CONVOCATORIA
CONCURSO-OPOSICIÓN
F.E.A. EN APARATO DIGESTIVO

(Resolución 1920E/2025, de 9 de octubre, del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea)

PRUEBA TEÓRICO-PRÁCTICA:
CUESTIONARIO DE PREGUNTAS

04 de febrero de 2026

NO PASE A LA HOJA SIGUIENTE

MIENTRAS NO SE LE INDIQUE QUE PUEDE COMENZAR

PREGUNTAS - Prueba teórico-práctica

1. Respecto a la nutrición en un paciente diagnosticado de pancreatitis aguda (PA) grave, es FALSO que:

a) La presencia de una PIA (Presión IntraAbdominal) > 10 mmHg contraindica la nutrición enteral y se recomienda la nutrición parenteral.
b) La nutrición parenteral se asocia con atrofia intestinal y sobrecrecimiento bacteriano.
c) La nutrición enteral (NE) reduce la insuficiencia orgánica, el riesgo de necrosis pancreática infectada, la estancia hospitalaria y la mortalidad.
d) Se recomienda comenzar con la dieta oral en las primeras 72 horas del comienzo de la PA, si el paciente la tolera. Si no, comenzar nutrición enteral mejor que con nutrición parenteral.

2. Ante una necrosis pancreática infectada por *Pseudomonas aeruginosa,* ¿cuál de las siguientes pautas antibióticas es la más recomendable?

a) Ceftriaxona 2 gr + Metronidazol 1500 mg cada 24 horas IV.
b) Linezolid 600 mg/ 12 horas IV.
c) Piperacilina tazobactam 4 gr cada 6 horas.
d) Tigeciclina dosis de carga inicial 100 mg y luego 50 mg cada 12 horas IV.

3. Ante una necrosis pancreática infectada por *Enterococcus faecium* NO se recomienda utilizar el siguiente tratamiento antibiótico:

a) Daptomicina a dosis de 10 mg/Kg de peso IV cada 24 horas.
b) Linezolid 600 mg/ 12 horas IV.
c) Tigeciclina dosis de carga inicial 100 mg y luego 50 mg cada 12 horas IV.
d) Piperacilina tazobactam 4 gr cada 6 horas.

4. Respecto a la pancreatitis aguda postCPRE (PAPC), es FALSO que:

a) Puede ser más frecuente en personas jóvenes con sospecha de disfunción del esfínter de Oddi.
b) El mecanismo de acción de tratamiento con indometacina rectal es a través de la inhibición sistémica de citoquinas proinflamatorias.
c) Se recomienda administrar al menos 1 litro de solución de Ringer lactato a los pacientes sometidos a CPRE durante el período perioperatorio, además de AINE rectales para prevenir la PAPC.
d) Un intento fallido de colocación de una prótesis plástica pancreática puede aumentar el riesgo de PAPC.

5. Respecto a los dos tipos de clasificación de la pancreatitis aguda más utilizadas, es CIERTO que:

a) La clasificación de Atlanta modificada no discrimina la necrosis infectada con fallo orgánico como una categoría especial.
b) La clasificación por determinantes clasifica las pancreatitis agudas en tres categorías según la presencia de determinantes principales (gravedad de respuesta sistémica y características de la necrosis).
c) La clasificación de Atlanta modificada, a diferencia de la clasificación por determinantes, presenta una categoría críticamente grave.
d) La clasificación por determinantes clasifica la pancreatitis aguda según la gravedad, la presencia de complicaciones locales y complicaciones sistémicas.

6. La pancreatitis crónica puede ser causada por mutaciones en alguno de los siguientes genes, EXCEPTO en el gen:

a) CFTR
b) SPINK1
c) PSSR1
d) CTRC

7. ¿Cuál de las siguientes entidades NO se suele asociar a la fibrosis quística?

a) Sobrecrecimiento bacteriano (SIBO).
b) Intususcepción.
c) Cirrosis hepática.
d) Colecistitis aguda alitiásica.

8. Respecto a la Insuficiencia Pancreática Exocrina (IPE), según las recomendaciones de la UEG (*United European Gastroenterology*) 2024, es FALSO que:

a) El diagnóstico de IPE debe basarse en una evaluación combinada de los síntomas, el estado nutricional y la función pancreática en un contexto clínico adecuado.
b) El diagnóstico de IPE en pacientes con pancreatitis crónica requiere de la realización de una prueba de función pancreática (por ejemplo: Elastasa fecal).
c) La IPE se presenta en aproximadamente el 70 % de los pacientes con cáncer de páncreas.
d) Si los síntomas de IPE persisten a pesar de una terapia sustitutiva con enzimas pancreáticos adecuada, puede ser necesario restringir la ingesta de fibra dietética, especialmente en pacientes con una dieta rica en fibra.

9. Ante un paciente con colecistitis aguda que precisa un drenaje vesicular endoscópico, se recomendará el drenaje transpapilar en las siguientes situaciones, EXCEPTO cuando:

a) El paciente se ha desestimado definitivamente como candidato a colecistectomía.
b) El paciente requiera la realización de una CPRE por otros motivos.
c) El paciente presenta ascitis grado III.
d) El paciente presenta coagulopatía.

10. Respecto al drenaje vesicular transmural guiado por ecoendoscopia, es FALSO que:

a) Está indicado en pacientes con alto riesgo quirúrgico y colecistitis aguda.
b) Permite el drenaje interno y retirada de la colecistostomía percutánea en pacientes que no son candidatos a colecistectomía.
c) Puede ser útil en pacientes con estenosis maligna del colédoco distal en quienes fracasa el drenaje transpapilar.
d) Presenta peores tasas de complicaciones que el drenaje transpapilar mediante CPRE, pero su realización es más sencilla.

11. Según las recomendaciones publicadas en 2019 por la Sociedad Americana de Endoscopia Digestiva (ASGE), ¿cuál de las siguientes situaciones se considera como criterio de alto riesgo de coledocolitiasis?:

a) Imagen de colelitiasis en la ecografía abdominal con dilatación del colédoco > 6 mm.
b) Bilirrubina total > 4 mg/dL.
c) Colecistitis aguda litiásica y dilatación del colédoco > 6 mm.
d) Bilirrubina total > 4 mg/dL y dilatación del colédoco > 6 mm en paciente con vesícula biliar.

12. Según las recomendaciones publicadas en 2019 por la *European Society of Gastrointestinal Endoscopy* (ESGE), ante un paciente con colelitiasis sintomática y presencia sincrónica de datos de alto riesgo de coledocolitiasis se recomienda:

a) Realizar una CPRE terapéutica y programar la colecistectomía laparoscópica a los 3 meses para dar tiempo a la resolución de posibles complicaciones.
b) Colecistectomía laparoscópica dentro de las dos semanas siguientes de la CPRE terapéutica.
c) No requiere colecistectomía, basta con realizar una CPRE terapéutica.
d) Colecistectomía laparoscópica con colangiografía intraoperatoria y colocación de tubo de Kehr.

13. Respecto a la patogenia del adenocarcinoma ductal de páncreas (PDAC), es FALSO que:

a) La neoplasia mucinosa papilar intraductal (NMPI) es la lesión precursora más frecuente del PDAC.
b) La mutación en el oncogen KRAS es una de las más frecuentes en este tipo de tumor y suele aparecer en etapas precoces del PDAC.
c) El PDAC puede asociarse a síndromes hereditarios.
d) Se recomienda la determinación de la mutación en el gen KRAS en un PDAC avanzado/metastásico ya que su ausencia identifica un grupo de pacientes que puede beneficiarse de un tratamiento sistémico diferente.

14. Según la Guía de Práctica Clínica publicada en 2025 por la *European Association for the Study of the Liver* (EASL), ante un paciente con alta sospecha de colangiocarcinoma (CCA) perihiliar precoz (T1-T2, <3 cm, N0, M0) no resecable, se recomienda:

a) Considerar la quimiorradioterapia neoadyuvante seguida de trasplante hepático.
b) Neoadyuvancia con estrategia de Capecitabina 3 meses y valorar rescate posterior.
c) Asegurar el diagnóstico mediante ecoendoscopia con PAAF de la lesión perihiliar.
d) Neoadyuvancia con estrategia de FOLFOX + Irinotecan 3 meses y valorar rescate posterior.

15. Según la Guía de Práctica Clínica publicada en 2025 por la *European Association for the Study of the Liver* (EASL), en un paciente con colangiocarcinoma (CCA) distal avanzado que requiere drenaje biliar, es CIERTO que:

a) El drenaje biliar endoscópico y el percutáneo son igual de seguros.
b) Cuando se dispone de la experiencia adecuada en el centro, ante una CPRE fallida, se prefiere el drenaje biliar guiado por ecografía endoscópica al drenaje percutáneo.
c) Por su sencillez y precio es preferible el drenaje con prótesis biliar plástica respecto a la prótesis biliar metálica.
d) Está desestimado el drenaje transmural endoscópico de la vía biliar, por la afectación tumoral de la misma.

16. Ante un paciente que presenta "deposiciones plateadas", ¿de cuál de las siguientes entidades sospecharía?:

a) Síndrome de Zollinger-Ellison.
b) Intoxicación por plomo.
c) Adenocarcinoma ampular.
d) Divertículo de Meckel.

17. Según la Guía de Práctica Clínica publicada en 2023 por la *European Association for the Study of the Liver* (EASL) para el manejo del colangiocarcinoma intrahepático (iCCA), es FALSO que:

a) Se puede utilizar en segunda línea ivosidenib para aquellos con mutaciones IDH1.
b) En pacientes con iCCA potencialmente resecable se recomienda realizar una Tomografía por Emisión de Positrones con Fluorodesoxiglucosa (FDG-PET) para identificar metástasis en los ganglios linfáticos.
c) Se recomienda la realización de una resonancia magnética (RNM) hepática para la estadificación intrahepática de iCCA.
d) En pacientes con hígado normal y iCCA resecable, se requiere un cálculo por volumetría de remanente hepático > 40% para prevenir el fallo hepático postoperatorio.

18. Según la última actualización (2025) de la Guía Clínica del Colegio Americano de Gastroenterología (ACG) para el manejo de la Colitis Ulcerosa (CU) en Adultos, ante un paciente con CU activa de moderada a grave, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?:

a) Se recomienda utilizar anti-TNF para la inducción de la remisión.
b) Se recomienda utilizar los moduladores del receptor S1P para la inducción de la remisión.
c) Se recomienda utilizar adalimumab para la inducción y el mantenimiento de la remisión en comparación con vedolizumab.
d) Se recomienda utilizar el anticuerpo anti IL-12/23p40 (ustekinumab) para la inducción de la remisión.

19. Según las recomendaciones de la ECCO (*European Crohn's and Colitis Organisation*) para el diagnóstico y seguimiento de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) del 2025, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?:

a) En mujeres embarazadas con EII activa, se recomienda el uso de ecografía intestinal para evaluar el intestino frente a la enteroscopia.
b) La tomografía computerizada (TC) se debería utilizar, fuera del contexto agudo, cuando no se disponga de RMN o ecografía.
c) La resonancia nuclear magnética intestinal se debe realizar sin contraste oral y sin contraste intravenoso especialmente en los casos de enfermedad fistulizante perianal.
d) Se desaconseja el uso rutinario de la ecografía con contraste endovenoso para cuantificar la perfusión de la pared intestinal.

20. Según la última actualización (2025) de la Guía Clínica del Colegio Americano de Gastroenterología (ACG) para el manejo de la Colitis Ulcerosa (CU) en Adultos, ante un paciente hospitalizado por un brote grave de CU, es CIERTO que:

a) No se recomienda la profilaxis farmacológica de la trombosis venosa profunda.
b) No se recomienda utilizar de forma rutinaria antibióticos de amplio espectro.
c) Se recomienda iniciar el tratamiento con ciclosporina IV frente al tratamiento con corticoides endovenosos.
d) Se recomienda desde el inicio, tratamiento con nutrición parenteral total para el descanso intestinal.

21. ¿Cuál de los siguientes índices de actividad endoscópica esta validado en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal?

a) CDEIS Crohn's Disease Endoscopic Index of Severity.
b) Índice de Rutgeerts Modificado.
c) IBDEIS Inflamatory Bowel Disease Endoscopic Index of Severity.
d) CDAI: Crohn's disease activity index.

22. Respecto a la ecografía intestinal en la Enfermedad de Crohn, es FALSO que:

a) Es una técnica con un rendimiento similar a otras técnicas de imagen como la RMN o TC.
b) Requiere de ayunas 6 horas antes y una preparación intestinal previa para mejorar su rendimiento.
c) Complementa a la colonoscopia para delimitar la extensión y valorar la actividad en el diagnóstico inicial.
d) Tiene un papel útil para detectar la recurrencia tras la cirugía, ayudando a ahorrar exploraciones endoscópicas y facilitando la monitorización.

23. Respecto al embarazo y la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII), es FALSO que:

a) La concepción en fase de remisión de la enfermedad se asocia con una tasa de recaída superior a la de las personas no embarazadas con EII.
b) La concepción en fase activa de la enfermedad se asocia con un mayor riesgo de parto prematuro.
c) La tasa de fertilidad de los pacientes con colitis ulcerosa sin cirugía intestinal previa es similar a la de las personas que no padecen EII.
d) El embarazo en pacientes con colitis ulcerosa se asocia con una mayor tasa de exacerbación de la enfermedad que en aquellas con enfermedad de Crohn.

24. En la evaluación de la actividad de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII), durante el embarazo NO se recomienda la realización de:

a) Una colonoscopia.
b) Una ecografía intestinal.
c) Una determinación de calprotectina fecal.
d) Una entero-RNM con gadolinio.

25. En el tratamiento de la EII durante el embarazo, NO se recomienda la utilización de:

a) Infliximab.
b) Mesalazina.
c) Metotrexato.
d) Azatioprina.

26. Sobre la poliposis serrada, es FALSO que:

a) Los adenomas serrados tradicionales son las lesiones serradas menos frecuentes.
b) Los tumores que se desarrollan por la vía serrada de carcinogénesis suelen presentar un alto nivel de metilación de las islas CpG.
c) La mayoría de las lesiones sésiles serradas presentan mutación en BRAF, al igual que los adenomas.
d) Endoscópicamente, las lesiones sésiles serradas suelen ser planas o sésiles, con bordes mal definidos y frecuentemente cubiertas por una capa de moco ("mucus cap").

27. Respecto al sobrecrecimiento bacteriano, es CIERTO que:

a) Si se realiza un test de aire espirado, se recomienda realizar la medición tanto de H_2 como de CH_4.
b) Según la guía de práctica clínica de la American Gastroenterological Association publicada en 2023, a los pacientes con síntomas de hinchazón abdominal se les deben realizar estudios para descartar un posible sobrecrecimiento bacteriano independientemente de la gravedad de los síntomas o los potenciales factores de riesgo asociados.
c) En caso de decidir realizar un test de aire espirado, el sustrato de elección es la lactulosa.
d) La rifaximina es el antibiótico más ampliamente evaluado, presentando en los estudios más recientes un rendimiento entre 75% y 83% de curaciones.

28. Respecto al síndrome de rumiación, ¿qué afirmación es CIERTA?:

a) Para su diagnóstico es preciso realizar una manometría postprandial.
b) El manejo terapéutico se basa en la terapia conductual con ejercicios de respiración diafragmática.
c) En ocasiones, se suele añadir baclofeno por su efecto antagonista de los receptores GABA.
d) El uso de neuromoduladores, al igual que el de procinéticos, no tiene papel en esta patología.

29. Una de las subdivisiones clásicas del cáncer gástrico, atendiendo a su histología, es la diferenciación de dos tipos: intestinal y difuso. Sobre el Cáncer Gástrico Difuso (CGD), es FALSO que:

a) La localización predominante es proximal, suele afectar a individuos más jóvenes y se caracteriza por un infiltrado multifocal con células en anillo de sello.
b) Se define como cáncer gástrico difuso hereditario (CGDH) cuando se identifica la presencia de una variante patogénica germinal en CDH1 o CTNNA1 en individuos con CGD o en familias con uno o más casos de CGD en familiares de primer o segundo grado.
c) Las variantes germinales patogénicas en CDH1 son las más frecuentes, correspondiendo a casi el 90% de los casos.
d) En el CGDH se observa una mayor frecuencia de cáncer de mama lobulillar.

30. Teniendo en cuenta las recomendaciones sobre los estándares de calidad en la vigilancia del esófago de Barrett recogidas en la guía de la *European Society of Gastrointestinal Endoscopy* publicada en 2023, es FALSO que:

a) Se debe emplear la clasificación de Praga y, en caso de lesiones visibles, la clasificación de Paris.
b) Se recomienda fotodocumentar adecuadamente la exploración, incluyendo la unión esofagogástrica en retroflexión.
c) Se deben biopsiar todas las lesiones visibles y también biopsias aleatorias de los cuatro cuadrantes cada 2 cm en la extensión del esófago de Barrett.
d) Se debe realizar una inspección minuciosa durante al menos 1 minuto cada 2 cm en la extensión del esófago de Barrett.

31. 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 el consenso de Lyon 2.0?

a) Número de episodios de reflujo: 36, tiempo de exposición al ácido: 8,2%.
b) Número de episodios de reflujo: 41, tiempo de exposición al ácido: 4.4%.
c) Número de episodios de reflujo: 136, tiempo de exposición al ácido: 6,1%.
d) Número de episodios de reflujo: 28, tiempo de exposición al ácido: 3,5%.

32. Teniendo en cuenta la actualización del consenso de Lyon 2.0 sobre el diagnóstico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico publicada en 2023, es FALSO que:

a) Cuando en el informe de una gastroscopia consta el diagnóstico de esófago de Barrett, estamos ante una enfermedad por reflujo gastroesofágico confirmada.
b) Cuando en el informe de una gastroscopia consta el diagnóstico de esofagitis péptica grado B de Los Ángeles, estamos ante una enfermedad por reflujo gastroesofágico confirmada.
c) Para maximizar el rendimiento diagnóstico, se recomienda retirar el tratamiento con inhibidores de la bomba de protones al menos 15 días antes de la gastroscopia.
d) Cuando en el informe de una gastroscopia consta el diagnóstico de esofagitis grado B de los Ángeles estando el paciente en tratamiento antisecretor optimizado, estamos ante una enfermedad por reflujo gastroesofágico refractaria.

33. Acude para realización de gastroscopia con sedación un varón de 45 años con síntomas de pirosis y disfagia. Como hallazgo, destaca la identificación de lengüetas de mucosa asalmonada que ascienden hasta los 37 cm. Desde los 39 cm de la arcada dental se observa circunferencialmente esta mucosa asalmonada, situándose la impronta diafragmática a 45 cm y el final de los pliegues gástricos a 42 cm de arcada dental. No se aprecian lesiones deprimidas, nodularidades ni otras irregularidades de relieve en el segmento descrito. Atendiendo a estos hallazgos, según la clasificación de Praga ¿qué descripción es CIERTA?:

a) La descripción correspondería a C3M5.
b) La descripción correspondería a C3M5 y le debemos explicar el diagnóstico del esófago de Barrett.
c) La descripción correspondería a C3M2.
d) La descripción correspondería a C3M2 y le debemos explicar el diagnóstico del esófago de Barrett.

34. Según la guía europea de consenso de la UEG (*United European Gastroenterology*) y ESNM (*European Society for NeuroGastroenterology and Motility*) publicada en 2025 sobre las náuseas crónicas y los vómitos, señale cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA.:

a) Se deben descartar alteraciones endocrinas o metabólicas como potenciales causantes del cuadro.
b) Debemos tener presente que el paciente puede padecer un trastorno de la conducta alimentaria.
c) En caso de que sospechemos una gastroparesia, debemos solicitar un test de aire espirado con ácido octanoico C13.
d) Se recomienda incluir una manometría esofágica dentro del estudio inicial de estos pacientes.

35. Teniendo en cuenta las recomendaciones que la *European Society of Gastrointestinal Endoscopy* publicada en 2020 hace sobre el síndrome de Ogilvie, es CIERTO que:

a) Se debe plantear la descompresión endoscópica cuando el diámetro cecal es mayor de 12 cm o la duración del cuadro se extiende más de 48 horas.
b) Cuando se plantee la descompresión endoscópica, se recomienda realizar una adecuada preparación del colon.
c) En algunos casos puede estar indicada la cecostomía/colostomía endoscópica.
d) Si tras una primera descompresión endoscópica el cuadro no se ha resuelto, está contraindicado realizar más intentos.

36. Según la guía de la *European Society of Gastrointestinal Endoscopy* publicada en línea en 2020 sobre el manejo endoscópico de las sondas enterales en adultos, es FALSO que:

a) Se recomienda la profilaxis antibiótica (dosis única antes del procedimiento).
b) La inestabilidad hemodinámica se considera una contraindicación absoluta para realizar el procedimiento.
c) La infección de la herida (complicación más frecuente) puede manejarse con medidas antisépticas locales y cambios diarios de apósito en los casos leves.
d) En caso de salida espontánea de una sonda dentro de las 4 primeras semanas, la recomendación es dejar que cierre completamente la fístula.

37. Acude a revisión un paciente con poliposis adenomatosa familiar. Revisas el resultado de su última gastroscopia: le resecaron 6 pólipos duodenales, algunos <5 mm y otros entre 6 y 8 mm; la histología describe 2 adenomas tubulares y 4 tubulovellosos y no se indica que se haya detectado displasia. Siguiendo las recomendaciones de la ESGE (*European Society of Gastrointestinal Endoscopy*) publicada en línea en 2019 sobre el manejo endoscópico de los síndromes polipósicos y el score de Spigelman, le debes recomendar su próxima gastroscopia en:

a) 6 meses.
b) 1 año.
c) 3 años.
d) 5 años.

38. Atendiendo al Documento de posicionamiento de la Asociación Española de Gastroenterología, la Sociedad Española de Endoscopia Digestiva y la Sociedad Española de Atención Primaria sobre calidad de la endoscopia digestiva alta (EDA) para la detección y vigilancia de las lesiones precursoras de cáncer gástrico, publicado en línea en 2021: ¿cuál de las siguientes recomendaciones es FALSA?:

a) Se sugiere que para que la EDA pueda ser considerada de calidad debe ser realizada por endoscopistas con capacitación adecuada y una experiencia mínima anual de 250-300 exploraciones.
b) En una EDA para vigilancia de lesiones precursoras del cáncer gástrico, se recomienda realizar una fotodocumentación sistemática utilizando alguno de los protocolos existentes.
c) Se recomienda la administración oral de simeticona 200 mg y N-acetilcisteína (500 o 1.000 mg) previa a la endoscopia para mejorar la visualización de la mucosa gástrica.
d) En las lesiones visibles susceptibles de resección endoscópica se recomienda toma de biopsias (1-2) para confirmar el origen neoplásico de la lesión.

39. Recibes en la consulta a un varón de 47 años diagnosticado de síndrome de poliposis serrada hace 10 años. Acude a resultados de la última colonoscopia donde se le han resecado: dos lesiones sésiles serradas de 6 y 8 mm, un adenoma serrado tradicional de 6 mm y un adenoma tubular de 4 mm. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es CIERTA?

a) Le debemos recomendar estudio genético a sus familiares de primer grado en caso de que no lo hayamos hecho previamente.
b) El siguiente cribado endoscópico con colonoscopia debería realizarse en dos años.
c) Debemos ofrecerle la realización de colonoscopias de cribado a sus familiares de primer grado a partir de los 45 años de edad.
d) Este síndrome se asocia con frecuencia a tumores extracolónicos.

40. En relación con los avances recientes en el manejo farmacológico de la angiodisplasia gastrointestinal (AGI) refractaria (aquella que persiste a pesar del tratamiento endoscópico), ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CIERTA según la evidencia científica más reciente publicada por la UEG (*United European Gastroenterology*) JOURNAL en 2024?:

a) Aunque el tratamiento con talidomida ha demostrado ser eficaz y está bien establecido en cuanto a dosis y duración, no se considera un tratamiento de primera línea.
b) El tratamiento con octreotide de liberación prolongada (LAR) se considera actualmente la primera línea de tratamiento farmacológico de la angiodisplasia gastrointestinal refractaria.
c) El uso de bevacizumab (anti-VEGF) es la terapia de elección inicial en pacientes con Síndrome de Heyde, dado su bajo riesgo de complicaciones isquémicas.
d) Los análogos de la somatostatina ejercen su efecto terapéutico principal mediante la inhibición directa de la vía de señalización del factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF) en la mucosa gástrica.

41. De los siguientes conjuntos de parámetros ¿cuál de las siguientes series de parámetros se incluyen en su totalidad en el score de Oakland?

a) Edad, frecuencia cardiaca, hallazgos del tacto rectal, y presión arterial sistólica.
b) Edad, frecuencia cardiaca, hallazgos del tacto rectal, y presión arterial media.
c) Edad, frecuencia cardiaca, cifra de hemoglobina, y presión arterial media.
d) Edad, sexo, frecuencia cardiaca, enfermedad cardiovascular previa.

42. Según la última actualización de 2024 de la ESGE (*European Society of Gastrointestinal Endoscopy*) sobre polipectomías colorrectales y resección mucosa endoscópica, ¿cuál de las siguientes respuestas es FALSA?:

a) La resección de los pólipos de entre 6 y 9 mm se puede realizar con asa fría de polipectomía, incluyendo un margen de 1-2 mm de tejido sano.
b) La resección de los pólipos de 5 mm o menos se puede realizar con asa fría de polipectomía o con pinza de biopsia.
c) Se recomienda la resección con asa caliente de polipectomía para aquellos pólipos adenomatosos no pediculados de entre 10 y 19 mm.
d) Para las lesiones sésiles serradas sin sospecha de displasia, se recomienda el uso de asa fría (tanto para polipectomía como para resección mucosa endoscópica), independientemente del tamaño.

43. Según la guía de la ESGE (*European Society of Gastrointestinal Endoscopy*) actualizada en 2020 sobre las prótesis metálicas autoexpandibles para el cáncer de colon y extracolónico obstructivo, es FALSO que:

a) Recomiendan la colocación de una prótesis como puente a una cirugía como una opción en los pacientes con tumores de colon izquierdo obstructivos resecables.
b) Ante un paciente que potencialmente puede estar obstruido en los próximos días, no se recomienda una colocación profiláctica de una prótesis de colon.
c) Según los datos que aparecen en esta guía, se estima que la obstrucción colónica causada por cáncer de colon avanzado ocurre entre el 8% y el 13% de los pacientes con cáncer de colon.
d) Se recomienda la administración de antibioterapia profiláctica previa al procedimiento.

44. Según la guía de la ESGE (*European Society of Gastrointestinal Endoscopy*) sobre ecoendoscopia terapéutica publicada en 2022, ¿qué afirmación es CIERTA?:

a) Se recomienda el drenaje biliar percutáneo transhepático frente al drenaje biliar guiado por ecoendoscopia, tras drenaje fallido con colangiopancreatografía retrógada endoscópica (CPRE) en los pacientes con obstrucción biliar distal.
b) En los pacientes con gran dilatación del conducto pancreático principal, se recomienda drenaje guiado por ecoendoscopia tras drenaje fallido con CPRE pancreática (o si esta no es posible), independientemente de los síntomas.
c) En los pacientes con elevado riesgo quirúrgico, se recomienda el drenaje ecoendoscópico de la vesícula biliar frente al drenaje percutáneo, aunque ambas técnicas estén disponibles.
d) Se recomienda la gastroenterostomía endoscópica frente a la cirugía en los pacientes con obstrucción maligna al vaciamiento gástrico.

45. Según la guía de la ESGE (*European Society of Gastrointestinal Endoscopy*) publicada en línea en 2021 sobre la toma de biopsias del tracto digestivo superior y tracto hepatobiliar, es CIERTO que:

a) En los casos de sospecha de esofagitis eosinofílica, se deben tomar al menos 6 biopsias (al menos 2 biopsias distales y 2 biopsias proximales en envases separados).
b) En los casos de sospecha de esofagitis viral, se deben tomar 4 biopsias incluyendo bordes y la base de las úlceras.
c) En los casos de sospecha de cáncer esofágico avanzado o cáncer gástrico avanzado, se recomienda tomar al menos 8 biopsias.
d) Para el despistaje de Helicobacter pylori es suficiente con tomar dos biopsias antrales.

46. Según la guía de la ESGE (*European Society of Gastrointestinal Endoscopy*) publicada en línea en 2021 sobre la toma de biopsias del tracto digestivo superior y tracto hepatobiliar, es CIERTO que:

a) En caso de sospecha de linitis plástica, se recomienda tomar al menos 6 biopsias sobre biopsia, con especial atención a las alteraciones mucosas.
b) En caso de sospecha de celiaquía, se recomienda tomar al menos 6 biopsias duodenales, siendo al menos dos del bulbo y pudiendo ser incluidas todas en el mismo envase.
c) En caso de estenosis biliares indeterminadas, se recomienda realizar como primera opción colangioscopia si está disponible, excepto en las estenosis intrínsecas o proximales.
d) En caso de estenosis biliares indeterminadas, se recomienda realizar toma de tejido guiada por ecoendoscopia como primera opción en los casos de estenosis intrínsecas o proximales.

47. Según la guía de la ESGE (*European Society of Gastrointestinal Endoscopy*) publicada en línea en 2021 sobre la toma de biopsias del tracto digestivo inferior, es FALSO que:

a) En caso de querer descartar colitis microscópica, se recomienda la toma de dos biopsias de colon derecho (ascendente y transverso) y, en otro envase, dos biopsias del colon izquierdo (descendente y transverso).
b) Las colonoscopias de cribado de displasia de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal se pueden realizar con cromoendoscopia virtual.
c) En las colonoscopias de cribado de displasia de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal clasificados como “alto riesgo” (por ejemplo, antecedentes de cáncer de colon, estenosis o colangitis biliar primaria), se recomienda añadir biopsias aleatorias de los cuatro cuadrantes cada 10 cm además de realizar biopsias dirigidas.
d) Aunque es una práctica habitual no reutilizar la pinza de biopsia tras la toma de biopsias de una posible lesión tumoral, no se hace ninguna recomendación concreta a este respecto en la guía.

48. Sobre el *Clostridioides difficile*, señale la respuesta FALSA:

a) Es un bacilo gramnegativo, anaerobio, móvil y esporulado.
b) Es la causa más frecuente de la diarrea infecciosa intrahospitalaria y su incidencia está en aumento.
c) Se transmite a través de esporas.
d) Los factores pronósticos más relevantes de mortalidad son: el recuento elevado de leucocitos, niveles elevados de creatinina y niveles elevados de lactato.

49. Según la guía de la ESGE (*European Society of Gastrointestinal Endoscopy*) publicada en línea en 2021 sobre el manejo endoscópico de los tumores ampulares, es FALSO que:

a) Se recomienda el uso de un endoscopio de visión lateral para la toma de biopsias en caso de sospecha de tumor ampular.
b) En la estadificación se recomienda utilizar la clasificación TNM, correspondiendo a T1b los tumores que invaden las muscular propia del duodeno.
c) En la estadificación se recomienda utilizar la clasificación TNM, correspondiendo a T3a los tumores que invaden <0.5 cm el páncreas.
d) En caso de biopsias sin malignidad de una papila aumentada de tamaño, se recomienda seguimiento con ecoendoscopia, endoscopio de visión lateral y toma de nuevas biopsias.

50. Según la guía de práctica clínica publicada por la AGA (*American Gastroenterological Association*) sobre la actualización en la deprescripción de inhibidores de la bomba de protones (IBPs) publicada en 2022, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?:

a) Muchos pacientes con indicación de tratamiento crónico con dosis doble de IBPs, deberían ser evaluados para desescalar a dosis única.
b) Aquellos pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico complicada (como esofagitis severa o estenosis péptica) no deberían ser considerados como candidatos a la retirada del tratamiento con IBPs.
c) En caso de que se decida retirar el tratamiento con IBPs se puede realizar una retirada progresiva o realizar la suspensión directa.
d) No se considera como una indicación definitiva de tratamiento con IBPs a corto plazo la dispepsia no investigada.

51. En la aproximación inicial a un paciente con dispepsia no investigada, ¿cuál es la estrategia recomendada en pacientes menores de 55 años y sin signos de alarma?

a) Tratamiento empírico con inhibidores de la bomba de protones (IBP) durante 4 semanas.
b) Gastroscopia de forma sistemática.
c) Estrategia "test and treat" para *Helicobacter pylori* con prueba del aliento con urea marcada con 13C.
d) Observación y medidas higiénico-dietéticas únicamente.

52. Un paciente con dispepsia funcional no ha respondido adecuadamente a un tratamiento inicial con Inhibidor de la Bomba de Protones (IBP). ¿Cuál de las siguientes opciones terapéuticas se recomienda como siguiente paso, especialmente si predominan síntomas como distensión y saciedad precoz?

a) Administración de un procinético.
b) Aumento de la dosis de IBP.
c) Inicio de tratamiento con antidepresivos tricíclicos de forma empírica.
d) Sustituir IBP por anti-H2.

53. Un paciente es alérgico a la penicilina y requiere tratamiento erradicador de H. pylori. ¿Qué tipo de tratamiento de primera elección se recomienda para este grupo de pacientes?

a) Terapia cuádruple con bismuto, tetraciclina, metronidazol y un IBP.
b) Terapia triple con claritromicina, amoxicilina y un IBP.
c) Terapia triple con Levofloxacino, metronidazol y un IBP.
d) Monoterapia con IBP a dosis altas.

54. En el seguimiento de una úlcera gástrica tras la erradicación de H. pylori, ¿qué actitud se recomienda para confirmar la curación y excluir malignidad?

a) Únicamente confirmar la erradicación de H. pylori mediante test del aliento.
b) Reevaluación endoscópica solo si los síntomas persisten.
c) Continuar con IBP a demanda.
d) Reevaluación endoscópica con toma de biopsias para confirmar la curación de la úlcera y la ausencia de malignidad.

55. ¿Cuál de las siguientes es una medida higiénico-dietética general recomendada en el manejo de la dispepsia funcional?

a) Consumo elevado de alimentos picantes para estimular la digestión.
b) Ingesta de grandes volúmenes de líquido con las comidas.
c) Evitar comidas copiosas y grasas, y abstenerse de fumar y beber alcohol.
d) Realizar una única comida al día para dar descanso al sistema digestivo.

56. Respecto a la Calprotectina fecal, ¿en cuál de las siguientes patologías es MENOS PROBABLE que se encuentre elevada?:

a) Colitis Colágena.
b) Cáncer colorrectal.
c) Gastroenteritis aguda.
d) Colitis por AINEs.

57. En el contexto de la dispepsia no investigada, si los síntomas de un paciente menor de 55 años sin signos de alarma se han iniciado recientemente y el test de aliento no puede realizarse de forma inmediata, ¿qué abordaje terapéutico transitorio se podría considerar hasta la realización del test?

a) Iniciar directamente la terapia de erradicación de H. pylori.
b) Prescribir procinéticos a dosis bajas.
c) Administrar antiácidos o, si el control sintomático es inadecuado con antiácidos, un tratamiento con IBP durante 4 semanas.
d) Recomendar solo medidas higiénico-dietéticas.

58. ¿Cuál de los siguientes enunciados es CIERTO?:

a) Hay evidencia de asociación entre enfermedades psiquiátricas y el desarrollo o el empeoramiento del pronóstico de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII).
b) Es poco frecuente la presencia de disbiosis de la microbiota intestinal en los pacientes con EII.
c) Es poco frecuente la asociación de EII a otras enfermedades autoinmunes.
d) El riesgo de desarrollar EII se asocia más a factores genéticos que a los ambientales.

59. Una paciente de 32 años refiere dolor abdominal recurrente durante los últimos 8 meses. El dolor se presenta al menos 3 días al mes en los últimos 3 meses, y se asocia con la defecación, notando una mejoría significativa tras evacuar. Además, experimenta una alternancia entre episodios de estreñimiento (heces tipo 1-2 en la escala de Bristol) y periodos de diarrea (heces tipo 6-7). No ha presentado pérdida de peso, sangrado rectal ni fiebre. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es CIERTA en relación con el diagnóstico de Síndrome del Intestino Irritable (SII), según los criterios de Roma IV?:

a) La paciente cumple los criterios para SII con predominio de estreñimiento (SII-E)
b) El diagnóstico de SII no puede establecerse debido a la alternancia de patrones, lo que sugiere un SII no clasificable.
c) Se requiere una colonoscopia de forma urgente antes de establecer cualquier diagnóstico funcional.
d) La paciente cumple los criterios de SII de tipo mixto (SII-M) dada la asociación del dolor con la defecación y la alteración en la frecuencia y forma de las deposiciones.

60. Mujer de 28 años con síntomas sugestivos de SII con predominio de diarrea (SII-D). No presenta signos de alarma. Tras una historia clínica detallada y exploración física normal, ¿cuál de las siguientes pruebas diagnósticas es la MÁS INDICADA como paso inicial según el algoritmo propuesto por la Asociación Española de Gastroenterología para el manejo del paciente con SII-D?

a) Colonoscopia con biopsias aleatorias.
b) Serología para enfermedad celíaca.
c) Prueba de aliento con lactosa y fructosa.
d) Calprotectina fecal.

61. Paciente de 69 años, mujer, cirrosis por virus de la Hepatitis C (VHC) con Respuesta Viral Sostenida (RVS) en abril 2017. Presenta una lesión en el hígado de 4,3 cm con características compatibles con hepatocarcinoma. En la gastroscopia tiene varices esofágicas grado II y el MELD es 11. ¿Cuál es el manejo MÁS ADECUADO para la paciente?:

a) Iniciar estudio pretrasplante por cirrosis con Hepatocarcinoma con criterios de Milán.
b) Tratamiento con Radiofrecuencia de la lesión dada la edad de la paciente.
c) Tratamiento con Quimioembolización Transarterial (TACE) y tratamiento sistémico.
d) Tratamiento quirúrgico del tumor dada la edad de la paciente y MELD inferior a 12.

62. Mujer de 52 años, asintomática, presenta elevación aislada de fosfatasa alcalina (FA) a 3x el límite superior en un chequeo rutinario. No tiene prurito, ictericia ni síntomas de enfermedad hepática. La ecografía abdominal es normal. Los anticuerpos antimitocondriales (AMA) son positivos a título 1:640, con patrón M2. La elastografía hepática muestra rigidez de 7.5 kPa. ¿Cuál es el siguiente paso MÁS ADECUADO para confirmar el diagnóstico de Colangitis Biliar Primaria (CBP)?

a) Biopsia hepática para evaluar daño de conductos biliares y descartar solapamiento.
b) Colangiografía por RM para descartar colangitis esclerosante primaria (CEP).
c) Repetir AMA en otro laboratorio para confirmar especificidad.
d) Iniciar seguimiento sin más pruebas, dado que AMA M2+ y FA elevada son diagnósticos de CBP.

63. Un paciente de 72 años con cirrosis por VHC y hepatocarcinoma (HCC) dentro de criterios de Milán es evaluado para trasplante hepático. ¿Cuál de los siguientes hallazgos lo excluiría como candidato?

a) La edad de 72 años.
b) Índice de MELD de 18.
c) Ha sido diagnosticado de miocardiopatía con hipertensión pulmonar.
d) Infección activa por VIH controlada con TAR.

64. ¿Cuál de las siguientes pruebas NO es típica de CBP?

a) AMA positivo.
b) Biopsia hepática con infiltrado linfocitario portal y destrucción de conductillos biliares.
c) Elevación de GOT y GPT por encima de 200 UI/L.
d) Elevación de fosfatasa alcalina > 1.5 veces el límite normal.

65. ¿Cuál es la principal causa de enfermedad hepática en nuestro medio?

a) Infecciones virales.
b) Consumo de alcohol.
c) Enfermedades autoinmunes.
d) Enfermedad metabólica.

66. Según el documento de consenso de 2019 sobre la enfermedad hepática relacionada con el alcohol, ¿qué intervención NO es recomendada en el manejo inicial de la enfermedad hepática por alcohol?

a) Abstinencia de alcohol.
b) Nutrición adecuada.
c) Uso de antidepresivos.
d) Soporte psicológico.

67. ¿Cuál es el patrón de autoanticuerpos característico de Hepatitis Autoinmune Tipo1 (HAI-1)?

a) ANA y SMA.
b) Anti-LKM1 y anti-LC1.
c) AMA y ANCA.
d) Anti-SLA/LP.

68. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es CIERTA?:

a) Las complicaciones de la CBP son similares a las de cualquier cirrosis.
b) La malabsorción de vitaminas liposolubles es una de las complicaciones de la CBP.
c) El hepatocarcinoma No es una complicación de la CBP.
d) La descompensación ascítica es poco frecuente en la CBP.

69. En el diagnóstico diferencial de la colestasis NO hay que pensar en:

a) Fármacos.
b) Hepatitis autoinmune.
c) Coledocolitiasis.
d) Cáncer de páncreas.

70. En la Colangitis Esclerosante Primaria, es FALSO que:

a) La mayoría de las veces hay afectación intra y extrahepatica de los conductos biliares.
b) Se asocia a Colitis Ulcerosa.
c) Los AMA son siempre positivos.
d) Existe riesgo de desarrollar colangiocarcinoma.

71. ¿Cuál es el marcador serológico más específico y sensible para el diagnóstico de la Colangitis Biliar Primaria?:

a) Anticuerpos antimitocondriales (AMA-M2).
b) Anticuerpos antinucleares (ANA).
c) Anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA).
d) Anticuerpos antirribonucleoproteína (RNP).

72. En el seguimiento de un paciente cirrótico se descubre un nódulo hepático hipervascular, de 15 mm en el segmento 7 sugestivo de hepatocarcinoma en TAC. ¿Cuál es la actitud terapéutica CORRECTA?:

a) El paciente debe ser tratado con Radiofrecuencia.
b) El paciente debe ser remitido a un centro de trasplante hepático.
c) Para tomar decisiones es preciso conocer la edad, el MELD y el CHILD del paciente.
d) Se debe biopsiar al paciente para poder establecer la actitud terapéutica.

73. En el paciente con HCC estadío intermedio (BCLC B) con afectación multicéntrica, 5 Lesiones Ocupantes de Espacio (LOEs), la mayor de 7 cm y trombosis portal completa, ¿cuál de las siguientes opciones es CIERTA?:

a) La TACE es el tratamiento de elección.
b) La TACE está contraindicada pero no la radioembolización con Itrio 90, que no compromete el flujo portal.
c) Debemos confirmar siempre la naturaleza benigna del trombo mediante biopsia del mismo.
d) El tratamiento de elección es sistémico.

74. En un paciente de 53 años con antecedentes de Diabetes Tipo 2 y HAI de larga evolución, diagnosticado de hepatocarcinoma de < 2cm, y se aprecia la presencia de ascitis moderada, edemas distales y varices esofágicas. MELD 18. Señale cuál de las siguientes alternativas es de elección CORRECTA:

a) Resección quirúrgica anatómica.
b) Ablación por radiofrecuencia.
c) TACE.
d) Trasplante hepático.

75. Paciente de 75 años, mujer, cirrosis VHC con RVS en abril 2017. Ascitis de difícil control en 2025. MELD Na 9. Usted recomendaría:

a) Iniciar estudio pretrasplante.
b) Recomendaría colocar un Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt (TIPS).
c) Seguiría con paracentesis evacuadoras.
d) Al estar curado para VHC no haría nada más.

PREGUNTAS DE RESERVA- Prueba teórico-práctica

1. Paciente de 56 años de edad es trasladado a urgencias por recibir una contusión violenta en la zona epigástrica en relación con un accidente de tráfico. El paciente se encuentra hemodinámicamente estable, presenta a los pocos minutos dolor abdominal epigástrico intenso con elevación de enzimas pancreáticos en rango de pancreatitis aguda y se realiza una TC que informa de hematoma localizado en zona de cola de páncreas con lesión parenquimatosa profunda y lesión ductal a dicho nivel y una colección líquida en saco menor o transcavidad de los epiplones. Según la clasificación del trauma pancreático de la Asociación Americana para la Cirugía del Trauma (AAST), ¿cuál sería el grado de lesión y que manejo recomendaría usted?:

a) Grado I y recomiendo drenaje endoscópico.
b) Grado II y recomiendo drenaje endoscópico +/- tratamiento quirúrgico.
c) Grado III y recomiendo drenaje endoscópico +/- tratamiento quirúrgico.
d) Grado IV y recomiendo tratamiento quirúrgico.

2. Según las recomendaciones de la Guía Clínica para el manejo de estenosis biliar publicada en 2023 por el *American College of Gastroenterology* (ACG), ante una estenosis biliar con alta sospecha de naturaleza maligna que sigue sin diagnóstico histológico tras la realización de una CPRE con toma de citología de cepillado biliar y de biopsia biliar, ¿cuál de las siguientes técnicas pueden utilizarse para mejorar el diagnóstico?:

a) Biopsia líquida en plasma.
b) Endomicroscopía láser confocal.
c) ColangioRNM con gadolinio.
d) Exploración con NBI (Narrow-Band Imaging) de la vía biliar.

3. Respecto al riesgo de enfermedad tromboembólica venosa (ETEV) y de enfermedad cardiovascular ateroesclerótica (ECVAS) en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII), según las recomendaciones del grupo GETECCU (Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa) publicadas en 2025, es CIERTO que:

a) Los pacientes con EII tienen un riesgo similar al de la población general.
b) La prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular clásicos en los pacientes con EII está muy aumentada respecto de la población general.
c) El tratamiento con aminosalicilatos aumenta el riesgo cardiovascular.
d) El tratamiento con inmunosupresores tiopurínicos y metotrexato no aumenta el riesgo de enfermedad cardiovascular.

4. Según el documento de posicionamiento de la Asociación Española de Gastroenterología, la Asociación Española para el Estudio del Hígado, la Sociedad Española de Patología Digestiva, el Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y la Colitis Ulcerosa y la Sociedad Española de Oncología Médica publicado en 2024 sobre el "manejo de la toxicidad hepática y gastrointestinal inducida por inhibidores de puntos de control inmunitario (ICIs)". Señale la respuesta FALSA:

a) La toxicidad gastrointestinal es la más frecuente tras la afectación cutánea.
b) El síntoma más frecuentemente recogido en los ensayos es la diarrea (definido como más de 5 deposiciones al día de baja consistencia).
c) Los pacientes con toxicidad gastrointestinal secundaria a ICIs, presentan mayor sensibilidad a desarrollar toxicidades en otros órganos.
d) La toxicidad puede aparecer meses tras la suspensión del tratamiento.

5. Sobre la anatomía del esófago, es FALSO que:

a) La capa muscular externa tiene una orientación longitudinal y la capa muscular interna tiene una orientación circular.
b) El esófago cervical está compuesto por músculo estriado, el esófago distal por liso y el esófago medio por ambos tipos.
c) El esfínter esofágico superior está formado por el músculo cricofaríngeo, el músculo constrictor superior de la faringe y la muscular esofágica adyacente.
d) El esfínter esofágico inferior está formado por el hiato diafragmático, el ligamento frenoesofágico y la muscular esofágica adyacente.