

ANEXO III

HOJA DE INSTRUCCIONES

Buenos días:

Las instrucciones que les vamos a indicar a continuación se tratan de normas de obligado cumplimiento en el desarrollo de estas pruebas, por lo que rogamos la máxima atención.

Durante la realización del ejercicio solamente deben mantener encima de la mesa el DNI. y el material de examen. Por tanto, quien tenga algún otro objeto debe retirarlo en este momento.

Debe haber silencio absoluto. Quien realice cualquier conducta inadecuada o molesta para los demás será obligado a abandonar la prueba.

No se permite la utilización de calculadoras, teléfonos móviles, ni de cualquier otro dispositivo electrónico similar. En caso de tenerlo encendido, desconéctenlos ahora por favor.

No se puede hablar ni hacer consultas sobre el contenido del cuestionario de preguntas.

Una vez iniciada la prueba, no está permitido ausentarse del aula.

Cuando falten 10 minutos para la finalización de la prueba se les advertirá de esta circunstancia. A partir de este momento no podrá abandonarse el aula hasta que se hayan recogido los exámenes de todos los opositores.

Comprueben que disponen del siguiente material:

- Bolígrafo.
- 1 sobre blanco pequeño.
- 1 cuartilla.
- 1 sobre grande blanco.
- Hoja de respuestas.

Cumplimenten la cuartilla indicando sus dos apellidos y nombre y el DNI. A continuación introduzcan la cuartilla en el sobre pequeño y ciérrenlo.

Al tratarse de un examen por el sistema de plicas, en la hoja de respuestas únicamente deben escribir las respuestas, sin realizar ninguna otra anotación (ni nombre, ni DNI, ni puesto, fecha, etc.).

El ejercicio consta de **60 preguntas, más ocho de reserva** que también deben contestar, con cuatro alternativas de respuesta (a, b, c, d,) de las cuales sólo una es correcta.

Las respuestas incorrectas **penalizan 1/4** del valor de un acierto.

Las contestaciones dejadas en blanco y las que contengan más de una marca ni puntúan ni penalizan.

Por tanto, si desean cambiar la respuesta a una pregunta deberán rellenar una nueva hoja de respuestas. Si sólo desean evitar la penalización inherente a un error, basta con hacer doble marca en la respuesta.

La valoración total de la prueba es de 33 puntos, quedando eliminado quien obtenga menos de 16,5.

Disponen de **una hora y media** para la realización de la prueba.

Al finalizar el ejercicio deben introducir en el sobre grande la hoja del examen. Pueden llevarse la copia (hoja verde) del examen y el cuestionario de preguntas.

A continuación les vamos a repartir el cuestionario de preguntas. Déjenlo boca abajo hasta que se les indique el inicio del examen.

ENTREGAMOS EL CUESTIONARIO (BOCA ABAJO) Y CUANDO LO TENGAN TODOS EN LA MESA DAMOS COMIENZO AL EXAMEN.

Pueden comenzar.

(En la pizarra se pone la hora de comienzo y de finalización de la prueba)

Al finalizar el ejercicio: ¡¡TIEMPO!!.

Dejen el bolígrafo sobre la mesa, cierren los cuestionarios de preguntas y pónganlos boca abajo.

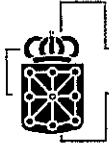
Doblen y desprendan el margen izquierdo de la hoja de respuestas. Separen el original de la copia y esperen sentados y en silencio a que se recojan todas las hojas de respuestas.

Introduzcan la hoja de respuestas en el sobre grande.

Seguidamente deben entregar al Tribunal los dos sobres (el pequeño que contiene la plica y el grande que contiene el examen), quien los grapará y recogerá.

Se solicitará la presencia de 2 voluntarios para que actúen de testigos. Delante de ellos mezclar los sobres, numerarlos y separarlos. Los sobres pequeños de las plicas introducir en un sobre grande y firmar todos los miembros del Tribunal junto con los testigos.

Indicar a los testigos que sería conveniente que estuvieran en la apertura de plicas.



La apertura de plicas de esta primera prueba está previsto se realice hoy sobre las 8:00 horas, en esta misma Sala.

Posteriormente, los resultados de las pruebas se publicarán en el tablón de anuncios de los Órganos Centrales del SNS-O, sito en la Avda. del Ejército, nº 2 de Pamplona y en la página web www.empleosalud.navarra.es.

Si alguien no acepta estas normas o por cualquier motivo desea abandonar y no seguir, debe hacerlo en este momento.

SEGUNDA PRUEBA

Comprueben que disponen del siguiente material:

- Bolígrafo.
- 1 sobre grande.
- Folios en blanco para redactar los casos prácticos.

En primer lugar escriban en el sobre su nombre y dos apellidos. En el primero de los folios del examen escriban asimismo su nombre y dos apellidos. Posteriormente vayan numerando todos los folios de la prueba.

A finalizar el ejercicio introduzcan los folios de la prueba en el sobre grande.

Esta prueba consta de **2 casos prácticos**, para lo que disponen de un tiempo de **una hora**.

Tal y como establece la convocatoria, la valoración máxima de esta prueba es de 33 puntos, quedando eliminado quien obtenga menos de 16,5.

La lectura de estos casos clínicos prácticos se iniciará mañana día 15 y se realizará en el Salón de actos "B", del Hospital Virgen del Camino, edificio de Urgencias de Pediatría, c/Irunlarrea, nº 4, a partir de las 9:00 hasta las 14:30 y de 15:30 hasta las 20:00 horas.

Seguidamente vamos a establecer, mediante sorteo, el orden de lectura de esta segunda prueba. Por favor necesitamos un voluntario para ejecutar el sorteo.

Tras el sorteo se informa: El orden de lectura de esta segunda prueba se iniciará por la letra: ____ .

A continuación les vamos a repartir el enunciado de los dos casos clínicos prácticos. Déjenlo boca abajo hasta que se les indique el inicio del examen.

ENTREGAMOS LOS ENUNCIADOS DE LOS 2 CASOS (BOCA ABAJO) Y CUANDO LO TENGAN TODOS EN LA MESA DAMOS COMIENZO AL EXAMEN.

Pueden comenzar.

(En la pizarra se pone la hora de comienzo y de finalización de la prueba)

Al finalizar el ejercicio: ¡¡TIEMPO!!.

Dejen el bolígrafo sobre la mesa e introduzcan los folios en los que han redactado la prueba en el sobre grande y ciérrenlo.

ANEXO IV

PRUEBA PRIMERA

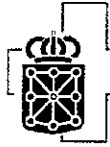
1. La probabilidad de que un sujeto con un resultado negativo en un test esté realmente sano se denomina:
 - a) Especificidad.
 - b) Valor predictivo positivo.
 - c) Valor predictivo negativo.
 - d) Sensibilidad.

2. Respecto a las lesiones quísticas pancreáticas señale la respuesta FALSA:
 - a) Los cistoadenomas serosos tienen riesgo de malignización extremadamente bajo.
 - b) Un CEA >192 ng/ml en el contenido del quiste es patognomónico de lesión mucinosa.
 - c) Las neoplasias sólidas pseudopapilares son típicas de mujeres en edad joven.
 - d) El patrón más frecuente en los cistoadenomas serosos es el microquístico.

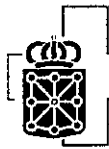
3. De acuerdo con el consenso internacional de 2012 celebrado en Fukuoka para el manejo de las neoplasias quísticas mucinosas, cuál de los siguientes no se considera un estigma de alto riesgo ("High-risk stigmata"):
 - a) Ictericia obstructiva en un paciente con una lesión en la cabeza de páncreas
 - b) Componente sólido que capta contraste en el interior del quiste
 - c) Tamaño del quiste ≥ 3 cm
 - d) Conducto pancreático principal dilatado ≥ 10 mm

4. En relación con la exploración del páncreas por ecoendoscopia es CIERTO:
 - a) Su sensibilidad para la detección de tumores pancreáticos no supera el 70%
 - b) La variabilidad interobservador es muy baja.
 - c) El número de criterios a cumplir para el diagnóstico de pancreatitis crónica está claramente definido.
 - d) La mayoría de los adenocarcinomas de páncreas se presentan como lesiones hipoecogénicas.

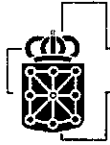
5. Respecto a la etiología de la pancreatitis aguda señale la afirmación FALSA:
 - a) La etiología biliar es la más frecuente en nuestro medio
 - b) El tabaco solo predispone al desarrollo de pancreatitis crónica
 - c) La pancreatitis aguda por fármacos suele ser leve.
 - d) En general se requieren niveles de triglicéridos superiores a 1.000 mg/dl para desarrollar una pancreatitis aguda.



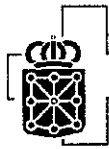
6. De acuerdo con la actualización de la clasificación de Atlanta de 2013, cuál de las siguientes situaciones NO se corresponde con una pancreatitis aguda moderadamente grave:
- Presencia de 2 o más datos de SIRS (Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica) durante más de 48 horas.
 - Insuficiencia renal (creatinina 2 mg/dL) con normalidad previa y que dura 24 horas.
 - Necrosis pancreática infectada sin fallo orgánico
 - Exacerbación de cardiopatía isquémica durante el ingreso por pancreatitis aguda
7. Respecto a la nutrición en la pancreatitis aguda es cierto que:
- La mayoría de los pacientes precisan reposo pancreático (dieta absoluta) durante al menos 48 horas
 - La nutrición enteral puede ser iniciada con sonda nasogástrica salvo en casos de estenosis duodenal por colecciones, en cuyo caso la sonda nasoyeyunal sería de elección.
 - La nutrición parenteral y la enteral son equivalentes en pacientes que no toleran la dieta oral
 - La nutrición enteral precoz en pacientes con pancreatitis con predicción de gravedad es claramente superior a esperar y probar tolerancia oral pasadas 72 horas
8. Señale la afirmación FALSA respecto a la pancreatitis autoinmune:
- Se considera que el tipo 1 es la manifestación pancreática de la enfermedad relacionada con IgG4.
 - El diagnóstico se basa en una combinación de pruebas de imagen, datos serológicos, histología, afectación de otros órganos y respuesta al tratamiento
 - La tasa de recaídas tras la suspensión del tratamiento con corticoides es similar en el grupo 1 y en el grupo 2.
 - El Rituximab ha demostrado eficacia en pacientes que no responden o no toleran los corticoides y otros inmunomoduladores como la azatioprina
9. ¿Cuál de los siguientes NO es un factor de riesgo para el desarrollo de colelitiasis?
- Consumo moderado de alcohol y café
 - Sexo femenino
 - Obesidad
 - Enfermedad de Crohn ileal
10. Respecto a la colecistitis aguda es CIERTO que:
- El signo de Murphy está presente en todos los casos
 - La colecistectomía precoz es el tratamiento de elección en la mayoría de los casos.
 - La colecistostomía es una alternativa con similar eficacia en casos leves



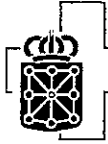
- d) La colecistitis alitiásica es típica de gente joven y su tasa de complicaciones es baja
11. Con respecto a la esofagitis eosinofílica es FALSO que:
- a) Los pacientes que responden exclusivamente a inhibidores de la bomba de protones son en realidad un subtipo de ERGE más que una verdadera esofagitis eosinofílica.
 - b) La incidencia es mayor en varones entre 30 y 50 años.
 - c) La densidad de eosinófilos requerida para el diagnóstico es de al menos 15 eosinófilos por campo de gran aumento
 - d) La correlación entre síntomas e histología no es buena por lo que las biopsias esofágicas son necesarias para monitorizar la actividad de la enfermedad
12. Indique la afirmación VERDADERA en relación con la enfermedad celíaca:
- a) Es más frecuente en hombres que en mujeres.
 - b) Clínica y serología típicas son suficientes para el diagnóstico
 - c) Los pacientes presentan riesgo superior a la población general de padecer linfoma y adenocarcinoma intestinal
 - d) Una vez normalizada la histología se puede prescindir de la dieta sin gluten.
13. Respecto al íleo por cálculos biliares es FALSO que:
- a) La localización más frecuente de la obstrucción es el yeyuno.
 - b) En ausencia de estenosis es necesario que el tamaño del cálculo sea de al menos 2 cm
 - c) Los cálculos alcanzan el intestino generalmente a través de una fístula colecistoduodenal
 - d) Sólo el 10% de los cálculos están suficientemente calcificados para poder verlos con radiología.
14. Es FALSO en relación con el Síndrome de Ogilvie que:
- a) El dato fundamental es la dilatación del colon en todos sus segmentos.
 - b) El dolor abdominal intenso es infrecuente.
 - c) La descompresión endoscópica precoz es la primera medida a realizar para evitar complicaciones.
 - d) El pronóstico está muy influenciado por el de la enfermedad de base del paciente.
15. El tumor primario que con mayor frecuencia metastatiza el intestino delgado es:
- a) Melanoma.
 - b) Estómago.
 - c) Linfoma.
 - d) Carcinoma microcítico de pulmón.
16. Respecto a la poliposis serrada, en cuál de las siguientes circunstancias NO se cumplen los criterios diagnósticos de la OMS



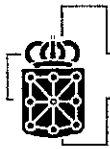
- a) Al menos 5 pólipos serrados proximales al sigma, uno de ellos mayor de 1 cm
 - b) Al menos 5 pólipos serrados proximales al sigma, dos de ellos mayores de 1 cm
 - c) Cualquier número de pólipos serrados proximales al sigma en un paciente con un familiar de primer grado con poliposis serrada
 - d) ≥ 20 pólipos serrados de cualquier tamaño a lo largo del colon
17. Cuál de los siguientes síndromes de poliposis NO es hereditario:
- a) Síndrome de Peutz-Jeghers.
 - b) Poliposis adenomatosa familiar.
 - c) Poliposis juvenil.
 - d) Síndrome de Cronkhite-Canada.
18. Sobre los criterios de Bethesda es FALSO que:
- a) El diagnóstico clínico de Síndrome de Lynch se basa en el cumplimiento de esos criterios.
 - b) Son más sensibles que los criterios de Amsterdam para el diagnóstico de Síndrome de Lynch.
 - c) Incluyen la presencia de un cáncer colorrectal diagnosticado a edad menor de 50 años.
 - d) Sirven para identificar pacientes con más riesgo de padecer un síndrome de Lynch.
19. Cuál de los siguientes tratamientos es MENOS eficaz en la colitis colágena:
- a) Mesalazina.
 - b) Colestiramina.
 - c) Probióticos.
 - d) Budesonida.
20. La causa más frecuente de isquemia mesentérica aguda es:
- a) Embolia de la arteria mesentérica superior.
 - b) Trombosis de la arteria mesentérica superior.
 - c) Trombosis venosa mesentérica.
 - d) Isquemia mesentérica no oclusiva.
21. Respecto a la enfermedad diverticular del colon es falso que:
- a) La enfermedad diverticular no complicada puede dar síntomas similares al síndrome de intestino irritable.
 - b) La hemorragia digestiva baja es la complicación más frecuente.
 - c) La mayoría de diverticulitis son simples o no complicadas.
 - d) La clasificación de Hynchey establece 4 estadios clínicos en la diverticulitis complicada.
22. Corresponde con un grado B de la clasificación de Los Angeles de la esofagitis por reflujo:
- a) Al menos una lesión mucosa mayor de 5 mm sin continuidad entre la parte más prominente de 2 pliegues mucosos.



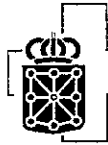
- b) Una o varias lesiones menores de 5 mm.
 - c) Lesión mucosa circunferencial.
 - d) Al menos una lesión mucosa con continuidad entre la parte más prominente de varios pliegues, pero no circunferencial.
23. En relación a la "Estrategia transfusional restrictiva", señale la respuesta verdadera:
- a) Consiste en transfundir sólo a los pacientes con anemia sintomática.
 - b) En comparación con la "Estrategia transfusional liberal", se consigue una probabilidad de supervivencia a las 6 semanas significativamente superior.
 - c) Consiste en transfundir cuando Hb < 9 g/dL con Hb objetivo 9-11 g/dL.
 - d) No tiene impacto en la estancia hospitalaria.
24. Cuál de los siguiente requerimientos no se corresponde con el consentimiento informado:
- a) Capacidad.
 - b) Información.
 - c) Comprensión.
 - d) Exención de responsabilidad médica.
25. En relación a la extracción endoscópica de cuerpos extraños, señale la respuesta INCORRECTA:
- a) La extracción de una pila botón se considera urgencia endoscópica.
 - b) Los paquetes con droga deben ser extraídos lo antes posible para evitar su rotura y absorción.
 - c) En caso de impactación de bolo alimentario la endoscopia no debe demorarse más de 24h.
 - d) En caso de cuerpo extraño enclavado en la mucosa, se deberá intentar desenclavarlo de forma cuidadosa.
26. Señale cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA en relación a las lesiones esofágicas por cáusticos:
- a) La población más frecuentemente afectada son los ancianos.
 - b) La lejía produce necrosis por licuefacción.
 - c) La ingesta de álcalis suele ser de menos volumen ya que provoca dolor inmediato.
 - d) Existe una estrecha asociación entre la lesión esofágica secundaria a cáusticos y el riesgo de adenocarcinoma esofágico.
27. En relación a la enfermedad por reflujo gastroesfágico (ERGE), señale la respuesta CORRECTA:
- a) Cada vez es mayor la evidencia que relaciona la ERGE con la infección por Helicobacter pylori.
 - b) El riesgo de adenocarcinoma esofágico en pacientes con esófago de Barrett sin displasia es del 1% anual.



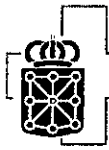
- c) Las medidas higiénico-dietéticas (elevar cabecera de la cama, eliminar alimentos ácidos de la dieta,...) son básicas en el manejo de estos pacientes.
 - d) La impedanciometría esofágica permite distinguir si el contenido refluido es líquido o gaseoso.
28. En relación a la fiebre mediterránea familiar, señale la respuesta INCORRECTA:
- a) Es una enfermedad autosómica recesiva.
 - b) Es raro que la sintomatología aparezca antes de los 20 años de edad.
 - c) El tratamiento con colchicina reduce la frecuencia de las crisis.
 - d) El ataque agudo dura entre 3-5 días.
29. En relación con las complicaciones gastrointestinales en paciente que toman AINES: señale la respuesta FALSA
- a) La edad > 60 años es factor de riesgo por sí solo.
 - b) El riesgo aumenta progresivamente en relación con la duración del tratamiento.
 - c) Los COXIB son superiores a la combinación de AINE clásico con IBP en la prevención de lesiones de tracto gastrointestinal bajo.
 - d) No se recomienda el uso de antiH2 para su prevención.
30. En relación al tratamiento frente al Helicobacter pylori, señale la respuesta FALSA:
- a) En pacientes alérgicos a la penicilina se recomienda de primera línea una pauta cuádruple con bismuto (IBP, bismuto, tetraciclina y metronidazol).
 - b) Para considerarse válido un tratamiento erradicador debe superar el 80% de eficacia.
 - c) Se recomienda que la duración del tratamiento cuádruple concomitante sin bismuto (IBP, claritromicina, amoxicilina y metronidazol) sea de 14 días.
 - d) En pacientes que reciben rifabutina el efecto adverso más frecuente es la mielotoxicidad.
31. Señale en cuál de los siguientes supuestos clínicos el paciente NO necesita de la administración profiláctica de antibióticos antes del procedimiento endoscópico:
- a) Varón de 78 años con demencia multiinfarto al que se le va a colocar una gastrostomía endoscópica.
 - b) Mujer de 65 años diagnosticada de pancreatitis recurrente y pseudoquistes pancreáticos que necesita realizarse CPRE y drenaje endoscópico del pseudoquiste.
 - c) Varón de 57 años de edad con prótesis de cadera de titanio dos años antes al que se le va a realizar dilatación endoscópica de esófago por estenosis péptica.
 - d) Mujer de 50 años con ictericia obstructiva indolora a la que se le va a realizar una CPRE.



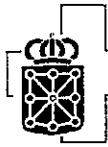
32. ¿Cuál de los siguientes fármacos antivirales para el virus de la hepatitis B tiene categoría B en la FDA y puede ser administrado durante el embarazo?
- Lamivudina.
 - Adefovir.
 - Telvibudina.
 - Entecavir.
33. En los pacientes con colestasis intrahepática del embarazo y antecedentes familiares de este mismo proceso podemos detectar una de las siguientes mutaciones:
- Mutación en la proteína Q80K.
 - Mutación en la proteína MDR3 (multidrug resistance protein 3).
 - Mutación en el Gen C282Y.
 - No se han detectado mutaciones en la colestasis intrahepática del embarazo.
34. Mujer de 40 años con dolor crónico en hipocondrio derecho. Se han intentado dos CPRE en otro centro sin éxito y acude a su centro para un tercer intento por sospecha de disfunción del esfínter de Oddi. En una de las dos ocasiones tuvo pancreatitis post-CPRE. La paciente está muy preocupada por el tema y no quiere ponerse prótesis pancreática para prevenirlo. Sin embargo, ella le comenta que preferiría el uso de AINE como profilaxis. ¿Para prevenir la pancreatitis cuál de las siguientes vías de administración es la mejor para prevenir?
- Por vía oral, al menos 3 horas antes del procedimiento.
 - Intramuscular en el momento de la exploración.
 - Vía rectal.
 - Intravenosa durante el procedimiento.
35. De los siguientes antivirales de acción directa para el virus de la hepatitis C señale aquel que presenta una barrera genética a las resistencias más elevada:
- Telaprevir.
 - Paritaprevir.
 - Ledipasvir.
 - Sofosbuvir.
36. En el tratamiento diurético de la ascitis del paciente con cirrosis, es cierto todo lo siguiente, EXCEPTO:
- La espironolactona ha demostrado ser más eficaz que la furosemida en este escenario clínico en ensayos controlados.
 - El tratamiento diurético inicial puede consistir en espironolactona asociada o no a furosemida.
 - La amilorida es una alternativa a la espironolactona, en especial en pacientes con ginecomastia dolorosa; pero su efecto natriurético es menor.



- a) Perforación de víscera hueca.
 - b) Infección.
 - c) Sangrado postoperatorio inmediato.
 - d) Complicaciones cardiorrespiratorias.
48. Un hombre de 54 años al que se le ha realizado un trasplante de pulmón presenta dolor epigástrico y náuseas. Toma corticoides a altas dosis y ciclosporina como tratamiento inmunosupresor y un inhibidor de la bomba de protones. ¿Cuál de los siguientes estudios debe ser realizado a continuación?
- a) Estudio radiológico baritado de esófago, estómago y duodeno.
 - b) Endoscopia digestiva alta.
 - c) TC abdominal.
 - d) Ecoendoscopia.
49. Paciente de 25 años de edad, gestante de 30 semanas, remitida al servicio de Urgencias por ictericia y estado confusional leve. El curso del embarazo ha sido normal hasta el momento. Los resultados de la analítica son normales, excepto un tiempo protrombina de 18.6 sg, AST de 900 UI/L y ALT de 860 UI/L. Se le realiza una biopsia hepática que revela cuerpos de inclusión intracitoplasmática. ¿Cuál sería el tratamiento más efectivo en esta paciente?
- a) Inducción inmediata del parto.
 - b) Corticoides IV.
 - c) Acyclovir.
 - d) Lamivudina.
50. Hombre de 26 años con antecedente de cuerpo extraño impactado. Ha presentado disfagia intermitente para sólidos durante los últimos 5 años. Se ha realizado estudio baritado de esófago y manometría esofágica que han sido normales. La endoscopia revela numerosos anillos en toda la longitud del esófago. La biopsia endoscópica de esófago mostrará con probabilidad alguno de los siguientes hallazgos:
- a) Esofagitis aguda con lesiones en la mucosa.
 - b) Infiltrado denso de linfocitos.
 - c) Infiltrado de eosinófilos.
 - d) Metaplasia columnar con displasia.
51. En el cáncer gástrico pueden estar relacionados los siguientes síndromes paraneoplásicos, EXCEPTO:
- a) Acantosis nigricans.
 - b) Coagulación intravascular diseminada.
 - c) Tromboflebitis.
 - d) Pioderma gangrenoso.
52. La hiperglucemia se asocia con todo lo siguiente, EXCEPTO:
- a) Hiperomotilidad antral.



- b) Contracciones aisladas del píloro.
 - c) Disrritmias eléctricas gástricas.
 - d) Disminución del efecto de los fármacos procinéticos.
53. Cuál es el volumen diario aproximado de secreciones pancreáticas?
- a) 0.5 litros.
 - b) 1.5 litros.
 - c) 2.5 litros.
 - d) 3.5 litros .
54. La malabsorción no ocurre hasta que la capacidad residual funcional del páncreas se reduce hasta quedar en un:
- a) 5-10%
 - b) 10-20%
 - c) 25-30%
 - d) 35-40%
55. ¿Cuál de los siguientes antibióticos es conocido por inducir la formación de barro biliar?
- a) Ceftriaxona.
 - b) Eritromicina.
 - c) Gentamician.
 - d) Vancomicina.
56. En relación con las arterias hepáticas ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es CIERTA?
- a) La ligadura arterial es habitualmente bien tolerada en personas con función hepática normal.
 - b) La arteria común hepática es una rama de la arteria mesentérica superior.
 - c) La arteria cística es usualmente una rama del tronco celíaco?.
 - d) La arteria común hepática suple el 70% del flujo sanguíneo del parénquima hepático.
57. Mujer de 25 años presenta fatiga, dolor de garganta, y fiebre intermitente. En la exploración se detectan adenopatías y en los análisis se detectan elevación de AST y ALT. ¿Cuál de los siguientes procesos es la causa más probable de su cuadro clínico?
- a) Infección por virus del herpes.
 - b) Infección por estreptococo.
 - c) Infección por virus de la hepatitis A.
 - d) Infección por virus de Epstein Barr.
58. Hombre de 67 años que acude al hospital con cuadro de sangrado de varices esofágicas. Se decide realizar tratamiento endoscópico de las varices esofágicas: Ligadura endoscópica vs esclerosis endoscópica con etanolamina.



¿Cuál de las siguientes NO es una complicación de la ligadura endoscópica y sí de la esclerosis?

- a) Elevación del gradiente de presión venoso hepático.
- b) Perforación esofágica.
- c) Estenosis esofágica.
- d) Úlcera esofágica.

59. ¿Cuál es la causa más común de obstrucción de colon en el adulto?

- a) Neoplasia maligna de colon.
- b) Vólvulo.
- c) Enfermedad de Crohn.
- d) Impactación fecal.

60. La presencia de Neuropatía paraneoplásica visceral (degeneración neuronal y axonal de los plexos mientéricos y submucosos) se asocia con una de las siguientes neoplasias:

- a) Carcinoma gástrico.
- b) Cáncer de mama.
- c) Cáncer de pulmón de células pequeñas.
- d) Carcinoma de próstata.

PREGUNTAS RESERVA

1. En cuanto a frecuencia, cuál es la segunda causa de neoplasia maligna digestiva?:

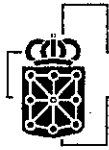
- a) Adenocarcinoma de colon.
- b) Adenocarcinoma de páncreas.
- c) Carcinoma escamoso de esófago.
- d) Adenocarcinoma gástrico.

2. Señale la respuesta CORRECTA:

- a) Las células principales del estómago son las encargadas de la producción de ácido.
- b) Las células G se localizan fundamentalmente en el cuerpo gástrico.
- c) El factor intrínseco es producido en las células parietales.
- d) El estómago sano no presenta células neuroendocrinas.

3.Cuál de los siguientes NO es criterio diagnóstico de Dispepsia Funcional según los nuevos criterios de Roma IV:

- a) Dolor epigástrico molesto.
- b) Ardor epigástrico molesto.
- c) Ausencia de enfermedad estructural (habitualmente se realiza una endoscopia oral).
- d) Los criterios deben cumplirse durante los últimos 6 meses y los síntomas deben haber comenzado al menos 12 meses antes del diagnóstico.



4. El síndrome de Stauffer (disfunción hepática paraneoplásica en ausencia de metástasis) se ha relacionado con más frecuencia con:
 - a) Carcinoma de pulmón de células pequeñas.
 - b) Carcinoma de células renales.
 - c) Cáncer de mama.
 - d) Linfoma no Hodgkin.

- 5.Cuál es la localización más frecuente de los tumores del estroma gastrointestinal (GIST):
 - a) Esófago.
 - b) Estómago.
 - c) Duodeno.
 - d) Yeyuno-íle.

6. Mujer de 64 años de edad diagnosticada de colangitis biliar primaria en tratamiento de mantenimiento con ácido ursodesoxicólico es ingresada por episodio de ictericia y hemorragia digestiva por varices esofágicas. Tras el alta hospitalaria que actitud le parece MAS CORRECTA:
 - a) Continuar con el tratamiento médico añadiendo carvedilol.
 - b) Realizar un fibroscan para valorar el riesgo de progresión.
 - c) Evaluación de trasplante hepático.
 - d) Sustituir el ácido ursodesoxicólico por ácido obeticólico.

7. Mujer de 45 años con elevación de la GPT < 2 veces el valor normal, de larga evolución, ferritina de 1.200 ng/mL y % saturación de la transferrina del 78%. En la valoración realizada se incluyó el estudio genético para la hemocromatosis, evidenciando un alelo mutado y otro normal del gen C282Y y también (alelo mutado y alelo normal) del gen H63D. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre su diagnóstico es correcta?
 - a) La ausencia de mutación homocigota C282Y excluye el diagnóstico de hemocromatosis genética.
 - b) Se trata de una hemocromatosis genética.
 - c) En esta variante de hemocromatosis no está incrementado el riesgo de padecerla en sus familiares.
 - d) Al ser mujer el diagnóstico hay que confirmarlo al alcanzar la menopausia.

8. Referente al cáncer gástrico ¿Cuál de los siguientes métodos diagnósticos proporciona mejor información de la profundidad de la lesión y la afectación ganglionar?
 - a) Ecografía abdominal.
 - b) Resonancia magnética nuclear.
 - c) TC helicoidal.
 - d) Ultrasonografía endoscópica. (Ecoendoscopia).

SEGUNDA PRUEBA

CASO CLÍNICO Nº 1

Varón de 55 años.

Antecedentes personales

- Hipertensión arterial (control dietético)
- Rectosigmoiditis ulcerosa (E2) diagnosticada en 2008

Intervenciones quirúrgicas: apendicectomía (con 17 años).

Hábitos tóxicos: exfumador (10cig/d entre los 18 y los 50 años).

Antecedentes familiares: no AF de Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Padre diagnosticado de cáncer colorectal con 76 años.

Tratamiento actual

Mesalazina 2g: 1 sobre al día

Historia actual

Acude a urgencias porque lleva 2 semanas mal: está haciendo 7-8 deposiciones cada día semiblandas, 1-2 nocturnas y alguna afecal en forma de pujo mucohemático (su ritmo intestinal habitual es de 1-2 deposiciones cada día).

Él mismo se ha subido la mesalazina de 2 gramos/día, que toma habitualmente como mantenimiento, a 4 gramos/día y además, en los últimos 7 días se pone, al acostarse, enemas de mesalazina de 1 ggramo sin claro efecto. La noche previa había tenido 38.6° C de temperatura.

Exploración física

TA 112/65 mm Hg, Frecuencia Cardíaca 91 lpm, T^a 37.9

Auscultación Cardio-pulmonar: dentro de la normalidad

Abdomen: blando y depresible, discretamente timpanizado, doloroso de forma difusa sobre todo a la palpación profunda en FII sin signos de descompresión.

Peristaltismo escaso.

Analítica

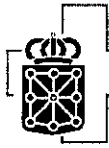
Sangre: Leucocitos 12.600/mm³ (88% neutrófilos), Hb 10'3 g/dL, plaquetas 490.000/mm³, PCR 53 mg/dL (<10), Cr 1.2 mg/dL, K 2.9 mEq/L

Sedimento: normal

Pregunta nº1

¿Cómo considerarías el brote actual? ¿Cuál te parece la actitud más adecuada con este paciente? ¿Consideras necesarios estudios adicionales?

¿Qué tratamiento le indicarías?



Pregunta nº2

En relación a los factores de riesgo de colitis ulcerosa, ¿se ha descrito algún factor de protección?

Pregunta nº3

Imaginemos que la evolución de nuestro paciente no es la adecuada y que en un momento determinado planteamos la posibilidad de iniciar un tratamiento biológico. En el “*check list*” previo al inicio de estos fármacos, se incluye el despistaje de infección tuberculosa latente. ¿Cuáles son las recomendaciones actualmente vigentes en nuestro país en este sentido?

Pregunta nº4

¿Qué programa de Vigilancia de CCR aconseja la ECCO (*European Crohn's and Colitis Organization*) para pacientes con Enfermedad inflamatoria intestinal? ¿A quiénes se debe incluir? ¿Cuándo se debe iniciar? ¿Qué grupos de riesgo se establecen?

CASO CLÍNICO Nº 2

Mujer de 26 años. En analítica de rutina solicitada por su médico de cabecera se detecta Hb 11,4 g/dL, Hto 37,5%, volúmenes normales, folato normal y vitamina B12 de 164 ng/L (187-883).

Clínicamente se encuentra asintomática desde el punto de vista digestivo. Pero su médico de cabecera la remite a consulta para estudio.

Pregunta nº 1:

¿Qué otros datos de la anamnesis considerarías relevantes?

Pregunta nº 2:

¿Cómo plantearías el manejo de esta paciente?