derecho, con náuseas, vómitos y fiebre de 38º. A la exploración presente ictericia e hipersensibilidad a la palpación en hipocondrio derecho. Se solicita una ecografía abdominal observando colelitiasis múltiple y dilatación de vía intrahepática sin poder valorar colédoco ni región pancreática por interposición de gas. Se completa con un TC observando litiasis en conducto cístico de 15 mm, dilatación de conducto hepático común y vía biliar intrahepática, estando el colédoco distal normal. ¿Cuál de los siguientes es el diagnóstico **MÁS** probable?

- a) Colangiocarcinoma tipo Klatskin
- b) Quiste de colédoco
- c) Síndrome de Mirizzi
- d) Colangiocarcinoma proximal

76)Señale la **INCORRECTA** respecto a la clasificación de Stapfer:

- a) Se trata de una clasificación de tipos de perforaciones relacionadas con CPRE
- b) Las tipo I son causadas por perforación de la pared duodenal
- c) Las tipo IV se definen por presentar únicamente aire retroperitoneal
- d) Las tipo II son las más infrecuentes, y se asocian con perforación del conducto pancreático

77)Señale la respuesta FALSA en cuanto a la pancreatitis por hipertrigliceridemia

- a) En general ocurre en pacientes con un trastorno subyacente del metabolismo de las lipoproteínas y en presencia de una afección secundaria, como diabetes no controlada, abuso de alcohol o uso de medicamentos
- b) Para que se produzca una pancreatitis por hipertrigliceridemia se requieren habitualmente niveles mayores de 1000 mg/dL
- c) A nivel analítico es frecuente encontrar una pseudohiponatremia
- d) Dentro de las hiperlipoproteinemias primarias las tipo II y III son las más relacionadas con pancreatitis

78)Señale la **FALSA** en relación con la colecistitis aguda:

- a) En más del 90% de los casos se produce por una obstrucción mantenida del conducto cístico por un cálculo
- b) La colecistitis enfisematosa es un tipo inusual de colecistitis aguda más frecuente en varones ancianos diabéticos que presenta menor riesgo de perforación
- c) La colecistitis aguda se asocia a coledocolitiasis entorno a un 7-15% de los casos
- d) La prueba de primera elección para el diagnóstico de colecistitis aguda es la ecografía abdominal

79) Señale la respuesta **INCORRECTA** sobre la pancreatitis autoinmune:

- a) La tasa de recaídas tras la suspensión del tratamiento con corticoides es significativamente mayor en la tipo I respecto a la tipo II
- b) Clínicamente suele manifestarse en forma de ictericia obstructiva por masa pancreática
- c) La pancreatitis autoinmune tipo I rara vez presenta flebitis obliterativa
- d) La pancreatitis autoinmune tipo II se asocia con más frecuencia a la enfermedad inflamatoria intestinal

80) La triada de Rigler aparece en:

- a) Vólvulo de ciego
- b) Vólvulo gástrico
- c) Ileo biliar
- d) Coledococoele

81) Señale la respuesta **FALSA** sobre el Insulinoma:

- a) Es el tumor neuroendocrino funcionante más común del páncreas
- b) La mayoría son solitarios y malignos
- c) En relación con la presentación clínica debemos de pensar en la triada de Whipple
- d) Se originan en las células Beta de los islotes pancreáticos

82) Los siguientes síndromes hereditarios presentan riesgo elevado de adenocarcinoma de páncreas **EXCEPTO**:

- a) Síndrome de Lynch
- b) Síndrome de Fregoli
- c) Síndrome de Peutz-Jeghers
- d) Síndrome familiar Atípico mola/melanoma múltiple

PREGUNTAS DE RESERVA – Parte teórico-práctica

- 1) Nos enfrentamos a la lectura crítica de un Metaanálisis de artículos de nuestra especialidad. Señala la respuesta falsa
 - a) Un metaanálisis es una revisión sistemática que combina los resultados de estudios independientes y los analiza utilizando un método cuantitativo
 - b) Como herramienta de síntesis, el metaanálisis debe resumir toda la información disponible de una manera no sesgada y rigurosa, siguiendo un proceso sistemático, explícito y transparente
 - c) El objetivo final de los metaanálisis no es establecer una recomendación, sino ofrecer un análisis del estado actual del conocimiento, tanto de los estudios a favor como en contra
 - d) Los resultados de un metaanálisis se organizan a través de un gráfico llamado diagrama de barras o “Bar Chart”
- 2) En un paciente con sobrecrecimiento intestinal metanogénico, ¿qué tratamiento estaría indicado?:
 - a) Metronidazol
 - b) Rifaximina
 - c) Rifaximina asociada a probióticos
 - d) Rifaximina asociada a neomicina
- 3) Señale la respuesta **CORRECTA** respecto al tratamiento endoscópico de la pancreatitis crónica:
 - a) En la actualidad en la mayoría de los casos se aboga por un tratamiento quirúrgico de forma precoz
 - b) El tratamiento de las estenosis pancreáticas con dilatación endoscópica es muy eficaz
 - c) En las pancreatolitiasis sintomáticas en la cabeza de páncreas el tratamiento de primera elección es la pancreatoscopia con litotricia.
 - d) Ante una masa inflamatoria en la cabeza pancreática las intervenciones endoscópicas no suelen ser efectivas para el tratamiento del dolor
- 4) Varón de 55 años diagnosticado de tumoración papilar mucinosa intraductal de rama secundaria en la cabeza del páncreas. Según las guías europeas del 2018 (The European Study Group on Cystic Tumours of the Pancreas). ¿Cuál de los siguientes hallazgos sería una indicación absoluta de resección quirúrgica?
 - a) Nódulo mural hipercaptante mayor de 5mm
 - b) Ducto pancreático 5-9mm
 - c) CEA > 192 ng/ml en el líquido del tumor
 - d) Citología con displasia de bajo grado
- 5) En un paciente con cirrosis que ingresa por un primer episodio de encefalopatía hepática grado III, ¿cuál de las siguientes actitudes **NO** se consideraría apropiada?
 - a) Identificar y tratar factores precipitantes (infección, estreñimiento, deshidratación...)
 - b) Embolización de shunt portosistémico pequeño
 - c) Laxante osmótico
 - d) Rifaximina

- 6) Cuál de los siguientes fármacos ha demostrado recientemente superioridad frente a placebo en el tratamiento de la reservoritis:
- a) Adalimumab
 - b) Ustekinumab
 - c) Upadacitinib
 - d) Vedolizumab
- 7) Señala la respuesta **INCORRECTA** sobre la elastasa fecal:
- a) La elastasa es una proteasa sintetizada en los acinos pancreáticos
 - b) Durante su paso intestinal se une a sales biliares y no es degradada, siendo estable a cambios de temperatura y Ph
 - c) Es una enzima utilizada para valorar la función pancreática en el contexto de la pancreatitis crónica
 - d) Los niveles de elastasa del paciente se modifican con el tratamiento sustitutivo de enzimas pancreáticas
- 8) Respecto al manejo de la necrosis pancreática infectada según la guía ESGE 2018 (European Society of Gastrointestinal Endoscopy) señale la respuesta **CORRECTA**:
- a) El tratamiento con quinolonas no está indicado
 - b) Si se realiza drenaje percutáneo, se sugiere retirarlo cuando el débito es claro y <50 ml/día sin evidencia de fístula páncreato-cutánea
 - c) El tratamiento endoscópico es de elección al realizarse en una única sesión
 - d) El abordaje quirúrgico precoz en pacientes seleccionados acorta la estancia hospitalaria

CASOS CLÍNICOS PRÁCTICOS: Esta parte del cuestionario corresponde a la parte de casos clínicos prácticos. Se compone de 3 casos prácticos con 6 preguntas tipo test por cada caso, más 1 de reserva por cada uno de ellos, que deberá contestar en la hoja de respuestas que ha señalado como “CASOS CLÍNICOS”

CASO CLÍNICO número 1:

Estás de guardia y te avisan desde Urgencias donde están valorando a una mujer de 67 años que ha acudido por presentar, en las últimas 3 horas, 2 deposiciones de características melénicas. Son las 22:45h.

En la analítica presenta: Hemoglobina 7.8 g/dL, urea 69 y Creatinina 0.9mg/dL. El resto de parámetros están dentro de la normalidad.

Rehistoriada la paciente refiere ingesta de ibuprofeno en los 3 días previos por un dolor en un molar. No tiene antecedentes médicos de interés salvo una dislipemia bien controlada con estatinas y es alérgica a las quinolonas. Fuma unos 15 cigarrillos cada día.

En la exploración física la TA es de 118/65 mmHg y la FC de 86 lpm. La paciente está eupneica y algo pálida. La auscultación cardio-pulmonar es normal y en la exploración abdominal refiere molestias a la palpación profunda en región epigástrica

- 1) Si seguimos las recomendaciones de la ESGE (European Society of Gastrointestinal Endoscopy), cuándo le deberíamos realizar la gastroscopia. Señale la respuesta **CORRECTA**:

- a) Emergente (antes de 6h)
- b) Urgente (antes de 12h)
- c) Precoz (antes de 24h)
- d) Demorada (>24 horas)

- 2) En la gastroscopia se objetiva una úlcera duodenal de 15mm con un fondo hemático oscuro y no hay restos hemáticos intraluminales. En relación a la forma de presentación de la úlcera péptica, señale la respuesta **INCORRECTA**:

- a) Las causas más frecuentes son la infección por *Helicobacter pylori* y la ingesta de AINES
- b) Hasta el 70% de las úlceras pépticas son asintomáticas
- c) La complicación más frecuente de la úlcera péptica es la hemorragia
- d) La perforación es la menos frecuente de las 3 complicaciones clásicas (hemorragia, estenosis, perforación)

- 3) En el transcurso de la gastroscopia a la paciente se le tomó una muestra para Test de ureasa con resultado negativo. A la vista de este hallazgo, señale la respuesta **CORRECTA**:

- a) Como ha tomado AINES, asumimos que ésta es la causa de la úlcera y, en el futuro, sólo deberemos aconsejar que no tome AINES o que asocie gastroprotección en caso de ser imprescindibles
- b) Como tiene una hemorragia, el test de ureasa puede ser un falso negativo y habrá que confirmar el resultado con un test del aliento
- c) Como tiene una hemorragia, el test de ureasa puede ser un falso negativo y habrá que realizar nueva gastroscopia para confirmar la cicatrización de la úlcera y tomar nuevas muestras
- d) Como tiene más de 65 años, y ha sido una úlcera complicada, deberá hacer gastroprotección indefinida por lo que la presencia de *Helicobacter* es irrelevante

- 4) Si la paciente hubiera sido *Helicobacter pylori* positivo, y teniendo en cuenta los datos de la última Conferencia de consenso, señale la respuesta **CORRECTA**:
- a) Se recomienda un tratamiento que sea capaz de curar la infección en un porcentaje próximo al 90%
 - b) Se recomienda asociar probióticos al tratamiento erradicador
 - c) La duración adecuada del tratamiento ha de ser 7 días
 - d) OLAB-14 sería el tratamiento de elección de segunda línea
- 5) Si nuestra paciente hubiera sido *Helicobacter pylori* positivo, cuánto tiempo aconsejarías mantener el tratamiento con inhibidores de la bomba de protones:
- a) Indefinido ya que tiene > 65 años
 - b) 8 semanas
 - c) El tiempo que dure el tratamiento erradicador
 - d) Hasta confirmación de la erradicación
- 6) Tres meses después del episodio de sangrado, la paciente es valorada en urgencias por un cuadro neurológico que finalmente se interpreta como AIT, aconsejándose en el informe de alta, iniciar tratamiento antiagregante con AAS 100mg y dejar de fumar. En relación al riesgo de presentar una úlcera secundaria a la ingesta de AINES; señala cuál es el factor de riesgo más importante:
- a) La edad
 - b) La asociación de AINES con anticoagulantes
 - c) El antecedente ulceroso
 - d) El sexo

CASO CLÍNICO número 2:

Una mañana en la sala de endoscopias en la agenda de cribado de cáncer colorrectal (CCR):

- 7) Requisitos a cumplir en el programa de cribado de CCR. Señala la **VERDADERA**
- a) Una demora de 3 meses en la realización de las colonoscopias de cribado se considera adecuado
 - b) Se recomienda que los endoscopistas que realizan las endoscopias de cribado cumplan unos criterios de calidad, como tener una adecuada tasa de detección de adenomas
 - c) En Navarra los pacientes pueden elegir por test de sangre oculta en heces o por colonoscopia directa
 - d) Los vídeo-colonoscopios que no tienen alta definición de imagen son aptos para este tipo de endoscopia.
- 8) Realizando una de las colonoscopias encontramos un pólipo en el pliegue distal a la válvula íleocecal, de unos 15 mm. Señala la respuesta **FALSA**:
- a) Nuestro informe debería describir la morfología básica del pólipo, utilizando la Clasificación de París o al menos nombrando si es plano, sénil o polipoides.
 - b) Se debería realizar una correcta inspección del pólipo, incluyendo aspectos básicos del patrón de superficie que nos permitan conocer si el pólipo tiene un carácter o no invasivo
 - c) Los pólipos de colon derecho, de este tamaño, aunque tengan aspecto benigno, deben ser enviados para resección por los endoscopistas más expertos de la unidad.
 - d) Los endoscopistas del programa de cribado deben de estar capacitados para extirpar este tipo de pólipos, si no están localizados en zonas de excesiva complejidad
- 9) En otra colonoscopia de cribado nos encontramos un pólipo plano granular homogéneo de 4 cm en el colon derecho que se decide derivar para resección posterior. Señala la respuesta **VERDADERA**
- a) El informe describe que el pólipo se encontraba a 90cm del ano. Incluir en este informe la distancia en cm a la cual hemos encontrado el pólipo es muy útil, ya que será de gran ayuda para el endoscopista que realice la resección
 - b) La morfología del pólipo indica alto poder de invasión submucosa e implica técnicas de resección en bloque como la disección endoscópica submucosa
 - c) Como el endoscopista que realiza la exploración se considera competente en realizar la resección, decide realizar una resección bajo el agua, ya que la probabilidad de resecar esta lesión en bloque con esta técnica se acerca al 95%.
 - d) El endoscopista considera adecuado indicar una resección fragmentada que se podría haber realizado en la primera colonoscopia o de forma diferida según la experiencia del mismo.

- 10) Según las clasificaciones morfológicas de los pólipos: la clasificación de París y sobre todo la clasificación LST (laterally spreading tumors). Señala la **VERDADERA**
- a) Se sabe que los pólipos con nódulos menores de 1cm y de tamaño similar, se llaman granulares mixtos
 - b) Los pólipos planos elevados tienen un porcentaje estimado de invasividad menor del 5%
 - c) Los pólipos no granulares se dividen en planos elevados y en pseudodeprimidos
 - d) Los pólipos pseudodeprimidos tienen un porcentaje de invasividad del 10%
- 11) En la siguiente colonoscopia nos encontramos un pólipo plano de 5 cm situado en el colon transverso. Describe la actitud **CORRECTA**
- a) Cogemos múltiples biopsias del pólipo, ya que tiene un patrón NICE II que nos indica invasividad
 - b) Realizamos un tatuaje proximal y distal ya que tiene un patrón JNET IIa y probablemente necesite cirugía
 - c) Presenta una zona central con patrón JNET IIb e indicamos una resección diferida en bloque
 - d) Tiene un claro patrón JNET III, lo que es clara indicación de disección endoscópica submucosa
- 12) En la última colonoscopia de la mañana, vemos un pólipo de recto medio de unos 6 cm con un gran nódulo central de aproximadamente de 3 cm, señale la respuesta **CORRECTA**:
- a) Siempre hay que hacer RMN y TC en este tipo de pólipos independientemente de su patrón óptico mucoso y de su morfología
 - b) En el nódulo central podría existir un “covert cancer” o cáncer oculto, en un porcentaje significativo
 - c) El patrón mucoso es de benignidad, lo que indica que puede realizar resección fragmentada e inclusión de todos los fragmentos en un solo bote de anatomía patológica.
 - d) El patrón mucoso es un NICE I, lo que indica que con alta probabilidad se trate de un adenoma

CASO CLÍNICO número 3:

Varón de 65 años con antecedente de cirrosis hepática por VHC genotipo 3 (nunca tratado), sin otras comorbilidades, que ingresa por hematemesis. Se realiza gastroscopia visualizándose varices esofágicas grandes, una de ellas con sangrado activo y dos de ellas con extensión a curvatura menor gástrica. El paciente no presenta ascitis ni fiebre y desde el punto de vista hemodinámico tiene TA 100/60 mmHg, FC 75lpm, SatO2 94% FiO2 21%.

Analítica: Hemoglobina 8,5 g/dL, plaquetas 78 x 10⁹/L, actividad de protrombina 52%. Creatinina 0,98 mg/dL, Sodio 129 mmol/L, bilirrubina total 3,1 mg/dL, albúmina 32 g/L. AST 125 U/L, ALT 101 U/L.

Serologías: IgM e IgG VHA negativo, HBsAg negativo, anti-HBs positivo, HBcAc total positivo, VIH negativo.

Ecografía abdominal: Hígado con contornos nodulares y aumento de la ecogenicidad hepática con aspecto granular, sugestivo de hepatopatía crónica. No se objetivan lesiones focales. Vena porta de calibre normal con flujo hepatópeto. Esplenomegalia homogénea de 17,5 cm. Circulación colateral en espacio esplenorrenal. No líquido libre intraabdominal

- 13) En cuanto al manejo inicial del paciente, ¿cuál de las siguientes recomendaciones sería INCORRECTA?
- a) Inicio de fármacos vasoactivos (somatostatina/terlipresina)
 - b) Profilaxis antibiótica con cefotaxima 1mg/8h
 - c) Reposición de la volemia con cristaloides (o coloides) en caso de inestabilidad hemodinámica
 - d) El paciente sería candidato a TIPS preventivo
- 14) NO se considera una contraindicación para la colocación de un TIPS (transjugular intrahepatic portosystemic shunt):
- a) Presión arterial pulmonar media 50 mmHg
 - b) Insuficiencia tricuspídea grave
 - c) Infección sistémica activa o sepsis
 - d) Insuficiencia renal estadio 2
- 15) Teniendo en cuenta el seguimiento ambulatorio de este paciente, una vez dado de alta del ingreso inicial. ¿Cuál de las siguientes recomendaciones respecto a la prevención secundaria de la hemorragia varicosa es CORRECTA?
- a) Ligadura endoscópica con bandas y bisoprolol
 - b) Ligadura endoscópica con bandas y carvedilol
 - c) Inyección de cianoacrilato y bisoprolol
 - d) Inyección de cianoacrilato y carvedilol

- 16) A los dos meses del ingreso es valorado en consulta encontrándose el paciente asintomático, sin ascitis, edemas ni encefalopatía. En la analítica de control presenta: bilirrubina 1,2 mg/dL, albúmina 4,1 g/dL e INR 1,2, RNA-VHC 2600000 UI/ml. ¿Qué opción de tratamiento sería la más adecuada para la infección crónica por VHC?
- a) Sofosbuvir+velpatasvir+ribavirina 24 semanas
 - b) Sofosbuvir+velpatasvir 12 semanas
 - c) Glecaprevir+pibrentasvir 16 semanas
 - d) Grazoprevir+elbasvir 16 semanas
- 17) En la ecografía de screening semestral se objetiva trombosis reciente que ocupa el 60% de la vena porta principal. Según las últimas recomendaciones de la AASLD (American Association Study Liver Diseases 2020), señale la FALSA:
- a) Realizar prueba de imagen con contraste
 - b) Iniciar anticoagulación
 - c) Realizar estudio exhaustivo de trombofilia
 - d) La aparición de isquemia intestinal es menos frecuente que en los pacientes que no presentan cirrosis
- 18) A los dos años de seguimiento se confirma en un TAC hepático dinámico 3 lesiones hepáticas de 2cm cada una, compatibles con hepatocarcinoma. No se visualiza trombosis portal ni afectación extrahepática. El paciente tiene buen estado clínico (Performance Status 0) con función hepática conservada Child-Pugh A. ¿Qué tratamiento indicaría?
- a) Quimiembolización transarterial
 - b) Sorafenib
 - c) Trasplante hepático
 - d) Atezolizumab + bevacizumab

PREGUNTAS DE RESERVA – Casos Clínicos

- 1) **Pregunta de reserva Caso Clínico número 1:**Cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA en relación a la prevención de las úlceras por AINEs:
 - a) Misoprostol reduce el riesgo de úlcera asociada a AINEs, independientemente de la dosis
 - b) Más del 30% de los pacientes que toman misoprostol lo suspenden por efectos secundarios
 - c) La prevención de las complicaciones ulcerosas sólo se consigue dosis más altas de misoprostol
 - d) Los antiH2 a dosis estándar son eficaces en la prevención de las úlceras secundaria a AINES

- 2) **Pregunta de reserva Caso Clínico número 2:** Transcurridos 15 días recibimos el informe histológico de uno de los pólipos resecados, con resultado de adenocarcinoma. ¿Cuál de los siguientes es un criterio de mal pronóstico histológico?
 - a) Ausencia de budding (nidos tumorales)
 - b) Infiltración submucosa mayor de 2000 μ (2 mm)
 - c) Ausencia de invasión linfática o vascular
 - d) Pólipo pediculado con invasión Haggitt 2

- 3) **Pregunta de reserva Caso Clínico número 3:** A las 72 horas de la gastroscopia inicial el paciente presenta nuevo episodio de hematemesis atribuible a sangrado variceal. Analíticamente destaca hemoglobina de 7,5g/dL, plaquetas 50 x 10⁹/L, INR 2, actividad de protrombina 33%, fibrinógeno 200mg/dL, creatinina 1 mg/dL, bilirrubina total 2,8 mg/dL, ¿cuál de las siguientes actuaciones sería INCORRECTA?:
 - a) Segundo intento de hemostasia endoscópica
 - b) Trásfusión de 1 gramo de fibrinógeno
 - c) Sería candidato a un TIPS de rescate
 - d) El resangrado variceal tras un tratamiento endoscópico inicial puede ocurrir en el 10 -20% de los pacientes