

2º EXERCICIO: PARTE ESPECIFICA

INSTRUCCIÓN:

1. - Non abra nin lea o interior deste caderno ata que se lle indique.
2. Esta proba consiste nun cuestionario eliminatorio de supostos prácticos da parte específica do programa, de 100 preguntas tipo test con 10 de reserva (as 10 últimas, da E101 á E110), que deberán ser contestadas entre os números **E1** e **E110**, no corpo principal da "FOLLA DE RESPOSTAS".
3. - O tempo total de realización do exercicio, é de **150 minutos**.
4. - Todas as preguntas teñen catro respostas alternativas, sendo unha a correcta. As respostas correctas sumarán **0,50** puntos, as non contestadas non terán valoración algunha e as contestadas erroneamente restarán **0,125** puntos.
5. - Comprobe sempre que o número de resposta que sinale na "FOLLA DE RESPOSTAS" é o que corresponde ao número da pregunta do cuestionario.
6. - Este cuestionario debe utilizarse na súa totalidade como borrador das respostas elixidas, para non marcar unha resposta ata estar totalmente seguro/a.
- 7.- A resposta correcta marcarase cun **X** ben feito dentro dos límites do recadro. De ter que anular algunha resposta, o recadro da resposta que se marcou incorrectamente ten que encherse por completo.

Unha vez que se anule, xa non poderá recuperarse de novo dita opción de resposta.
8. - En caso de erro tipográfico ou de transcripción entre o texto editado en galego e o editado en castelán, do cuestionario bilingüe, prevalece este último aos únicos efectos da súa comprensión lóxica, sen prexuízo das aclaracións vinculantes que de viva voz poida advertir o tribunal durante a realización desta proba. Así mesmo, algúns termos técnicos, neoloxismos ou outras expresións de difícil correspondencia na tradución, poderán expresarse de maneira unívoca.
9. - Ao rematar o seu exercicio, no suposto de que non teña que realizar o exercicio de lingua galega, advirtao á organización para a súa recollida. Debe entregar a "FOLLA DE RESPOSTAS", no lugar que lle indique a organización, onde lle entregarán a última folla autocopiativa. Ao abandonar o recinto **NON** poderá levar ningún cuestionario de preguntas. O Servizo Galego de Saúde facilitaralle o acceso aos mesmos a través da páxina web: www.sergas.es, logo de finalizados os tempos de exame.
Se ten que realizar o exercicio de lingua galega, permaneza no seu lugar. Ao finalizar o exercicio, garde este cuestionario no chan, baixo o seu asento e espere as indicacións para realizar a continuación o outro exame, en unidade de acto.

**LEA DETIDAMENTE AS INSTRUCCIÓNS QUE FIGURAN NO REVERSO
DA FOLLA DE RESPOSTAS PARA O SEU CORRECTO ENCHEMENTO**

EXAME EN GALEGO

APARATO DIGESTIVO - Ejercicio Específico

1. No marco dun programa de cribado poboacional, realízase colonoscopia a dous suxeitos A e B sen antecedentes familiares nin persoais de neoplasia. Ao suxeito A extirpáronse 2 adenomas tubulares de 7 e 9 milímetros respectivamente e ao suxeito B un adenoma tubulovelloso de 6 milímetros. Sinale a opción correcta segundo a Guía Europea de control de calidade en cribado e diagnóstico de cancro colorrectal:

- A) O suxeito A é de maior risco que o suxeito B.
- B) Ao tratarse dunha lesión única de menos de 10 milímetros, ao suxeito B pódese ofrecer cribado similar ao da poboación xeral para o futuro.
- C) En ámbolos casos debe facerse unha colonoscopia de control aos 3 anos.
- D) Ao suxeito A pódese ofrecer seguimento mediante sangue oculto en feces.

2. Indique o criterio que non forma parte dos criterios de Roma IV para o diagnóstico de extrinximento funcional:

- A) Sensación de evacuación incompleta en polo menos o 25 por cento das deposicións.
- B) Menos de 3 deposicións espontáneas completas á semana.
- C) Dor abdominal asociada a cambio da forma das deposicións.
- D) Esfuerzo excesivo polo menos no 25 por cento das deposicións.

3. Sinale cal non se considera un factor de risco de hemorraxia postpolipectomía de colon:

- A) Consumo de aspirina.
- B) Lesión serrada.
- C) Lesión sésil.
- D) Localización en colon dereito.

4. En relación á pancreatite aguda, sinale a opción incorrecta:

- A) A maioría das pancreatites agudas son leves.
- B) O risco de desenvolver pancreatite aguda severa en diabéticos é superior ao dos non diabéticos en igualdade de índice de masa corporal.
- C) De acordo coa clasificación de Atlanta, un paciente con pancreatite aguda e fracaso renal con acidose que se corríxen antes de 48 horas presenta unha pancreatite aguda moderadamente severa.
- D) A pancreatite necrotizante defínese pola non captación de contraste intravenoso en máis do 15 por cento da glándula pancreática ao realizar un TAC.

5. Segundo as guías da EASL (Asociación Europea do Estudo do Fígado). Cal dos seguintes non forma parte dos criterios definitivos para establecer o diagnóstico de hepatite autoinmune?

- A) Niveis normais de ferro e ferritina.
- B) Ausencia de historia recente de toma de fármacos hepatotóxicos.
- C) AMA maior o igual 1:80.
- D) Consumo de alcol diario inferior a 25 gramos ao día.

6. En relación ao diagnóstico da infección por Helicobacter Pylori, sinala a resposta falsa:

- A) A presenza de metaplasia intestinal é unha posible causa de resultado falso negativo do test de ureasa rápida antral.
- B) A administración de inhibidores da bomba de protóns durante os 14 días previos non negativiza o resultado da seroloxía.
- C) En áreas de baixa prevalencia de infección por Helicobacter Pylori o valor predictivo negativo da seroloxía é baixo.
- D) A administración previa de ácido cítrico para a proba de alento con urea marcada con ^{13}C diminúe o risco de falsos positivos.

7. A insuficiencia ou fallo hepático agudo sobre crónico é unha complicación frecuente en pacientes con cirrose hepática e de alta mortalidade a curto prazo, en relación co establecemento dunha situación de fallo multiorgánico. A identificación precoz da síndrome e o tratamento de soporte é importante dada a súa progresión rápida e as súas consecuencias prognósticas. Establecéronse unha serie de índices prognósticos para a estratificación do risco e axuda á toma de decisións. Que aseveración é correcta?

- A) A insuficiencia hepática aguda sobre crónica clasifícase en 3 estadio de gravidade en función do número e tipo de fallo de órganos observados. O estadio ao diagnóstico considérase o maior factor determinante de mortalidade a curto prazo e os estadio grao 3 (>3 fallos de órgano) no momento do diagnóstico considéranse irreversibles.
- B) Diferentes factores precipitantes favorecen o desenvolvemento de insuficiencia hepática aguda sobre crónica, tales como infeccións activas, alcoholismo activo ou reactivación do VHB. Identificar e tratar o factor precipitante xoga un papel clave no prognóstico do cadro, os casos nos que non se identifica o factor precipitante asócianse a maior mortalidade.
- C) O índice máis utilizado para a avaliación da síndrome de insuficiencia hepática aguda sobre crónica, CLIF-C Organ Failure score (CLIF-C OF) é unha versión simplificada e adaptada para cirrose do índice de avaliación de fallo de órganos en pacientes críticos. É útil tanto para o diagnóstico como para o prognóstico. A súa avaliación aos 3-7 días do diagnóstico permite predicir o prognóstico e valorar a posibilidade de avaliación de transplante hepático.
- D) A insuficiencia hepática aguda sobre crónica pode aparecer tanto en cirróticos compensados, representando o primeiro episodio de descompensación, como en cirróticos con descompensación previa. Nestes casos de cirrose descompensada previamente con episodios previos de ascite, encefalopatía ou HDA, a síndrome presenta peor prognóstico e maior mortalidade.

8. Sinala a afirmación falsa con respecto ao manexo da hemorraxia dixestiva alta.

- A) A sondaxe nasogástrica non demostrou ser útil nin para a monitorización da recidiva nin para a limpeza do estómago previo á endoscopia.
- B) A causa máis frecuente de morte en pacientes con HDA son as complicacións da súa patoloxía cardiovascular de base, desencadenadas pola hipovolemia.
- C) En pacientes graves recoméndase a colocación de dúas vías periféricas de grosso calibre para perfusión rápida de líquidos.
- D) A administración de eritromicina previa á endoscopia diminúe a necesidade de repetir a gastroscopia, a estancia hospitalaria e a necesidade de cirurxía.

9. Cal é a principal causa de fallo hepático fulminante en España?

- A) Intoxicación por setas.
- B) Intoxicación por paracetamol.
- C) Hepatite aguda polo virus da hepatite A.
- D) Hepatite aguda polo virus da hepatite B.

10. Muller de 72 anos con insuficiencia renal crónica, cardiopatía valvular e insuficiencia cardíaca congestiva grao III-IV segundo a clasificación NYHA, pancolite ulcerosa en tratamento con mesalazina que ingresa por brote severo de colite ulcerosa sen resposta clínica a esteroides iv ao terceiro día do inicio do tto. A paciente presenta 10-12 dp/día, con sangue en todas as deposicións, perda de apetito, aínda que mantén inxesta e dolorimento abdominal difuso. Análises: Hb 11,3 gr/dl; Leucocitose: 13.500 con desviación esquerda. Creatinina 2.6; Albúmina 3,1; PCR: 95. Coprocultivos negativos incluíndo estudo de Clostridium difficile. Rx abdominal: Non se observa dilatación colica. Rectosigmoidoscopia (sen preparación): actividade endoscópica difusa con ulceracións superficiais (Maio 3). Protocolo biolóxicos completo incluíndo estudo de quantiferon que é negativo. Que opción terapéutica de rescate pareceche a máis adecuada nesta situación?

- A) Ciclosporina 2mg/kg/iv e controis posteriores según niveis.
- B) Infliximab 5mg/kg en infusión iv (0-2-6 semanas).
- C) Tanto a opción A como a B sería adecuada nesta situación.
- D) Vedolizumab 300mg/iv (0-2-6 semanas).

11. En que momento está indicada a realización da endoscopia nun paciente que refire inxesta de cáusticos e que na placa de torax non se observan datos de perforación?

- A) Só se presenta disfagia, en calquera momento.
- B) Nas primeiras 3 horas.
- C) Nas primeiras 12 horas.
- D) Entre as primeiras 24 e 48 horas.

12. No rexistro de manometría de alta resolución dun paciente en estudo por disfagia e regurxitación, se obxectiva unha presión integrada de relaxación >15mm Hg e unha ausencia de peristaltismo en todas as deglucións. Segundo os criterios da Clasificación de Chicago, cal é o diagnóstico máis probable?

- A) Obstrución funcional da unión gastro-esofáxica.
- B) Acalasia.
- C) Espasmo esofáxico difuso.
- D) Esófago en quebranoces.

13. Cal das seguintes afirmacións é correcta con respecto aos corpos estranos dixestivos?

- A) Só está recomendada a realización de radiografía de torax e abdomen cando existe sospeita de óso.
- B) No bolo alimenticio, a pesar de que non se observe óso na radioloxía, non se debe demorar a súa extracción máis de 3h.
- C) A inxesta de coca-cola previa á endoscopia demostrou cientificamente ser eficaz na extracción de corpos estranos tipo bolo de carne.
- D) En casos como cepillos de dentes a extracción é inevitable, xa que non pasará o duodeno.

14. Con respecto á infección por Clostridium Difficile, sinala o enunciado falso:

- A) As esporas de Clostridium Difficile son resistentes ao pH gástrico.
- B) Defínese a recorrencia coma a aparición dun novo episodio de infección por Clostridium Difficile dentro das 8 semanas posteriores ao primeiro episodio tratado e cuxos síntomas foron resoltos.
- C) En países desenvolvidos, Clostridium Difficile é a causa máis frecuente de diarrea infecciosa en pacientes hospitalizados.
- D) En pacientes graves en dieta absoluta unha opción de tratamento é a vancomicina intravenosa.

15. Indique o test de laboratorio máis útil no diagnóstico diferencial entre pancreatite aguda biliar e pancreatite aguda por outras etioloxías:

- A) AST.
- B) Bilirrubina.
- C) ALT.
- D) Fosfatasa alcalina.

16. Cal das seguintes recomendacións da EASL en relación co manexo do fallo hepático fulminante non é correcta?.

- A) A noradrenalina é o vasopresor de elección nestes pacientes.
- B) Os corticoides diminúen a mortalidade nestes pacientes.
- C) Recoméndase a intubación nos pacientes con grao de encefalopatía 3-4.
- D) Na hepatitis hipóxica son útiles os axentes inotrópicos.

17. Nun paciente con colanxiite esclerosante primaria e colite ulcerosa en remisión, realízase unha colonoscopia e detéctanse lesións invisibles con displasia de alto grao confirmadas por dous patólogos. Que actitude se debe tomar ante este paciente segundo as recomendacións ESGE/AESL?.

- A) Cromoendoscopia con biopsias múltiples en 3 meses.
- B) Nova colonoscopia con biopsias múltiples en 3 meses.
- C) Endomicroscopia confocal con biopsias en 3 meses.
- D) Realizar proctocolectomía.

18. Segundo as guías ESGE/EASL. Cal é a técnica de elección para diagnosticar unha colanxite esclerosante primaria?.

- A) Ecoendoscopia.
- B) Colanxioresonancia.
- C) CPRE.
- D) Eco-Doppler.

19. En cal dos pacientes descritos a continuación en estudo por lesión sospeitosa de adenocarcinoma de páncreas é absolutamente necesaria a obtención de diagnóstico anatomopatolóxico?

- A) Paciente con lesión bordeline resecable, para manexo con quimioterapia.
- B) Paciente con lesión potencialmente resecable.
- C) As respostas a e b son correctas.
- D) Ningunha resposta é correcta.

20. Paciente de 75 anos con historia previa de ulcus gástrico e tratamento con AAS-100mg en relación con ictus previo. De maneira intermitente precisa tratamento con Ibuprofeno a doses baixas para control da dor relacionada coa súa coxartrose. Cal é a mellor opción de gastroprotección neste paciente?

- A) Erradicación de *Helicobacter pylori* se infección positiva e gastroprotección con IBPs.
- B) Gastroprotección con antiH2s ou misoprostol.
- C) Cambio de ibuprofeno por un inhibidor da COX-2.
- D) Revisar a indicación do tratamento con AAS-100mg e se é posible suspendelo.

21. Con respecto ás recomendacións da EASL sobre o tratamento da enfermidade de Wilson Que afirmación non é correcta?

- A) O tratamento inicial é con quelantes de cobre.
- B) A D penicilamina normalmente tolérase mellor que o dihidrocloruro de tetraminotrietileno.
- C) O primeiro ano de tratamento deben evitarse comidas e bebidas con altas concentracións de cobre.
- D) No embarazo debe continuarse o tratamento con D-penicilamina, pero a dose máis baixas.

22. Que enfermidade sospeitaría como primeira posibilidade nun paciente home de 31 anos con elevación persistente de transaminasas e presenza de anticorpos anti-LKM positivos e anticorpos anti LC-1 positivos?

- A) Hepatite autoinmune tipo I.
- B) Hepatite autoinmune tipo II.
- C) Hepatite autoinmune tipo III.
- D) Colanxite esclerosante primaria.

23. Segundo o 3eiro Consenso europeo para o diagnóstico e manexo da enfermidade de Crohn elaborado por ECCO en 2016, nun paciente con enfermidade de Crohn en tratamento con fármacos biolóxicos anti TNF-alfa que presenta unha perda de resposta a este tratamento, indique a opción correcta:

- A) Débese optimizar a dose do mesmo fármaco antiTNF que se está empregando.
- B) Débese cambiar a outro fármaco antiTNF, asumindo un fallo secundario.
- C) Débese cambiar a outro fármaco biolóxico con diferente diana terapéutica.
- D) Neste contexto clínico a aférese leucocitaria demostrou efectividade.

24. Sinale a opción correcta referente ao sangrado por enfermidade diverticular do colon:

- A) O sangrado diverticular ocorre en aproximadamente un 15 por cento dos pacientes con diverticulose.
- B) A taxa de resangrado tras unha hemorraxia dixestiva baixa autolimitada de orixe diverticular é superior ao 40 por cento aos 4 anos.
- C) Tras lograr hemostase endoscópica nunha hemorraxia diverticular débese recomendar ao paciente que evite o consumo de aspirina e antiinflamatorios non esteroideos e que engada á dieta suplementos diarios de fibra.
- D) O tratamento endoscópico da hemorraxia diverticular debe realizarse evitando a inxección de adrenalina diluída.

25. Descríbense diferentes situacións de pacientes con hepatopatía que deberían ser avaliados para transplante hepático. Sinala a situación en que NON estaría indicada aínda a realización de esta avaliación.

- A) Home, 72 anos, diagnosticado de hepatocarcinoma multinodular (3 nódulos; nódulo maior: 2.8cm de diámetro), sobre cirrose hepática Child–Pugh A3.
- B) Paciente con hepatitis alcohólica aguda grave no que se decide iniciar tratamento esteroideo.
- C) Cirrose biliar primaria (CBP): Descompensación de cirrose, complicacións de hipertensión portal ou prurito refractario a tratamento.
- D) Colanxite esclerosante primaria (CEP): Cirrose descompensada, hipertensión portal complicada ou episodios recorrentes de colanxite e sepse biliar.

26. Varón de 42 anos diagnosticado de enfermidade celíaca no que persiste diarrea crónica a pesar de que manifesta levar 14 meses realizando dieta sen glute de maneira correcta. Indique a resposta incorrecta:

- A) Considérase que este paciente cumpre criterios de enfermidade celíaca refractaria, a cal afecta ao 1 ou 2 por cento dos pacientes celíacos.
- B) É recomendable descartar intolerancia a fructosa neste paciente.
- C) É recomendable que a este paciente realíceselle unha biopsia de colon.
- D) A causa máis probable do cadro é a inxesta inadvertida e oculta de glute.

27. En referencia ao tratamento da síndrome de intestino irritable con estrinximento, e segundo a Guía de Práctica Clínica publicada na Revista Española de Enfermedades Digestivas no ano 2016, indique a resposta falsa:

- A) Un curso de tratamento de 6 semanas con suplementos de fibra soluble é suficiente para avaliar a súa eficiencia.
- B) Os ensaios clínicos realizados con polietilenglicol demostraron melloría na frecuencia deposicional e na distensión abdominal.
- C) Os espasmolíticos son superiores a placebo na melloría da distensión abdominal.
- D) Os antidepressivos tricíclicos deben evitarse.

28. En canto á elastografía de transición no manexo das hepatopatías virais, indique a opción correcta:

- A) A elastografía de transición é igual de precisa na detección de fibrose e cirrose na enfermidade hepática graxa non alcohólica como nas hepatopatías virais.
- B) En pacientes con hepatopatía viral, a elastografía de transición é máis precisa na detección de cirrose que na detección de fibrose significativa.
- C) O rendemento da elastografía de transición é superior na hepatopatía por VHB que na producida por VHC.
- D) Unha das vantaxes da elastografía de transición fronte aos biomarcadores séricos de fibrose nas hepatopatías virais é que nunca se ve afectada polo índice de masa corporal.

29. Nun paciente que padece un adenocarcinoma de páncreas de 25 mm de diámetro e limitado á cabeza pancreática, con ganglios rexionais positivos e sen metástese a distancia, o estadio é:

- A) Estadio IB.
- B) Estadio IIA.
- C) Estadio IIB.
- D) Estadio III.

30. Home de 58 anos diagnosticado de Adenocarcinoma ben diferenciado de esófago estadio T1a (M1) (Clasificación TNM–Estadio 1A T1N0M0) (Tumor localizado na mucosa a nivel intraepitelial). Que opción de tratamento indicarías?

A) Quimioterapia peiooperatoria e resección cirúrxica.

B) Esofaguetomía.

C) Pódese ofrecer tanto resección cirúrxica como resección endoscópica. O tratamento de resección endoscópica (mucosectomía ou DSE) sería unha opción adecuada en centros especializados.

D) Quimioterapia combinada con radioterapia.

31. Muller sa de 40 anos asintomática e que non consome fármacos á que en ecografía realizada en recoñecemento médico detéctaselle nódulo hepático levemente hipoecóico de 20 mm. Sinale a resposta correcta:

A) A lesión descrita probablemente trátase dunha metástase dun tumor oculto.

B) Debe realizarse unha RMN hepática e se non se trata dunha hiperplasia nodular focal típica, biopsiar inmediatamente a lesión.

C) Ao tratarse dunha muller en idade fértil debe extirparse esta lesión pois o máis probable é que se trate dun adenoma hepatocelular.

D) Se a RMN hepática ofrece dúbidas diagnósticas, a ecografía con potenciadores de sinal sería de gran utilidade no manexo desta paciente.

32. Con respecto ás recomendacións da Asociación Española para o Estudo do Fígado sobre o trasplante hepático en pacientes con hepatocarcinoma. En que caso non estaría indicado o trasplante hepático?.

A) Tumor único de 2 cms.

B) Tumor único de 5 cms.

C) 3 tumores menores de todos de 2 cms.

D) 4 tumores de 1 cm ou menores.

33. En relación ao tratamento con corticoides en caso de hepatite alcohólica é necesario ser consciente das súas limitacións e indicacións. Neste sentido sinalar que afirmación é FALSA:

A) Aínda que só unha pequena proporción de pacientes con hepatite alcohólica benefíciáanse do seu uso, a indicación aplícase ás formas graves de enfermidade (Índice de Maddrey >32) ou con encefalopatía hepática, sempre que non haxa contraindicacións.

B) É importante identificar aos pacientes con hepatite alcohólica que non van responder a corticoides evitando exposicións innecesarias. Está indicada a avaliación da resposta aos 7 días de tratamento esteroideo, xeralmente mediante a escala de Lille, que ten en conta os valores basales de Albúmina, creatinina, tempo de protrombina, idade do paciente e cambios do nivel de Bilirrubina (basal e tras 1 semana de tratamento).

C) Os pacientes con síndrome hepatorenal presentan boa resposta ao tratamento esteroideo sendo unha das indicacións claras de tratamento.

D) Dada a frecuencia de infeccións en pacientes con hepatite alcohólica grave, antes do inicio do tratamento esteroideo recoméndase a realización dunha análise sistemática da presenza de infección bacteriana e cultivos en sangue, ascite e ouriños.

34. Sinale a afirmación correcta con respecto ás recomendacións da Asociación Española do Estudio do Fígado sobre o cribado do carcinoma hepatocelular.

- A) A proba de cribado recomendada é a resonancia magnética de abdomen.
- B) Debe realizarse cribado en todos os pacientes infectados con virus da hepatitis C independentemente de que tiveran desenvolvido cirrose ou non.
- C) Non está recomendado o emprego da determinación de alfafetoproteína como técnica de cribado.
- D) A ecografía de cribado debe realizarse cada 6 meses, debéndose acurtar o intervalo naqueles pacientes con maior risco de desenvolver carcinoma hepatocelular.

35. Cal dos seguintes tumores de colon presenta unha menor supervivencia aos 5 anos?.

- A) T4N2M0.
- B) T4N0M0.
- C) T1N0M1.
- D) T3N1M0.

36. Sinale a opción correcta no manexo da pancreatite aguda necrotizante:

- A) Non se deben administrar antibióticos intravenosos con intención de previr infección.
- B) A drenaxe endoscópica da necrose encapsulada, a diferenza do dos pseudoquistes, debe realizarse antes das 4 semanas para previr a infección da mesma.
- C) Para demostrar a existencia de necrose pancreática, a proba de elección é o TAC con contraste nas primeiras 48 horas tras o debut da pancreatite aguda.
- D) A infección da necrose pancreática adoita ocorrer nos primeiros 10 días desde o debut da pancreatite aguda.

37. Unha das complicacións máis frecuentes da CPRE é a pancreatite post-CPRE. Establecéronse unha serie de pautas ou tratamentos que axudan á súa prevención nalgúns casos. Sinale cal dos tratamentos especificados NON se recomenda para a prevención da pancreatite post-CPRE.

- A) Administración de 100 mg de diclofenaco ou indometacina rectal a todos os pacientes que non teñan contraindicación para o tratamento con AINES.
- B) Se durante a técnica realízase unha canulación repetida do conduto pancreático recoméndase a colocación dunha prótese pancreática xunto coa administración de indometacina rectal.
- C) Se se realiza esfinteroplastia sen esfinterotomía previa (pacientes con alteracións da coagulación), increméntase a posibilidade de pancreatite, polo que é recomendable utilizar un balón de dilatación de 8mm como máximo.
- D) Infusión intravenosa de somatostatina mentres se está realizando a CPRE.

38. En referencia ao tratamento crónico con inhibidores da bomba de protóns na enfermidade por reflujo gastroesofáxico, indique a opción falsa:

- A) 20 mg. de omeprazol inducen maior tempo de pH intragástrico maior de 4 que 40 mg. de pantoprazol.
- B) Non se recomenda suspender o tratamento con inhibidores da bomba de protóns para evitar o risco de fracturas óseas.
- C) A Axencia Española de Medicamentos e Produtos Sanitarios recomenda control de magnesemia ao inicio do tratamento.
- D) Nos pacientes con máis de 3 anos de tratamento con inhibidores da bomba de protóns recoméndase determinar os niveis de cobalamina, e facer seguimento anual ou bianual.

39. Cal é o rango de idade máis común de impactación de corpos estranos esofáxicos?

- A) Entre os 6 meses e os 3 anos.
- B) Entre os 8 e os 12 anos.
- C) Entre os 20 e os 30 anos por a esofaxite eosinofílica.
- D) A partir dos 70 anos polos trastornos motores do ancián.

40. Respecto á Síndrome de Peutz–Jeghers, sinala a opción incorrecta:

- A) A incidencia de cancro de páncreas nestes pacientes é superior ao 10 por cento.
- B) O cancro máis frecuente nestes pacientes é o colorrectal.
- C) É unha causa de hemorraxia dixestiva de orixe escura.
- D) Nas mulleres con esta patoloxía existe un incremento significativo do risco de cancro xenital pero non de cancro de mama.

41. A presenza de determinados "factores de risco" nas neoplasias quísticas do páncreas relaciónanse cun alto risco de malignización e a súa presenza pode facer considerar a cirurxía directamente en función do risco cirúrxico do paciente. Sinala cal dos seguintes NON se considera de alto risco de malignización.

- A) Ictericia obstructiva nun paciente cunha neoplasia quística na cabeza de pancreas.
- B) A presenza de compoñentes ou nódulos sólidos dentro do quiste que se realzan co contraste.
- C) A comunicación da lesión quística co conduto pancreático principal.
- D) Unha dilatación do conduto pancreático >10mm.

42. En referencia á síndrome de Budd–Chiari, e segundo a Guía de Práctica Clínica Europea publicada no ano 2016, indique cal é a opción falsa:

- A) A presentación asintomática está frecuentemente asociada coa presenza de grandes colaterais venosas.
- B) Polo seu maior risco trombótico, as pacientes embarazadas diagnosticadas de síndrome de Budd–Chiari deben ser tratadas o antes posible con antagonistas da vitamina K.
- C) Nos países occidentais, a angioplastia é o tratamento definitivo en menos do 10% dos pacientes.
- D) Tras a instauración do tratamento anticoagulante, o INR debe estar entre 2 e 3.

43. A existencia de determinadas características nun paciente con colelitiase sintomática asócianse a alta probabilidade de coledocolitiase non sendo necesarios máis estudos radiolóxicos antes de solucionar o cadro mediante CPRE ou cirurxía, salvo en caso de sospeita de neoplasia biliopancreática asociada. Das situacións descritas, sinala a que non se asocia a alta probabilidade de coledocolitiase e por tanto sería necesario realizar outras probas diagnósticas antes de programar CPRE ou cirurxía.

- A) Colelitiase sintomática e identificación clara de coledocolitiase en ecografía abdominal.
- B) Colelitiase sintomática e colanxite asociada.
- C) Colelitiase sintomática, analítica normal e dilatación da vía biliar por ecografía.
- D) Colelitiase sintomática, ictericia e dilatación da vía biliar por ecografía.

44. Muller sen antecedentes de interese á que en ecografía rutineira por cólico nefrítico detéctaselle unha lesión hepática hiperecogénica, homoxénea con bordos ben definidos e intensificación posterior, de 14 mm. Sinale a opción correcta de acordo coas guías clínicas europeas:

- A) A lesión descrita moi probablemente é un hemanxioma típico e non resulta imprescindible confirmación por outras técnicas de imaxe máis avanzadas.
- B) Nesta paciente, debido ao tamaño da lesión, é imprescindible estudo adicional con RMN.
- C) Debe recomendarse á paciente que evite o uso de anticonceptivos orais.
- D) Recoméndase control ecográfico anual da lesión.

45. Con respecto á infección por Helicobacter Pylori, indique cal dos seguintes enunciados é correcto:

- A) Os pacientes con colonización distal do estómago por Helicobacter Pylori presentan máis frecuentemente úlcera gástrica.
- B) Recoméndase a investigación e tratamento da infección por Helicobacter Pylory en todos os pacientes que van requirir tratamento continuado con inhibidores da bomba de protóns.
- C) A infección por Helicobacter Pylory e os AINES son factores de risco independentes para as complicacións da úlcera péptica.
- D) Os enunciados a e c son correctos.

46. Cal dos seguintes factores non se considera de alto risco para facer unha endoscopia nun paciente con dor epigástrico que aparece ás 2–3 horas da inxesta e que se alivia coa inxesta e/o con antiácidos.

- A) Historia familiar de primeiro grado de cancro gástrico.
- B) Ter 40 anos.
- C) Vómitos persistentes.
- D) Perda de peso importante.

47. En que situacións das sinaladas NON estaría indicado a realización de PHmetría de 24 horas?

- A) Pacientes con síntomas típicos de RGE sen afectación endoscópica nin resposta a IBPs.
- B) Pacientes con síntomas típicos de RGE sen esofaxite endoscópica onde se valora a posibilidade de cirurxía antirefluxo.
- C) Pacientes con esofaxite endoscópica e mala resposta a tratamento médico con IBPs.
- D) Paciente con síntomas atípicos de RGE ou extraesofáxicos (larinxite, broncoespasmo, rouquén, tose), sen afectación endoscópica e sen resposta a dose dobre de IBPs.

48. Sinale a entidade que non se asocia con dispepsia:

- A) Úlcera gastroduodenal.
- B) Colelitíase.
- C) Infección por Giardia Lamblia.
- D) Consumo de aspirina.

49. Indique cal das seguintes opcións non é causa de pseudoobstrución intestinal crónica secundaria:

- A) Hipotiroidismo.
- B) Feocromocitoma.
- C) Hiperparatiroidismo.
- D) Enterite rádica.

50. En referencia á colite microscópica como posible causa de diarrea crónica, sinale o enunciado falso:

- A) Ata un 30% de pacientes con enfermidade celíaca presentan no colon cambios histolóxicos concordantes con colite microscópica.
- B) O tratamento con inhibidores da recaptación de serotonina é un factor de risco asociado a colite microscópica.
- C) A toma de biopsias de colon ascendente, transverso e descendente ten un rendemento diagnóstico do 75%.
- D) Os síntomas diminúen co xaxún.

51. Segundo o 3eiro Consenso europeo para o diagnóstico e manexo da enfermidade de Crohn elaborado por ECCO en 2016, sinale a afirmación verdadeira:

- A) O uso de tiopurinas está asociado a un incremento do risco de linfoma de Hodgkin.
- B) Non existe evidencia para concluir que os fármacos antiTNF incrementan o risco de enfermidade linfoproliferativa.
- C) Tras a suspensión das tiopurinas, o risco de enfermidade linfoproliferativa desaparece.
- D) A combinación de tiopurinas e fármacos antiTNF non incrementa o risco de enfermidade linfoproliferativa.

52. Varón de 76 anos que acode ao hospital referindo rectorraxia indolora con mareo. Na exploración física presenta hipotensión e taquicardia e confírmase a existencia de sangue fresco con coágulos no tacto rectal. Sinale a actitude máis acertada unha vez estabilizado o paciente:

- A) Preparación oral do colon con polietilénglicol e colonoscopia.
- B) Limpeza urxente do colon con enemas e colonoscopia.
- C) TAC multidetector.
- D) Anxiografía.

53. Home, 55 anos, bebedor habitual durante máis de 10 anos que ingresa por ictericia e ascite. Non refire outros antecedentes de interese nin episodios previos similares. Analítica: Aumento do VCM sen anemia, GOT 240UI/L; GPT 90 UI/L; GGT 820 UI/L; Bilirrubina 18mg/dl; Albúmina 3.2 gr/dl; Creatinina 1.1 mg/dl; Alongamento do tempo de protrombina TP 19s (normal 11–13s). Seroloxías hepatite e VIH negativas. Cos valores de bilirrubina e TP calcúlase o índice de Maddrey: 45.6 (compatible con hepatite alcohólica grave). Punción de líquido ascítico descarta infección (leucocitos <250/mm³). Ecografía abdominal: Hepatomegalia e infiltración graxa. Ascite moderada. Esplenomegalia leve con aumento de calibre da vea porta. Biopsia hepática transxugular: Esteatose, hepatocitos balonizados e infiltrado inflamatorio de PMN. Que actitude terapéutica aconsellarías?

- A) Trátase dun primeiro episodio de hepatite alcohólica nun home novo sen datos de encefalopatía nin alteración da función renal. Abstinencia alcohólica, soporte nutricional e seguimento.
- B) Trátase dun primeiro episodio de hepatite alcohólica nun home novo sen datos de encefalopatía nin alteración da función renal. A ascite e a insuficiencia hepática que presenta o paciente favorece a aparición de síndrome hepato-renal, instauraría tratamento iv con Albúmina como prevención da súa aparición, abstinencia alcohólica, soporte nutricional e tratamento con N-acetilcisteína 100mg/kg.
- C) Trátase dunha hepatite alcohólica aguda grave e o paciente non presenta contraindicación para o tratamento con corticoides. Iniciaría tratamento con prednisolona 40mg/día e valoraría a resposta aos 7 días de tratamento.
- D) Trátase dunha hepatite alcohólica aguda grave subsidiaria de tratamento con pentoxifilina 400mg/8h. A pentoxifilina ten a mesma eficacia que os esteroides cun mellor perfil de seguridade considerándose de primeira elección nestes casos e reservando os esteroides para pacientes refractarios.

54. Con respecto ás condicións premalignas do adenocarcinoma gástrico, indique a opción falsa:

- A) A metaplasia intestinal tipo I non é factor de risco para adenocarcinoma gástrico.
- B) A gastrite atrófica asociada a *Helicobacter Pylori* induce menos risco de desenvolvemento de cancro gástrico que a gastrite atrófica metaplásica autoinmune.
- C) Os pólipos hiperplásicos que desenvolven transformación maligna provocan adenocarcinomas de tipo intestinal.
- D) A cirurxía Billroth II provoca un risco de cancro gástrico catro veces maior ca cirurxía Billroth I.

55. Indique cal dos seguintes non é un factor predictivo de resistencia do linforma MALT gástrico ao tratamento mediante a erradicación de *Helicobacter Pylori*:

- A) Afectación ganglionar ao diagnóstico.
- B) Ausencia de infección por *Helicobacter Pylori*.
- C) Localización gástrica distal.
- D) Todos os anteriores son factores predictivos de resistencia do linforma MALT gástrico ao tratamento mediante a erradicación de *Helicobacter Pylori*.

56. Sinala a opción incorrecta con respecto á enteroscopia no estudo do paciente con hemorraxia dixestiva de orixe escura:

- A) Salvo existencia de contraindicación, debe realizarse enteroscopia asistida con balón a todo paciente con hemorraxia dixestiva de orixe escura e estudo mediante cápsula endoscópica sen achados.
- B) A enteroscopia por pulsión ten un rendemento diagnóstico inferior ao estudo con cápsula endoscópica do intestino delgado.
- C) Unha das posibles complicacións da enteroscopia asistida mediante balón é a pancreatite aguda.
- D) Recoméndase enteroscopia asistida con balón en pacientes con síndrome de Peutz Jeghers só con finalidade terapéutica.

57. Cal é a mellor opción terapéutica ou pode considerarse como o tratamento de elección, para un paciente home de 40 anos sen outra patoloxía de interese, diagnosticado de acalasia tipo II?

- A) Ao tratarse dun home novo con baixo risco cirúrxico a miotomía laparoscópica con funduplicatura parcial constitúe o tratamento de elección.
- B) Dada a eficacia actual da dilatación neumática endoscópica e o menor índice de complicacións nun paciente sen tratamento previo, esta sería a opción de elección, quedando a cirurxía relegada aos fracasos do tratamento endoscópico.
- C) Pode considerarse de primeira elección no tratamento inicial da acalasia, tanto a dilatación endoscópica como a miotomía laparoscópica + funduplicatura parcial. A elección realizarase en función das preferencias do paciente e a experiencia endoscópica/cirúrxica do centro.
- D) Dados os bos resultados obtidos coa miotomía endoscópica (Técnica POEM) superiores ao 90% a curto e longo prazo, na actualidade considérase a técnica de elección en centros con suficiente experiencia para a súa realización.

58. Segundo a guía da ESGE, en relación coa hemorraxia dixestiva de orixe escura, é certo que:

- A) Ante un primeiro estudo con cápsula endoscópica de intestino delgado sen achados patolóxicos, sempre debe realizarse un segundo estudo de intestino delgado por cápsula ou outras técnicas que descarte por completo a existencia de lesións.
- B) Ante a sospeita clínica dunha enfermidade de Crohn con ileocolonoscoopia normal e sen clínica obstrutiva nin estenoses coñecidas, recoméndase como exame inicial a cápsula endoscópica de intestino delgado.
- C) Supón aproximadamente un 15 por cento das hemorraxias dixestivas.
- D) Debido ao alto risco de retención da cápsula endoscópica, está contraindicado o estudo de intestino delgado mediante a mesma en pacientes con hemorraxia dixestiva de orixe escura e historia de consumo crónico de antiinflamatorios non esteroideos.

59. A peritonite bacteriana espontánea (PBE) é frecuente en cirróticos con ascite. Identificáronse poboacións de pacientes cirróticos de "alto risco de desenvolvemento de PBE" onde se recomenda a profilaxe antibiótica. En que caso estaría indicada?

- A) Pacientes cirróticos con ascite e hemorraxia por varices esofáxicas. Profilaxe con ceftriaxona iv (1gr/día) ou norfloxacino oral (400mg/12h durante 7 días).
- B) Pacientes cirróticos con ascite e alto contido de proteínas en líquido ascítico (>1.5gr/dl). Profilaxe a longo prazo con norfloxacino oral 400mg/24h.
- C) Cirrose con encefalopatía hepática. Profilaxe de PBE con ceftriaxona iv (1gr/día) ou norfloxacino oral (400mg/12h) durante 7 días.
- D) En todas as situacións estaría indicada a profilaxe.

60. A cápsula endoscópica permite a visualización do intestino delgado de maneira non invasiva e xeralmente utilízase de maneira complementaria con outras técnicas endoscópicas e radiolóxicas. Nas guías clínicas recóllense unha serie de recomendacións para a súa utilización diagnóstica ante determinadas patoloxías. Sinala a incorrecta:

- A) Recoméndase a realización de estudo mediante cápsula endoscópica en pacientes con alta sospeita clínica de enfermidade de Crohn e negatividade de probas endoscópicas (ileocolonoscoopia) e radiolóxicas (EnteroTC/EnteroRM).
- B) Recoméndase a realización de estudo mediante cápsula endoscópica en paciente con hemorraxia dixestiva manifesta de orixe descoñecida tras a realización de gastroscopia e colonoscopia de calidade.
- C) Recoméndase a realización de estudo mediante cápsula endoscópica en pacientes con alta sospeita de enfermidade celíaca e normalidade histolóxica en biopsias duodenais.
- D) Recoméndase a realización de estudo de cápsula endoscópica en pacientes con síndrome de polipose intestinal que requiran seguimento.

61. Cal dos seguintes achados é menos característico dun paciente diagnosticado de Enfermidade de Wilson segundo as guías da EASL?

- A) Presenza de anel de Kayser–Fleisher.
- B) Ceruloplasmia con valores 50% inferiores á normalidade.
- C) Cupruria diminuída.
- D) Cobre intrahepático elevado.

62. Varón de 57 anos ao que se diagnostica cirrose hepática con ascite e edemas evidentes. Na analítica presenta ALT normal e detéctase DNA de VHB. Sinale a opción correcta no manexo deste paciente:

- A) É adecuado o tratamento con interferón alfa pegilado.
- B) Ao ter ALT normal e estar descompensado, non se recomenda tratamento antiviral de entrada ata corrixir a descompensación.
- C) É adecuado iniciar precozmente tratamento con entecavir.
- D) Ao tratarse dun paciente con risco de disfunción renal, o tenofovir é o antiviral de elección.

63. Respecto ao abordaxe diagnóstico da pancreatite crónica, indique a opción falsa:

- A) O recheo duodenal durante a pancreatografía mediante RMN con administración de secretina permite avaliar o grao de severidade da pancreatite crónica.
- B) A ecografía abdominal só é útil para diagnosticar pancreatite crónica en fases avanzadas.
- C) A ecografía endoscópica é a técnica de imaxe máis sensible para diagnosticar pancreatite crónica.
- D) A ecografía abdominal con potenciadores de sinal é útil no diagnóstico diferencial entre pancreatite crónica focal e adenocarcinoma pancreático.

64. Home, 42 anos, diagnosticado de pancolite ulcerosa hai 3 anos, en remisión durante os dous últimos anos con azatioprina (2.5mg/kg). Ingreso por brote grave de colite ulcerosa, presentando >12 deposicións con sangue, febre > 38°, dor abdominal e cansazo importante. Analítica ao ingreso: Hb 10 gr/dl, Albumina 3, PCR 95 e calprotectina >1000. Coprocultivos negativos incluíndo estudo de Clostridium difficile. Rx. abdome: non se observa dilatación de colon. Mantoux e quantiferon negativos. Rectosigmoidoscopia (sen preparación): afectación mucosa continua, severa, con ulceracións profundas. Descártase infección por CMV. Iníciase tratamento intravenoso con 60mg de metilprednisolona sen resposta clínica nin analítica satisfactoria nos tres primeiros días. Analítica (terceiro día de tto esteroideo iv): Leucocitos: 16.000 con DEI; Hb 9,2 gr/dl; Albumina: 2,9; Creatinina: 2,1; PCR: 112; Calcio: 7,8; Magnesio: 0,8 (normal >1.5); Colesterol total: 90 (190–240). Rx abdominal: sen cambios. ¿Que tratamento de rescate sería o mais adecuado neste caso?

- A) Inicio tratamento intravenoso con ciclosporina 4mg/kg/día e axuste posterior segundo niveis. Vixilancia médico-cirúrxica.
- B) Tratamento intravenoso con Infliximab 5mg/Kg, vixilancia médico cirúrxica, considerar intensificación se perda de resposta precoz segundo a situación clínica do paciente.
- C) Poderíamos utilizar tanto ciclosporina a doses de 2mg/kg/día e axuste posterior por niveis, como Infliximab 5mg/kg. Os dous tratamentos demostraron porcentaxes similares de eficacia nestes casos, por tanto a elección farase en función da experiencia do médico cun ou outro tratamento ou criterios de custo-efectividade.
- D) O paciente cumpre criterios de gravidade desde o inicio e non está a mellorar nada cos esteroides, ademais están a empeorar os datos analíticos con rapidez, a mellor opción é a colectomía.

65. En relación á endoscopia dixestiva alta no manexo do paciente dispéptico, sinale a opción falsa:

- A) Estímase que menos dun 10 por cento dos pacientes dispépticos non tratados terán unha esofaxite erosiva na endoscopia.
- B) A probabilidade de que un paciente dispéptico presente cancro gástrico na endoscopia é igual ou inferior ao 1 por cento.
- C) Trátase da exploración de elección na investigación dos pacientes dispépticos.
- D) O achado endoscópico de gastrite crónica non se correlaciona ben coa presenza ou ausencia de síntomas dispépticos.

66. Para determinar a prioridade dos pacientes incluídos na lista de transplante utilízanse diferentes escalas como a MELD ("Model of End-stage liver disease") baseada en variables obxectivas como a creatinina, bilirrubina ou INR. En relación coa escala MELD sinala a resposta correcta:

- A) A escala MELD é un bo predictor da mortalidade pre-transplante hepático a curto prazo, é unha escala obxectiva e pode ser utilizada para a asignación de órganos.
- B) Recoméndase incluír na lista de candidatos a transplante hepático pacientes con puntuacións baixas na escala MELD, os mellores candidatos son pacientes con MELD<14.
- C) A escala MELD é un bo predictor de mortalidade e de desenvolvemento de complicacións post-transplante hepático.
- D) Na escala MELD contémpense complicacións do paciente cirrótico importantes como ascite refractaria ou encefalopatía.

67. Todas as seguintes circunstancias clínicas menos unha poden provocar diminución da sensibilidade de todos os métodos diagnósticos de *Helicobacter Pylori* con excepción da seroloxía. Sinala cal:

- A) Gastrite crónica activa.
- B) Linforma MALT gástrico.
- C) Gastrite atrófica.
- D) Hemorragia dixestiva alta:

68. En relación ao tratamento da pseudoobstrución intestinal crónica, indique a resposta verdadeira:

- A) Se se identifica un segmento de intestino delgado afecto, o tratamento cirúrxico mediante resección ou by-pass é a primeira opción.
- B) Octeótrido está contraindicado en pacientes tratados con eritromicina.
- C) Aos pacientes en tratamento con nutrición parenteral débeseles estimular para que maximicen a inxesta oral que toren.
- D) Só se considera o transplante intestinal nos pacientes que presentan complicacións graves derivadas da nutrición parenteral.

69. Segundo as recomendacións da Asociación Europea do Estudo Enfermidades Hepáticas, sinala a resposta correcta con respecto ao tratamento da cirrose biliar primaria.

- A) O ácido ursodesoxicólico a dose de 25 mg/kg/día é o tratamento de elección recomendado.
- B) Recoméndase unha duración máxima do tratamento con ácido ursodesoxicólico de 5 anos consecutivos e 10 anos en global alternos.
- C) Recoméndase o uso de ácido obeticólico nos pacientes intolerantes ao ácido ursodesoxicólico.
- D) A EASL recomenda budosenida 9 gr/día como tratamento de elección nos pacientes refractarios a ácido ursodesoxicólico.

70. En relación coa indicación de realizar CPRE en pacientes con pancreatite aguda de orixe biliar, que afirmación é falsa?

- A) En caso de pancreatite aguda de orixe biliar e colanxite/sepse biliar asociada debe realizarse CPRE e drenaxe biliar dentro das 24 horas da súa presentación.
- B) En caso de pancreatite aguda de orixe biliar con obstrución persistente da vía biliar, debe realizarse CPRE con esfinterotomía e limpeza da vía biliar entre as 24–72h da súa presentación.
- C) En caso de pancreatite aguda biliar resolta sin evidencia analítica ou radiolóxica de coledocolitiasis e programada para colecistectomía non hai necesidade de realizar CPRE.
- D) Se se realiza una CPRE a un paciente con pancreatite aguda biliar a incidencia de complicacións aumenta e a evolución pode ser peor. Está contraindicada a súa realización nas primeiras semanas da súa presentación.

71. En referencia ao adenocarcinoma gástrico, indique a resposta falsa:

- A) O tipo histolóxico difuso aparece en pacientes de menor idade que o tipo histolóxico intestinal.
- B) Un de cada cinco pacientes presenta metástase no momento do diagnóstico.
- C) O tumor localizado no fundus gástrico clasifícase como distal.
- D) O tipo histolóxico intestinal está máis relacionado con factores dietéticos que o tipo difuso.

72. No tratamento do estrinximento funcional, é certo que:

- A) Desde o primeiro momento debe indicarse un alto consumo de fibra insoluble a todos os pacientes.
- B) Entre os laxantes osmóticos, o polietilén glicol resulta de primeira elección pola súa maior eficacia e menores efectos secundarios.
- C) O perfil de seguridade dos laxantes osmóticos é inferior ao dos laxantes estimulantes, especialmente en anciáns e cardiópatas.
- D) O exercicio físico aeróbico practicado de forma regular non mellora o tempo total de tránsito colónico se non se asocia a laxantes estimulantes.

73. Indique cal dos seguintes fármacos non se relacionou coa produción da síndrome de obstrución sinusoidal:

- A) Gentuzumab.
- B) Azatioprina.
- C) Carmustina.
- D) Azacitidina.

74. En relación ás distintas entidades clínicas causantes de diarrea crónica, indique cal das seguintes opcións é falsa.

- A) A síndrome de Polle cursa con diarrea facticia.
- B) A isquemia mesentérica crónica é unha das posibles causas de diarrea crónica con esteatorrea.
- C) No diagnóstico de malabsorción de lactosa, o test de alento con H₂ considérase anormal se se demostra unha elevación do H₂ no alento maior de 20 ppm, en relación aos niveis basais.
- D) Ata un 40 por cento dos pacientes colecistectomizados poden presentar diarrea.

75. O número de factores de risco de desenvolvemento de complicacións gastrointestinais por AINES é un factor para ter en conta á hora de decidir utilizar gastroprotección. Que factor NON se considera de risco de desenvolvemento de complicacións co uso de AINES?

- A) Tratamento concomitante con anticoagulantes ou corticoides.
- B) Idade >65 anos.
- C) Diabete insulino-dependente.
- D) Historia previa de ulcus gastro-duodenal.

76. Indique que manifestación non é frecuente na enfermidade celíaca non complicada:

- A) Esteatorrea.
- B) Sintomatoloxía de enfermidade por refluxo gastroesofáxico.
- C) Estomatite aftosa recorrente.
- D) Náuseas e vómitos.

77. O manexo e tratamento do cancro de esófago establécese no contexto de equipos multidisciplinares de traballo. Para realizar un estadiaxe correcto establécense unha serie de recomendacións, entre as que non está incluída (sinale unha das seguintes):

- A) Débese realizar un TAC multicorte toraco-abdominal e pélvico ou un 18-FDG-PET para establecer a presenza de enfermidade metastásica.
- B) Aínda que non se contempla a realización rutineira de ecoendoscopia para establecer un correcto estadiaxe, ten vantaxes na avaliación da profundidade da invasión tumoral e na avaliación e definición de lesións T1.
- C) A proba máis sensible para o re-estadiaxe do paciente tras tratamento neo-adxuvante é o TAC multicorte por encima do FDG-PET/TAC ou a ecoendoscopia.
- D) A realización de citoloxía aspirativa por ecoendoscopia incrementa o rendemento diagnóstico da proba para a detección de adenopatías malignas.

78. Cal dos seguintes factores non se considera un factor de risco de recurrencia ulcerosa péptica?

- A) Necesidade de tratamento continuo con AINE.
- B) Necesidade de tratamento anticoagulante.
- C) Necesidade de tratamento con córticoesteroides.
- D) Tabaquismo.

79. A cal dos seguintes individuos non recomendaría realización de screening de adenocarcinoma ductal pancreático?

- A) Individuo diagnosticado de síndrome de Peutz-Jeghers.
- B) Individuo con antecedentes familiares de pai e 2 curmáns paternos diagnosticados de adenocarcinoma de páncreas.
- C) Individuo con antecedente familiar de nai diagnosticada de adenocarcinoma de páncreas aos 50 anos.
- D) En todos os individuos anteriores indicaría o screening.

80. Con respecto á síndrome de intestino irritable, sinale a resposta falsa:

- A) A síndrome de intestino irritable está asociada con maior risco de colite isquémica.
- B) Segundo criterios Roma IV, a dor abdominal relacionase coa defecación.
- C) Rifaximina recoméndase en pacientes sen estrinximento.
- D) A prevalencia obtida cos criterios Roma IV é maior que a obtida cos criterios Roma III.

81. En relación co manexo de antiagregantes/anticoagulantes en procedementos endoscópicos, a actitude ante o tratamento é diferente segundo o risco cardiolóxico do paciente, o tipo de procedemento endoscópico e o tipo de medicación. Sinala que actitude é incorrecta:

- A) Pacientes con dobre antiagregación (clopidogrel + aspirina) e baixo risco trombótico (cardiopatía isquémica sen stent, enfermidade cerebro-vascular), programados para polipectomía endoscópica, recoméndase a suspensión de ambos os medicamentos 5 días antes da polipectomía.
- B) Pacientes con dobre antiagregación (clopidogrel + aspirina) e alto risco trombótico (stent coronario), programados para polipectomía endoscópica, recoméndase comentar co cardiólogo a posibilidade de retirar clopidogrel 5 días antes da proba, mantendo a aspirina.
- C) Paciente con dobre antiagregación (clopidogrel + aspirina) e realización de gastroscopia ou colonoscopia diagnóstica recoméndase realizar a proba sen suspender ningunha medicación.
- D) Paciente en tratamento con dabigatran, función renal normal e realización de polipectomía endoscópica recoméndase tomar a última dose de anticoagulante 48 horas antes do procedemento.

82. En cal das seguintes localizacións é menos común a aparición dun cancro de colón?.

- A) Colon dereito e cego.
- B) Colon descendente.
- C) Sigma.
- D) Recto.

83. Segundo a guía publicada pola ESGE en 2017 con respecto ao manexo endoscópico do esófago de Barret, nun paciente mal candidato cirúrxico, diagnosticado de adenocarcinoma sobre Barrett con estadio T1b, a resección endoscópica podería ser unha opción válida alternativa á cirurxía. Indique cal é a profundidade de invasión submucosa que se considera de bo prognóstico na análise histopatolóxica da peza resecada:

- A) Invasión submucosa limitada a menos de 300 micras.
- B) Invasión submucosa limitada a menos de 400 micras.
- C) Invasión submucosa limitada a menos de 500 micras.
- D) Invasión submucosa limitada a menos de 1000 micras.

84. Sinale a opción correcta respecto á hepatite por VHE:

- A) A transmisión do VHE prodúcese por auga ou alimentos contaminados e nunca por transfusións ou perinatal.
- B) O VHE nunca ocasiona cirrose hepática.
- C) Aproximadamente a metade das infeccións por VHE son sintomáticas.
- D) Ata nun 60 por cento dos casos de hepatite aguda por VHE pode producirse colestase de varias semanas ou mesmo meses de duración.

85. O desenvolvemento de encefalopatía hepática nun paciente cirrótico é frecuente e debe ser clasificada en función da enfermidade subxacente, a gravidade das súas manifestacións, a súa evolución no tempo e a presenza de factores precipitantes. En función desta clasificación pódense establecer unha serie de recomendacións entre as que NON atopamos:

- A) Tras un episodio inicial de encefalopatía hepática sintomática recoméndase o tratamento con lactulosa para a prevención de episodios recorrentes.
- B) Se un paciente en tratamento con lactulosa presenta un novo episodio de encefalopatía é recomendable complementar o tratamento engadindo rifaximina.
- C) Recoméndase a profilaxe con lactulosa ou rifaximina para a profilaxe primaria de encefalopatía hepática tras a colocación dun TIPS.
- D) A encefalopatía hepática recorrente intratable no paciente cirrótico considérase unha indicación para transplante hepático.

86. En relación coa aparición dun pioderma gangrenoso nun paciente con colite ulcerosa, que é certo?

- A) É unha manifestación extraintestinal que só se observa en brotes graves de colite ulcerosa ou enfermidade de Crohn.
- B) A miúdo adoitan aparecer tras un pequeno trauma na zona (paterxia).
- C) O tratamento de primeira liña do pioderma gangrenoso son os antibióticos.
- D) Calquera tratamento biolóxico, incluíndo Infliximab, adalimumab ou vedolizumab considérase adecuado ante un pioderma gangrenoso que non responda a tratamento esteroideo.

87. No manexo do paciente con pancreatite crónica e insuficiencia pancreática exocrina (IPE), sinala a opción verdadeira:

- A) A IPE leve defínese pola secreción pancreática normal de enzimas asociada a diminución da concentración de bicarbonato no zume duodenal.
- B) A esteatorrea é evidente cando a secreción de lipasa é inferior ao 50 por cento do seu valor normal.
- C) Nun 25 por cento dos pacientes existe discordancia entre a extensión das alteracións morfolóxicas da pancreatite crónica e a diminución de función pancreática.
- D) Os inhibidores da bomba de protóns diminúen a eficacia da terapia substitutiva con enzimas da IPE.

88. Paciente de 75 anos que en estudo de TAC abdominal realizado por hematuria se obxectiva unha lesión de 4 cm e aspecto multi-quístico na cabeza de páncreas, con polo menos dous pequenos nódulos de aspecto sólido próximos á parede do quiste. Asintomático desde o punto de vista dixestivo. Analítica normal. Realízase estudo de colangiopancreatografía por resonancia observando continuidade da lesión co segmento proximal do conduto pancreático que non presenta dilatación. Cal sería a actitude para seguir?

- A) É unha lesión quística de aspecto benigno nun paciente asintomático. Aconséllase seguimento radiolóxico anual.
- B) Estaría indicada a realización de colangiopancreatografía retrograda endoscópica (CPRE) e colocación de prótese plástica pancreática para asegurar a drenaxe pancreático e evitar pancreatite de repetición.
- C) É necesario completar o estudo con ecoendoscopia con punción para valorar a posibilidade de malignización e a necesidade de cirurxía.
- D) Pode tratarse dun tumor neuroendocrino, é necesario completar o estudo con determinación de cromogranina, ácido 5-hidroxiindolacético, gastrina e insulina

89. Nun paciente cunha hemorraxia dixestiva alta. Cal dos seguintes parámetros non se avalia no índice de Rockall?

- A) Idade.
- B) Cantidade de sangue perdida en mililitros.
- C) Presenza de comorbilidades.
- D) Presión arterial sistólica.

90. O estadio dun adenocarcinoma sobre mucosa metaplásica de Barrett, que invade a muscularis mucosa é:

- A) T1a m1
- B) T1b sm1
- C) T1a m3
- D) T1a m2

91. En referencia ao transplante de microbiota fecal como opción terapéutica para a infección por *Clostridium Difficile* e segundo o último consenso Europeo, indique a resposta falsa:

- A) Un posible doante de microbiota fecal exclúese se recibiu transfusión de hemoderivados nos últimos 12 meses.
- B) O transplante de microbiota fecal considerase como opción no tratamento da infección refractaria por *Clostridium Difficile*, con calidade de evidencia baixa.
- C) O receptor debería ser tratado con vancomicina ou fidaxomicina polo menos durante 3 días antes do transplante fecal.
- D) Recoméndase a repetición de probas de *C. Difficile* en feces ás 4 semanas do transplante de microbiota fecal.

92. Como clasificaría segundo a Clasificación de Forrest a un paciente de 56 anos cunha úlcera duodenal de 3 cms que no momento de realizarse a endoscopia presenta un vaso visible, pero que non está sangrando neste instante?

- A) Ia.
- B) Ib.
- C) IIa.
- D) IIb.

93. Segundo as guías da Asociación Española do Estudo do Fígado (AEHH). Cal é o tratamento de elección nun carcinoma hepatocelular no estadio avanzado (C)?

- A) Ablación.
- B) Resección.
- C) Trasplante.
- D) Sorafenib.

94. Cal dos seguintes non é un criterio de Kings College de mal pronóstico nun paciente con fallo hepático fulminante por paracetamol?

- A) pH maior de 7,3 (independentemente da encefalopatía).
- B) GOT menor de 1500 UI/L.
- C) Encefalopatía grado III-IV.
- D) Lactato maior de 3 mmol/L

95. Cal das seguintes recomendacións das Guías ECCO 2017 non é correcta en relación entre o cancro de colon e a colite ulcerosa?

- A) A quimioprevención con mesalacina reduce o risco de cancro colorectal nos pacientes con colite ulcerosa, pero os datos cos fármacos inmunosupresores son máis contradictorios.
- B) A colonoscopia de prevención do cancro colorectal é máis efectiva cando se realiza en pacientes con colites ulcerosa en remisión que en pacientes con brote.
- C) Deben entrar en programa de colonoscopia todos os pacientes con colite ulcerosa independentemente da extensión: Tanto colites extensas, colitis esquerdas como proctitis ulcerosas.
- D) O risco de cancro colorectal nos pacientes con colite ulcerosa é máis elevado que na poboación xeral.

96. Cal é o factor de risco máis importante relacionado co aumento de complicacións e a menor taxa de supervivencia en pacientes con cirrose alcohólica?

- A) A obesidade.
- B) O tabaquismo.
- C) Continuar co abuso de alcol.
- D) A desnutrición.

97. Sinale a opción verdadeira respecto da pancreatite crónica:

- A) A colédocolitíase é causa de pancreatite crónica.
- B) O curso clínico e complicacións a longo prazo da pancreatite crónica é independente da súa etioloxía.
- C) Débese descartar fibrose quística en todos os pacientes con pancreatite crónica menores de 20 anos así como nos pacientes con pancreatite crónica idiopática independentemente da idade.
- D) Unha resonancia magnética nuclear con pancreatograma normal exclúe o diagnóstico de pancreatite crónica.

98. Segundo o 3eiro Consenso europeo para o diagnóstico e manexo da enfermidade de Crohn elaborado por ECCO en 2016, indique cal das seguintes afirmacións é correcta:

- A) O tabaquismo, a colecistectomía previa e a historia familiar de enfermidade de Crohn incrementan o risco de presentar esta enfermidade.
- B) O test serolóxico ANCA non é útil no diagnóstico diferencial entre colite ulcerosa e enfermidade de Crohn de colon.
- C) A calprotectina fecal ten alta especificidade para realizar o diagnóstico diferencial entre enfermidade de Crohn e infeccións entéricas.
- D) En pacientes con sospeita de enfermidade de Crohn de intestino delgado a Resonancia Magnética é significativamente máis sensible que a Tomografía Computarizada.

99. Nun paciente que tivo unha inxestión accidental de lixivia e fóronse obxetivado lesións por cáusticos, dado o alto risco de malignización esofágica, a partir de cantos anos desde a inxesta é necesaria a realización de endoscopia de screening? .

- A) A partir dos 5 anos.
- B) A partir dos 10 anos.
- C) A partir dos 20 anos.
- D) Só é necesario se tivo unha perforación.

100. Sinale a opción correcta respecto dos Criterios da OMS para Síndrome de Polipose Serrada (SPS):

- A) Abonda a existencia de máis de 15 pólipos serrados a calquera nivel para diagnosticar SPS.
- B) Abonda a existencia de 5 ou máis pólipos serrados proximais ao sigma, sempre e cando que polo menos 2 sexan de tamaño igual ou superior a 10 milímetros, para o diagnóstico de SPS.
- C) Os criterios da OMS para SPS non consideran os antecedentes familiares.
- D) Considérase que un paciente con 22 pólipos hiperplásicos rectosigmoideos sen outras lesións non ten SPS.

Preguntas de reserva

1. A hemorraxia por varices esofago-gástricas é unha das principais complicacións da cirrose con hipertensión portal. Recoméndase en pacientes cirróticos a realización de gastroscopia de cribado para detección de varices e valoración de profilaxe primaria. Tras a realización de gastroscopia de cribado, en que situación non contemplarías a profilaxe primaria?

- A) Cirrose con varices esofáxicas grandes.
- B) Cirrose grao C 12 de Child-Pugh con presenza de varices esofáxicas pequenas.
- C) Cirrose sen varices esofáxicas con varices gástricas.
- D) Paciente EPOC con cirrose grao A de Child-Pugh e varices pequenas.

2. Paciente ao que se extirpa un pólipo pediculado. O patólogo informa da existencia dun adenocarcinoma ben diferenciado sobre un adenoma tubulovelloso que invade a submucosa e afecta ao colo do pólipo, non afectando a marxe de resección o cal se atopa a máis de 2 milímetros. Sinale a opción correcta:

- A) Trátase dun adenocarcinoma non invasivo e o risco de diseminación é baixo.
- B) Trátase dun nivel 3 de Haggitt e o recomendado é vixilancia endoscópica.
- C) O paciente non ten ningún risco de metástase en ganglios linfáticos rexionais.
- D) Trátase dun nivel 2 de Haggitt cun risco de metástase baixa.

3. En cal das seguintes entidades non está recomendado, segundo as guías EASL, realizar estudos para detectar hemocromatose?.

- A) Diabetes tipo I.
- B) Diabetes tipo II.
- C) Porfiria cutánea tardía.
- D) Condrocálcinose.

4. Sinale cal dos factores descritos pode incrementar a posibilidade de progresión da hepatopatía alcohólica e do desenvolvemento de hepatocarcinoma.

- A) A deficiencia de Zinc e vitaminas do complexo B.
- B) Co-infección por VHC.
- C) A desnutrición asociada ao alcoholismo.
- D) A e B son certas.

5. Indique cal das seguintes é a causa máis frecuente de hematoquecia significativa:

- A) Colite.
- B) Hemorroides.
- C) Cancro e pólipos de colon.
- D) Diverticulose de colon.

6. Cal das seguintes recomendacións da EASL é correcta no fallo hepático fulminante?

- A) Non se recomenda a profilaxe venosa antitrombótica.
- B) Só se recomenda transfusións venosas se a hemoglobina é menor de 5g/dl.
- C) Non se recomenda o uso do plasma fresca de rutina.
- D) Ningunha das respostas é correcta.

7. En referencia ao esófago de Barrett, sinala o enunciado falso:

- A) O risco de desenvolvemento de adenocarcinoma sobre esófago de Barrett sen displasia é dun 0.3 por cento por ano.
- B) Para o tratamento endoscópico do adenocarcinoma cedo prefírese a disección submucosa endoscópica sobre a resección mucosa endoscópica pola súa menor taxa de recidiva.
- C) Os pacientes con extensión de esófago de Barrett maior de 10 cm. teñen o mesmo risco de progresión que os pacientes con displasia de baixo grao.
- D) A resección endoscópica de lesións visibles sobre o epitelio metaplásico mediante a técnica de ligadura con bandas ten unha eficacia maior do 85 por cento.

8. En relación coa enfermidade celíaca no adulto, sinala a opción incorrecta:

- A) Nunha porcentaxe significativa dos adultos que seguen a dieta sen glute, as biopsias só mostran unha melloría parcial, recuperándose máis rapidamente o íleo que o duodeno.
- B) Recoméndase repetir a biopsia duodenal ao ano de iniciar a dieta sen glute a todos os pacientes adultos celíacos.
- C) Recoméndase realizar unha densitometría ósea ao ano do diagnóstico a todos os pacientes adultos celíacos.
- D) Ademais da dieta sen glute, algúns pacientes celíacos precisan suplementos de ferro, vitamina D, vitamina B12, ácido fólico ou vitamina K.

9. A ligadura endoscópica con bandas considérase o tratamento de elección tanto nos episodios de hemorraxia aguda por varices esofáxicas como na profilaxe secundaria da mesma. En relación coas complicacións asociadas ao procedemento endoscópico sinala a afirmación FALSA:

- A) Tras a realización do procedemento obsérvase aparición de úlceras esofáxicas na zona de colocación de bandas nun 5–15% dos pacientes e é unha das súas principais complicacións.
- B) A incidencia de aparición de úlceras esofáxicas post–ligadura de varices esofáxicas é máis frecuente tras o tratamento do episodio agudo de hemorraxia por varices, que nas ligaduras programadas como profilaxe secundaria.
- C) Tras a obliteración das varices esofáxicas despois das sesións de bandas necesarias, recoméndase vixilancia endoscópica cada 3–6 meses dada a posibilidade de recurrencia.
- D) A estenose esofáxica post–ligadura é unha complicación moi frecuente tras o desenvolvemento de úlceras esofáxicas post–ligadura relacionada coa súa cicatrización. O tratamento profiláctico con omeprazol diminúe a súa frecuencia de aparición.

10. Sinale a resposta correcta en relación coa hepatite por VHC:

- A) Todo paciente con hepatite aguda por VHC debe recibir tratamento antiviral.
- B) O tratamento con ledipasvir e sofosbuvir durante 4 ou 6 semanas é moi seguro e eficaz en pacientes con hepatite aguda por VHC con xenotipo 1.
- C) O tratamento da hepatite C post transplante hepático está indicado en todos os pacientes, estando contraindicada a ribavirina.
- D) En pacientes con cirrose por VHC non existen exames non invasivos que permitan descartar cun 90 por cento de seguridade a existencia de varices esofáxicas.