

1. **En relación a la infección por el Virus de la Hepatitis A, señale la respuesta falsa:**
- A) Pertenece al género de los Picornavirus.
 - B) Presenta una transmisión fecal-oral.
 - C) Cronifica en un 20% de las ocasiones.
 - D) Se ha producido un aumento de la incidencia en los últimos años en determinados grupos de riesgo.
2. **En relación al Síndrome de HELLP, ¿cuál de estos datos no es característico?:**
- A) Hemólisis.
 - B) Aumento de transaminasas.
 - C) Anemia hemolítica.
 - D) Trombocitosis.
3. **En el tratamiento del Síndrome hepatorenal tipo I (SHR) es falso que:**
- A) El tratamiento farmacológico de elección es terlipresina iv combinada con albúmina.
 - B) El trasplante hepático es el tratamiento de elección.
 - C) Los pacientes con peritonitis bacteriana espontánea no deben ser tratados con albúmina iv en ninguna situación para prevenir la aparición de SHR.
 - D) La supervivencia de un paciente no tratado con un SHR tipo 1 es muy baja.
4. **¿Cuál de estos criterios no define la existencia de un síndrome hepatorenal?:**
- A) Creatinina sérica superior a 1.5 mg/dl.
 - B) Ausencia de tratamiento actual o reciente con fármacos nefrotóxicos.
 - C) Ausencia de shock.
 - D) Presencia de proteinuria en rango nefrótico en orina de 24 horas.
5. **Paciente 63 años, HB s Ag + Anti HBc + (IgM -), DNA VHB 200.000 UI, GOT/GPT:200/300 y valor de fibroscan de 13 kilopascales con antecedentes de trastorno linfoproliferativo estable sin tratamiento específico, se decide inicio de terapia con Naproxeno durante dos semanas. ¿Cuál sería la actitud más recomendable en este escenario?:**
- A) Se precisa realizar profilaxis con PEG- Interferon durante 24 semanas.
 - B) Es preciso monitorizar al paciente mediante determinación de DNA viral y transaminasas una vez al año, la profilaxis no está recomendada.
 - C) Es necesario plantear profilaxis con tratamiento específico al menos hasta 18 meses después de finalizado el tratamiento.
 - D) Se debe plantear tratamiento con Tenofovir o Entecavir.
6. **En relación al tratamiento del virus de la Hepatitis B(VHB), señale la falsa:**
- A) El nivel de replicación viral es el factor predictivo más potente de la progresión de la enfermedad.
 - B) La supresión mantenida de la replicación vital representa el principal objetivo de todas las terapias.
 - C) Los pacientes con cirrosis compensada por VHB no deben ser tratados en ningún escenario por el peligro de descompensación hepática.
 - D) Todos los pacientes con hepatitis crónica por VHB HBeAg + deben ser tratados (DNA superior a 2000, elevación de transaminasas, actividad necroinflamatoria moderada y /o fibrosis moderada).
7. **En relación a la historia natural del Virus de la Hepatitis B, en la fase infección crónica con Hbe Ag -(fase 3), es falso que:**
- A) Esta fase equivale al término de portador asintomático.
 - B) Los niveles de transaminasas están muy elevados con valores que habitualmente exceden 5 veces los valores de la normalidad.
 - C) Se caracteriza por la presencia de anti- Hbe.
 - D) Habitualmente la carga viral está por debajo de 2000 UI/ml.

8. **¿En qué situación no está recomendada la realización de un test genético para descartar la presencia de hemocromatosis hereditaria?:**
- A) En población general sin ningún dato ni antecedentes de hepatopatía.
 - B) Pacientes con hepatopatía crónica sin diagnóstico.
 - C) Pacientes con porfiria cutánea tarda.
 - D) Pacientes con hepatocarcinoma recién diagnosticado.
9. **En relación a la peritonitis Bacteriana espontanea (PBE), señale la respuesta verdadera:**
- A) Se resuelve con tratamiento antibiótico en la mayoría de los pacientes.
 - B) Los organismos más comúnmente aislados son bacterias Gram positivas.
 - C) La aparición de PBE en un paciente cirrótico no condiciona un empeoramiento del pronóstico de la enfermedad.
 - D) Nunca hay que plantear diagnóstico diferencial con una peritonitis bacteriana secundaria.
10. **En relación al tratamiento de la ascitis refractaria, señale la opción falsa:**
- A) Las paracentesis de gran volumen repetidas más reposición de albúmina son el tratamiento de primera línea.
 - B) Se deben discontinuar los diuréticos si la excreción urinaria de Na^{*} es inferior a 30 mmmol/día.
 - C) En pacientes con ascitis refractaria con deterioro progresivo de la función renal y encefalopatía hepática grado 2, el TIPS es el tratamiento de elección.
 - D) En pacientes seleccionados el TIPS puede ser de ayuda en el tratamiento del hidrotórax sintomático.
11. **En relación al tratamiento de la ascitis en el paciente cirrótico, señale la respuesta falsa:**
- A) La paracentesis de gran volumen (PGV) se debe realizar conjuntamente con la administración de albumina iv a razón de 80 g por litro extraído.
 - B) En PGV de más de 5 litros el uso de expansores plasmáticos distintos a la albúmina no está recomendado.
 - C) Los pacientes con un primer episodio de ascitis grado 2 (moderada) deben recibir solo antagonistas de la aldosterona, empezando a dosis de 100 mg/día.
 - D) La restricción moderada de la ingesta de sal es un componente importante en el manejo de la ascitis.
12. **En relación al tratamiento de episodios de encefalopatía hepática, todas estas terapias o actuaciones son válidas a excepción de una:**
- A) Uso de disacáridos no absorbibles.
 - B) Uso de rifaximina.
 - C) Colocación de TIPS.
 - D) Uso de fórmulas nutricionales de protección hepática.
13. **En relación a la nutrición de la encefalopatía hepática, señale la respuesta falsa:**
- A) La ingesta de proteínas debe ser de 1.2 a 1.5 g/kg/día.
 - B) La modulación del metabolismo del nitrógeno es crucial para la gestión de todos los grados de encefalopatía hepática.
 - C) La ingesta de energía diaria debe ser de 10 a 20 kcal/kg de peso corporal ideal.
 - D) La desnutrición es un factor de riesgo para el desarrollo de encefalopatía hepática.
14. **En relación a la encefalopatía hepática, señale la respuesta verdadera:**
- A) El estreñimiento constituye el factor precipitante más frecuente en la encefalopatía hepática.
 - B) La sobredosis de diuréticos constituye el factor precipitante más frecuente en la encefalopatía hepática.
 - C) De acuerdo con la enfermedad de base, la encefalopatía hepática Tipo A es consecuencia de la cirrosis.
 - D) El patrón oro para el diagnóstico clínico lo constituye la clasificación de West-Haven.

15. **En relación a la hepatitis autoinmune (HAI), señale la respuesta falsa:**
- A) ANA y Anti músculo liso son característicos de HAI tipo 1.
 - B) Anti -LKM1 es característico de HAI tipo II.
 - C) Anti SLA/LP es un autoanticuerpo específico de la enfermedad.
 - D) Siempre encontramos Anti SLA/LP en la HAI, debido a su especificidad.
16. **En relación a la colangitis esclerosante primaria, es falso que:**
- A) Tanto la etiología como la patogénesis de la enfermedad no está suficientemente aclarada.
 - B) Está descrita la asociación con enfermedad inflamatoria intestinal, siendo la enfermedad de Crohn el tipo más frecuentemente asociado.
 - C) El trasplante hepático es una opción terapéutica curativa en pacientes con enfermedad avanzada.
 - D) Se recomienda dilatación endoscópica de estenosis dominante de conducto biliar.
17. **Respecto a la enfermedad grasa hepática no alcohólica (EHGNA), señale la respuesta verdadera:**
- A) La prevalencia global es elevada, se estima que afecta a un 25% de la población adulta en Europa.
 - B) La prevalencia de la EHGNA es significativamente inferior en pacientes con síndrome metabólico en comparación con la población general.
 - C) La historia natural de la EHGNA sin esteatohepatitis conduce a tasas del 30% de desarrollo de cirrosis en 10 años.
 - D) La principal causa de muerte de los pacientes con esteatohepatitis es la insuficiencia hepática fulminante.
18. **Respecto a los tumores hepáticos benignos, señale la respuesta verdadera:**
- A) El adenoma hepatocelular es significativamente menos frecuente que la hiperplasia nodular focal.
 - B) El adenoma hepatocelular, a diferencia de otras lesiones hepáticas benignas, nunca presenta como complicación la transformación maligna.
 - C) Una vez diagnosticado un adenoma hepatocelular en una mujer debe recomendarse el inicio de anticoncepción hormonal.
 - D) Una hiperplasia nodular focal, una vez confirmada, debe ser planteada la exéresis quirúrgica por el potencial de transformación maligna que esta lesión presenta.
19. **Respecto a los hemangiomas hepáticos, señale la respuesta falsa:**
- A) Son los tumores hepáticos primarios más frecuentes.
 - B) En la ecografía, el aspecto clásico es el de una masa hiperecogénica homogénea, de márgenes bien definidos.
 - C) Un hemangioma hepático confirmado debe ser vigilado mediante ecografía en intervalos de 6 meses - 1 año de manera mantenida.
 - D) La resonancia magnética es la técnica con mayor sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de los hemangiomas hepáticos.
20. **Considerando la afectación multiorgánica que se produce en el fracaso hepático fulminante, señale cuál de estas situaciones no es característica de la misma:**
- A) Hiponatremia.
 - B) Hipertensión intracraneal.
 - C) Infecciones bacterianas.
 - D) Hiperglucemia.
21. **¿En cuál de estas entidades que cursan con fallo hepático fulminante no estaría indicada la realización de un trasplante hepático emergente?:**
- A) Hepatitis vírica aguda.
 - B) Hepatitis autoinmune.
 - C) Budd-Chiari.
 - D) Infiltración neoplásica hepática por metástasis de cáncer de pulmón.

22. Considerando el tratamiento en el hepatocarcinoma, es falso que:

- A) La quimioembolización transarterial constituye el tratamiento de elección en los estadios intermedios (B) de la clasificación de Barcelona (BCLC).
- B) El tratamiento con Sorafenib® constituye el tratamiento de primera línea en los estadios avanzados de la clasificación de Barcelona (BCLC).
- C) En un estadio D de la clasificación de Barcelona el trasplante hepático es la terapéutica de elección.
- D) La ablación por Radiofrecuencia constituye una opción terapéutica válida en estadios iniciales (0) de la clasificación de Barcelona.

432

23. En el manejo de un paciente con hepatocarcinoma es falso que:

- A) En un paciente con riesgo alto de desarrollo de HCC, un nódulo hepático inferior a 1 cm debería ser sometido a monitorización mediante ecografía en intervalos inferiores a 4 meses durante el primer año.
- B) En pacientes cirróticos con nódulos hepáticos con tamaño superior a 1 cm el diagnóstico de HCC puede ser realizado únicamente mediante métodos no invasivos.
- C) En hígados no cirróticos nódulos hepáticos con tamaño superior a 1 cm el diagnóstico de HCC puede ser realizado únicamente mediante métodos no invasivos.
- D) El patrón de captación de contraste del HCC en un TAC multifásico consiste en una hipercaptación en la fase arterial y un lavado en la fase portal.

429

24. Respecto al hepatocarcinoma (HCC), señale la respuesta verdadera:

- A) El consumo de café reduce el riesgo de aparición de HCC.
- B) La incidencia de HCC en los países escandinavos es más elevada que en España.
- C) La vacunación para el virus de la Hepatitis C constituye una herramienta muy eficaz en la reducción de la incidencia de HCC en pacientes infectados por este virus.
- D) EL HCC constituye la segunda neoplasia más frecuente a nivel mundial.

427

25. Respecto a la Colangitis Biliar primaria, es falso que:

- A) La entidad resulta más frecuente en el género femenino.
- B) La biopsia hepática resulta imprescindible para el diagnóstico definitivo de la enfermedad.
- C) Los Anticuerpos antinucleares (ANA) pueden estar presentes en esta enfermedad.
- D) Los ANA específicos de esta entidad son anti-sp100 y anti-gp210 y pueden ser útiles en el diagnóstico de CPB con AMA –.

425

26. En el manejo de la hemorragia por varices esofágicas, es falso que:

- A) La primera línea de tratamiento es el uso de fármacos más ligadura endoscópica en el contexto de profilaxis secundaria.
- B) La profilaxis antibiótica está restringida a pacientes con varices grandes y debe ser iniciada una vez el paciente sea dado de alta a domicilio.
- C) La transfusión de hemoderivados se debe realizar de manera conservadora con un objetivo de hemoglobina entre 7 y 8 g/dl.
- D) La primera línea de tratamiento es el uso de fármacos vasoactivos más ligadura endoscópica en el contexto de hemorragia activa.

424

27. En el seguimiento de pacientes con varices esofágicas, según la conferencia de Baveno VI, es cierto que:

- A) Pacientes con cirrosis compensada sin varices en la última gastroscopia con factor etiológico de la hepatopatía activo deben repetir gastroscopia cada 4 años.
- B) Pacientes con cirrosis compensada sin varices en la última gastroscopia con factor etiológico de la hepatopatía activo deben repetir gastroscopia cada 3 años.
- C) Pacientes con cirrosis compensada sin varices en la última gastroscopia sin factor etiológico de la hepatopatía activo deben repetir gastroscopia cada 4 años.
- D) Pacientes con cirrosis compensada sin varices en la última gastroscopia sin factor etiológico de la hepatopatía activo deben repetir gastroscopia cada 3 años.

422

28. **¿Cómo se define mejor una Peritonitis bacteriana Espontanea (PBE) en base a los resultados obtenidos en una paracentesis? PMN(Neutrófilos):**
- A) PMN 120; Cultivo negativo.
 - B) PMN 350; Cultivo polimicrobiano.
 - C) PMN 300; Cultivo Monomicrobiano. Gram (-).
 - D) PMN 150; Cultivo Monomicrobiano. Gram (+).
29. **En el tratamiento de la hemorragia por varices esofágicas, es falso que:**
- A) Los beta-bloqueantes constituyen el fármaco de elección en la profilaxis primaria.
 - B) El uso de antibióticos es eficaz en la reducción de complicaciones en esta situación.
 - C) El tratamiento combinado somatostatina iv más ligadura endoscópica constituye el tratamiento de elección en la hemorragia aguda.
 - D) El TIPS constituye la técnica de elección en pacientes con hemorragia por varices esofágicas sin episodios previos de sangrado.
30. **En los hospitales públicos dependientes del Servicio Murciano de Salud, ¿cuántos Servicios de Digestivo existen?:**
- A) 1.
 - B) 2.
 - C) 3.
 - D) 4.
31. **Respecto a la disfunción renal en el paciente cirrótico, señale la respuesta verdadera:**
- A) El Síndrome Hepatorrenal tipo I constituye el estadio de peor pronóstico de la función renal en el paciente cirrótico.
 - B) La vasoconstricción esplácnica constituye el mecanismo fisiopatogénico inicial en la disfunción renal del cirrótico.
 - C) Se precisa demostrar afectación parenquimatosa renal para definir un síndrome hepatorrenal.
 - D) En paracentesis de gran volumen (más de 5 litros) no es necesario realizar expansión con albúmina iv ya que la función renal del paciente rara vez se ve afectada.
32. **Paciente 39 años, mujer, que acude por aumento de FA: 450 con GOT 65 y BRt de 2, Virus negativos, ANA -, LKM1: - AMA: 1/640. P-ANCA:-, BHCG -, ECO abdominal normal. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:**
- A) Colangitis Biliar Primaria.
 - B) Colangitis esclerosante primaria.
 - C) Hepatitis autoinmune tipo I.
 - D) Hepatitis autoinmune tipo II.
33. **En la enfermedad de Wilson es cierto que:**
- A) La biopsia hepática resulta muy útil en determinados escenarios para llegar a un diagnóstico en esta enfermedad.
 - B) Es necesario la presencia de todas las alteraciones típicas de la enfermedad para llegar a un diagnóstico definitivo.
 - C) La enfermedad de Wilson nunca presenta como forma de presentación una hepatitis fulminante.
 - D) Una vez iniciado el tratamiento la mejoría clínica se objetiva en la primera semana.

34. **Paciente mujer de 45 años con ingesta enólica mantenida de 15 UBE/semana de años de evolución, acude a Puerta de Urgencias con deterioro del estado general más ictericia. Tras protocolo diagnóstico se excluye la presencia de cirrosis y de otra causa de hepatopatía. Presenta un índice de Maddrey de 35. ¿Cuál sería la actitud más recomendable? (UBE: unidad básica de etanol):**
- A) La paciente presenta probablemente una hepatitis aguda alcohólica grave, se precisa ingreso, soporte nutricional e iniciar tratamiento con corticoides.
 - B) El uso de Pentoxifilina estaría indicado si existiera contraindicación para el uso de corticoides.
 - C) La paciente presenta probablemente una esteatosis hepática alcohólica, siendo su pronóstico excelente por lo que no requiere medidas terapéuticas especiales.
 - D) Las opciones A y B son correctas.
35. **Respecto a la insuficiencia hepática aguda fulminante (IHA), señale la opción correcta:**
- A) La causa más frecuente de esta entidad en el Reino Unido es la infección por VHB.
 - B) La causa más frecuente en España es la infección por virus hepatotropo.
 - C) El intervalo ictericia-encefalopatía no constituye un factor pronóstico a tener en cuenta en la evolución del cuadro.
 - D) Los criterios del King's College no hacen distinción de la IHA atendiendo a la causa que origina el cuadro.
36. **En relación a las hepatitis víricas agudas, señale la respuesta falsa:**
- A) El VHA es un picornavirus, RNA, con transmisión fecal-oral.
 - B) El VHB es un virus RNA, cuya vía de transmisión es parenteral.
 - C) El VHD es un virus defectivo que precisa de la infección por el VHB.
 - D) La infección por el VHC se cronifica habitualmente, es excepcional su curso fulminante en las infecciones agudas.
37. **El tratamiento de elección de la enfermedad por citomegalovirus (CMV) es:**
- A) Vanganciclovir, 500 mg cada 12 horas durante 7 días.
 - B) Vanganciclovir, 250 mg cada 12 horas durante 4 semanas.
 - C) Ganciclovir iv 5 mg/kg/12 horas durante 2-3 semanas.
 - D) Ganciclovir iv 2,5 mg/kg/12 horas durante 1 semana.
38. **Marque la respuesta falsa en relación a la patología biliar de los pacientes trasplantados hepáticos:**
- A) Son las complicaciones más frecuentes tras el trasplante hepático.
 - B) Las estenosis no anastomóticas tardías son de tipo inmune y no suelen tener indicación de tratamiento endoscópico.
 - C) Las anastomosis de las hepaticoyeyunostomías en Y de Roux se estenosan más que las colédoco-coledocostomías.
 - D) Las fugas anastomóticas se manejan con endoscopia.
39. **En relación a la inmunosupresión de mantenimiento en el trasplante hepático una de las siguientes opciones es cierta. Señálela:**
- A) La ciclosporina en monoterapia es el fármaco más utilizado.
 - B) La existencia de neurotoxicidad no es una limitación para el uso de inhibidores de calcineurina.
 - C) En algunos casos puede estar indicada la terapia múltiple (micofenolato mofetil + tacrólimus + corticoides).
 - D) El everólimus está contraindicado si hay insuficiencia renal.

40. **Una de las siguientes opciones es falsa con relación a la inducción de la inmunosupresión (IS) en el trasplante hepático (TH):**
- A) Si hay insuficiencia renal se deben evitar los inhibidores de la calcineurina.
 - B) Los corticoides son la base de la IS en el TH.
 - C) En pacientes de riesgo inmunológico (hepatitis autoinmune, cirrosis biliar primaria y colangitis esclerosante primaria) es recomendable hacer una inducción más potente.
 - D) El everólimus es un fármaco útil en los pacientes trasplantados por carcinoma hepatocelular por su función antitumoral.
41. **Una de los siguientes no es una indicación para trasplante hepático en carcinoma hepatocelular (CHC), según los criterios de Milán:**
- A) Nódulo único menor de 5 cm.
 - B) Menos de 3 nódulos menores de 3 cm.
 - C) CHC sin cirrosis asociada.
 - D) No microinvasión vascular.
42. **Indique la respuesta verdadera en relación al uso de la cápsula endoscópica de intestino delgado:**
- A) Es coste-efectiva en el algoritmo diagnóstico de la hemorragia digestiva de origen oscuro.
 - B) En cuadros suboclusivos con sospecha de enfermedad de Crohn es una técnica segura en primera instancia.
 - C) La principal indicación hoy en día son los síndromes polipósicos.
 - D) No existen limitaciones para darla durante el embarazo.
43. **Una de las siguientes cápsulas endoscópicas no está disponible en el mercado:**
- A) Cápsula de colon.
 - B) Cápsula de Crohn.
 - C) Cápsula de pHmetría (Bravo).
 - D) Cápsula de manometría.
44. **Una de las siguientes opciones es falsa en relación al uso de prótesis biliares:**
- A) En estenosis malignas se recomiendan stents metálicos recubiertos mayores o iguales a 10 mm.
 - B) En estenosis benignas se recomiendan múltiples stents plásticos o un metálico recubierto.
 - C) En estenosis de etiología no definida se recomienda un stent metálico no recubierto.
 - D) En hemorragias postesfinterotomía se recomiendan stents metálicos recubiertos.
45. **¿En qué hospital de la Comunidad Autónoma de Murcia no se incluye la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica en su cartera de servicios?:**
- A) H. Los Arcos.
 - B) H. Reina Sofía.
 - C) H. Santa Lucía.
 - D) H. Morales Meseguer.
46. **En relación a la terapia antibiótica de la colecistitis aguda es falso que:**
- A) En pacientes graves se debe proteger frente a *Pseudomona Aeruginosa*.
 - B) El aumento de microorganismos BLEE en infecciones nosocomiales obliga a relegar el tratamiento con fluoroquinolonas.
 - C) Ante bacteriemias el tratamiento debe prolongarse 7 días.
 - D) Las bacterias implicadas con más frecuencia son gram negativos.

47. **El signo de Murphy es:**
A) Típico de las colangitis agudas.
B) La palpación durante la inspiración profunda del hipocondrio derecho produce dolor y paro inspiratorio. 354
C) Es la tríada dolor en hipocondrio derecho, fiebre e ictericia.
D) Es la asociación de ictericia y dolor en hipocondrio derecho.
48. **En relación a la colelitiasis, es cierto que:**
A) La colelitiasis asintomática se debe operar por el alto riesgo de complicaciones.
B) El cólico biliar se debe a la obstrucción intermitente del cístico o del esfínter de Oddi. 350
C) La mayoría de los cálculos son de pigmentos biliares.
D) Los cálculos de colesterol se originan en colédoco por estenosis.
49. **Una mujer colecistectomizada acude con dolor cólico en HD. En ecografía y colangiografía se aprecia un colédoco de 11 mm sin contenido claro en su interior. ¿Qué haría?:**
A) CPRE.
B) Ecoendoscopia. 349
C) Cirugía.
D) Ninguna es correcta.
50. **En un varón de 50 años asintomático se detecta incidentalmente en un TAC una masa multiquística en cabeza de páncreas con Wirsung dilatado y conectado con dichos quistes. ¿Cuál sería el diagnóstico de sospecha?:**
A) Adenocarcinoma de páncreas.
B) Tumor papilar mucinoso intraductal. 345
C) Pancreatitis crónica.
D) Tumor neuroendocrino pancreático.
51. **La técnica con mejor valor predictivo negativo en el diagnóstico precoz del cáncer de páncreas es:**
A) TAC multicorte.
B) Ecoendoscopia. 343
C) Resonancia.
D) Ecografía.
52. **Con respecto al tratamiento farmacológico de la pancreatitis crónica, señale la opción cierta:**
A) No existen datos que apoyen el uso de omeprazol asociado al tratamiento sustitutivo enzimático.
B) En la diabetes mellitus secundaria a pancreatitis crónica está indicado el tratamiento inicial con antidiabéticos orales.
C) El tratamiento sustitutivo enzimático se debe controlar siempre mediante test de funcionalismo pancreático. 341
D) La dosis de tratamiento sustitutivo enzimático correcta es de 40000-50000 unidades con las comidas principales y 20000-25000 con los snacks.
53. **Una de las siguientes no es una complicación de la pancreatitis crónica:**
A) Seudoaneurismas.
B) Litiasis pancreáticas.
C) Necrosis pancreática encapsulada infectada (WON- walled-off-necrosis).
D) Osteoporosis. 340

54. **Señale la respuesta falsa en relación a la colecciones pancreáticas:**
- A) Una necrosis encapsulada con empeoramiento a los 7-10 días o falta de mejoría obliga a descartar una infección.
 - B) Si se sospecha una infección en una necrosis encapsulada se puede hacer un gram y/o iniciar antibióticos empíricos (carbapenem).
 - C) Los pseudoquistes asintomáticos se deben drenar si tienen más de 6 cm.
 - D) El pseudoquiste es una colección con pared bien definida que aparece al menos 4 semanas tras la pancreatitis aguda.
55. **En relación al manejo inicial de la pancreatitis aguda, una opción es falsa. Señálela:**
- A) No hay datos de alta evidencia a favor del uso del hidroxiethylalmidón (Voluven®).
 - B) Hay datos de alta evidencia a favor del uso de quimioprofilaxis antibiótica en pancreatitis necrotizante.
 - C) Hay datos de alta evidencia a favor del uso de nutrición enteral precoz.
 - D) Hay datos de alta evidencia a favor del uso de nutrición enteral preferentemente a nutrición parenteral.
56. **Con respecto a la clasificación de Atlanta de las pancreatitis agudas (PA) una opción es falsa. Señálela:**
- A) En la PA grave se establece un fallo orgánico persistente.
 - B) En la PA moderada la complicación local y/o el fallo orgánico es transitorio (<72 horas).
 - C) En la PA leve no hay complicaciones locales ni fallo orgánico.
 - D) La PA necrotizante presenta necrosis del tejido peripancreático o pancreático y se suele asociar a casos moderados o graves.
57. **Una opción es falsa en relación a la ferroterapia. Señálela:**
- A) No hay evidencia de que la asociación de vitamina C al hierro aumente la absorción.
 - B) Los inhibidores de la bomba de protones (IBP) mejoran la absorción.
 - C) Las sales ferrosas se absorben mejor que las sales férricas.
 - D) El hierro intravenoso puede aumentar la susceptibilidad a infecciones.
58. **¿Cuál es la opción falsa en relación al tratamiento del déficit de vitamina B12 o de ácido fólico?:**
- A) La vitamina B12 oral es una alternativa válida al tratamiento parenteral.
 - B) Se debe descartar un déficit de vitamina B12 antes de iniciar el tratamiento con ácido fólico en los déficits del mismo.
 - C) En el déficit de vitamina B12 se debe monitorizar la respuesta al tratamiento con B12 con reticulocitos, potasio y hemoglobina.
 - D) La dosis de vitamina B12 oral oscila entre 3000 y 5000 unidades.
59. **Uno de los siguientes no es un criterio de anemia según la definición de la OMS:**
- A) Hemoglobina menor de 14 g/dl en lactantes.
 - B) Hemoglobina menor de 13 g/dl en hombres adultos.
 - C) Hemoglobina menor de 12 g/dl en mujeres adultas.
 - D) Hemoglobina menor de 12 g/dl en mujeres gestantes.
60. **En relación a la colonoscopia de urgencia, es falso que:**
- A) Si se realiza en las primeras 24 horas mejora la estancia pero no la mortalidad.
 - B) La rentabilidad diagnóstica en el sangrado diverticular se acerca al 90%.
 - C) El uso de preparación mejora significativamente la detección de lesiones.
 - D) Tiene resultados semejantes al angioTAC urgente en cuanto a capacidad diagnóstica y pronóstica.

61. **En la hemorragia digestiva baja por angioectasias (o angiodisplasias) de colon, se usan los siguientes tratamientos excepto uno:**
- A) Asociación de estrógenos y progestágenos.
 - B) Embolización.
 - C) Técnicas hemostáticas endoscópicas.
 - D) Cirugía.
62. **Varón de 65 años que acude a urgencias por un cuadro de hematoquecia importante. En la exploración presenta una frecuencia cardiaca de 100 y una tensión arterial de 110/60. ¿Qué procedimiento haríamos en primer lugar de forma paralela a las medidas de control hemodinámico?:**
- A) Prepararlo para una colonoscopia y realizarla en 6 horas.
 - B) Hacer la colonoscopia de forma inmediata sin preparación.
 - C) Hacer primero una gastroscopia para descartar un origen alto del sangrado.
 - D) Hacer un angio-TAC.
63. **Con respecto a la colitis isquémica, es falso que:**
- A) En conjunto tiene una alta mortalidad, superior al 50%.
 - B) Solo está indicada la angiografía si existen dudas diagnósticas de estar ante una isquemia mesentérica aguda.
 - C) El uso de cocaína se ha asociado a colitis isquémica secundaria en pacientes jóvenes.
 - D) Está indicado el uso de antibioterapia empírica en colitis isquémica moderada o severa para disminuir la translocación bacteriana.
64. **En el diagnóstico de una isquemia mesentérica aguda (IMA) es falso que:**
- A) El dímero D >0,9 mg/L puede guiar el diagnóstico, aunque no es específico.
 - B) Ante un dolor abdominal grave sin una exploración reveladora, es obligado descartar una IMA en primera instancia.
 - C) La historia clínica ayuda a diferenciar entre los diferentes tipos de IMA (trombosis o embolia arterial, trombosis venosa o isquemia no oclusiva).
 - D) La angiografía percutánea es la técnica inicial indicada para realizar el diagnóstico precoz de IMA.
65. **En el manejo de la fisura anal es falso que:**
- A) Las fisuras secundarias se asocian a cirugía previa, enfermedades de transmisión sexual, enfermedad de Crohn o lesiones neoplásicas.
 - B) La mayoría se localizan en la línea anal anterior.
 - C) Se recomienda la dieta rica en fibra.
 - D) La esfinterotomía lateral interna es el gold estándar quirúrgico.
66. **En el manejo del cáncer colorrectal (CCR) una respuesta es cierta. Señálela:**
- A) En estadio I (T1-2, N0, M0) la resección endoscópica es suficiente.
 - B) En estadio I (T1-2, N0, M0) se indica tratamiento adyuvante postquirúrgico.
 - C) En estadio II o III se debe hacer resección ganglionar de al menos 30 ganglios.
 - D) En el cáncer de recto (principalmente T3 o T4) se puede considerar el uso de neoadyuvancia con radioterapia +/- quimioterapia.
67. **Con respecto a la prevención del cáncer colorrectal (CCR), una respuesta es falsa. Señálela:**
- A) El control del síndrome metabólico y mantener un índice de masa corporal saludable son útiles en la prevención.
 - B) El consumo de alcohol y tabaco, y mantener actividad física no son factores a tener en cuenta en la prevención del CCR.
 - C) No está indicado el uso de antiinflamatorios no esteroideos, incluida la aspirina, en la quimioprevención primaria.
 - D) Se sugiere promover una dieta rica en fibra y en productos lácteos.

68. ¿Cuál es el signo/síntoma clínico con mayor valor predictivo positivo para el diagnóstico del cáncer rectal?:
- A) Masa rectal palpable.
 - B) Rectorragia.
 - C) Hematoquecia.
 - D) Dolor abdominal.
69. Con respecto al carcinoide intestinal es falsa una de las siguientes:
- A) Se clasifican según su actividad proliferativa (número de mitosis y Ki.67) en G1, G2 y G3.
 - B) Los rectales menores de 1 cm pueden manejarse con resección mucosa endoscópica.
 - C) El tratamiento inicial del síndrome carcinoide son los análogos de la somatostatina.
 - D) Las metástasis hepáticas no resecables, aunque sean limitadas al 50% del hígado y con enfermedad estable, no tienen ninguna opción quirúrgica.
70. Al plantear el seguimiento del cáncer colorrectal familiar es falso que:
- A) Se debe conocer el número de familiares, su grado de parentesco y la edad de presentación en ellos.
 - B) El síndrome de Lynch o cáncer colorrectal hereditario no polipósico (CCRHNP) suele deberse a mutaciones de genes reparadores del ADN (MLH1, MLH2, MSH6 y PMS2).
 - C) Ocurre de forma habitual en mayores de 50 años, en el colon derecho y con anatomía pobremente diferenciada.
 - D) Para identificar el síndrome de Lynch suelen utilizarse los criterios revisados de Bethesda.
71. Una de las siguientes opciones es falsa en relación a las poliposis adenomatosas:
- A) La poliposis adenomatosa familiar clásica (PAFc) se caracteriza por tener más de 100 pólipos adenomatosos (o menos si la presentación es a edad temprana y hay antecedentes familiares de PAF).
 - B) Para diferenciar una PAF atenuada (de 10 a < 100 adenomas) de una poliposis asociada al gen MUTYH (MAP) es necesario hacer un estudio genético del gen APC y del MUTYH.
 - C) Los pacientes con PAFc tienen indicación de colectomía subtotal con anastomosis ileorrectal.
 - D) En la PAF se deben hacer gastroscopias y duodenoscopias a partir de los 20-25 años por la asociación a pólipos de glándulas fúndicas, al cáncer gástrico y a adenomas duodenales.
72. Sobre los tumores de extensión lateral (LST) es falso que:
- A) Los LST no granulares mayores de 20 mm se tratan con cirugía o con disección submucosa.
 - B) Los LST granulares no se deben reseca nunca por piezas sino en bloque.
 - C) Los LST no granulares tienen mayor probabilidad de infiltración submucosa sobre todo si son mayores de 30 mm o tienen un centro deprimido.
 - D) Para considerar que una lesión es un LST debe tener al menos un tamaño de 10 mm.
73. Respecto a la diarrea aguda, señale la respuesta falsa:
- A) La infección por *Salmonella* se manifiesta de forma más frecuente como gastroenteritis.
 - B) La infección por *Salmonella* puede manifestarse en forma de bacteriemia, infección ósea, articular o de otros órganos.
 - C) Los portadores asintomáticos son aquellos que tienen un coprocultivo positivo un año tras la infección por *Salmonella*.
 - D) El síndrome hemolítico urémico, relacionado con algunos serotipos de *E coli*, se caracteriza por anemia microangiopática, trombocitosis e insuficiencia renal aguda.
74. Respecto a la gastroenteritis eosinofílica, señale la respuesta falsa:
- A) Se caracteriza por la aparición de una infiltración rica en eosinófilos en el tracto gastrointestinal.
 - B) Existen tres subtipos en función de la capa de la pared intestinal afectada.
 - C) La afectación de la capa muscular suele cursar con episodios repetidos de obstrucción intestinal.
 - D) La aparición de ascitis está condicionada exclusivamente por la afectación de la capa muscular.

75. **Respecto al diagnóstico de la enfermedad celiaca (EC), señale la respuesta falsa:**
- A) Los anticuerpos antitransglutaminasa negativos excluyen la enfermedad.
 - B) La tipificación HLA se puede usar para descartar EC en personas con alto riesgo de padecerla.
 - C) La endoscopia superior con biopsias intestinales se recomienda para la monitorización en casos con falta de respuesta clínica o recaída de los síntomas a pesar de una dieta libre de gluten.
 - D) La tipificación de HLA se debe usar en personas que ingieren una dieta libre de gluten y que nunca tuvieron las pruebas apropiadas para el diagnóstico de EC antes de cambiar su dieta.
76. **En relación a la clasificación histológica de la enfermedad celiaca, la presencia de >40 linfocitos intraepiteliales por cada 100 células epiteliales, hiperplasia de las criptas y atrofia vellositaria leve o parcial, corresponde a:**
- A) Tipo 2 de la clasificación de Marsh modificada.
 - B) Tipo 3a de la clasificación de Marsh modificada.
 - C) Grado B2 de la clasificación de Corazza.
 - D) Ninguno de los anteriores es cierto.
77. **Respecto a la hemorragia de origen diverticular, señale la respuesta falsa:**
- A) Se origina con mayor frecuencia en divertículos de colon izquierdo.
 - B) Ocurre como consecuencia de la rotura de la vasa recta en la cúpula o cuello del divertículo.
 - C) El sangrado cede espontáneamente en la mayoría de los casos.
 - D) Es la causa de hasta el 40% de los episodios de hemorragia digestiva baja.
78. **¿En qué hospital de la Región de Murcia existe una unidad integral de enfermedad inflamatoria intestinal acreditada?:**
- A) H. Santa Lucía.
 - B) H. Reina Sofía.
 - C) H. Virgen de la Arrixaca.
 - D) En ninguno.
79. **Señale la respuesta incorrecta con respecto a la gastroenteritis eosinofílica:**
- A) Se caracteriza por la aparición de una infiltración rica en eosinófilos en el tracto gastrointestinal que no puede atribuirse a un síndrome hipereosinofílico.
 - B) Suele aparecer entre la segunda y la sexta década de la vida.
 - C) La eosinofilia en sangre periférica se observa hasta en un 80% de los casos.
 - D) La gastroenteritis eosinofílica cursa siempre con malabsorción.
80. **En estreñimiento funcional se recomiendan las siguientes medidas dietéticas menos una:**
- A) Ingesta de 25-30 g de fibra soluble con la dieta al día.
 - B) Ingesta adecuada de líquido (1,5-2 l al día).
 - C) Patrón regular de comidas.
 - D) Dieta sin gluten.
81. **Un niño de 8 años desarrolla un cuadro de diarrea mucosanguinolenta acompañada de dolor en fosa iliaca derecha, febrícula, anemia microangiopática, trombocitopenia e insuficiencia renal. Tres días antes había comido una hamburguesa con sus padres en un establecimiento de comida rápida. ¿Cuál de estos agentes es responsable de esta situación?:**
- A) Serotipo O157/H7 de *E coli enterohemorrágico* productor de toxina Shiga.
 - B) *Listeria monocitogenes*.
 - C) *Cryptosporidium*.
 - D) *Bacillus cereus*.

82. **Paciente de 25 años que consulta por dolor abdominal recidivante, que presenta 3 días a la semana en los últimos 4 meses, asociado hábito alternante con predominio de estreñimiento, sin criterios clínicos de alarma. ¿Cuál sería el fármaco indicado como primera opción?:**
- A) Fibra soluble.
 - B) Laxante osmótico.
 - C) *Linaclotida*.
 - D) *Prucaloprida*.
83. **Entre los fármacos que pueden producir estreñimiento no se encuentra:**
- A) Opiáceos.
 - B) Antiparkinsonianos.
 - C) Sales de aluminio.
 - D) Sales de magnesio.
84. **Con respecto a la clínica del síndrome de intestino irritable (SII), es falso que:**
- A) La distensión abdominal es muy frecuente, predomina en mujeres y a menudo aumenta progresivamente a lo largo del día y tras las comidas.
 - B) El dolor es un síntoma frecuente pero no necesario para establecer el diagnóstico de SII.
 - C) El SII se puede asociar a la presencia de otros síntomas digestivos, como la pirosis, u otros trastornos funcionales, como la dispepsia funcional.
 - D) Algunas manifestaciones clínicas extradigestivas son más frecuentes en los pacientes con SII que en la población general, como por ejemplo la fibromialgia, el síndrome de fatiga crónica, la cistitis intersticial, el dolor abdominal pélvico crónico o la disfunción de la articulación temporomandibular.
85. **Respecto a las pruebas de laboratorio en pacientes con síndrome de intestino irritable con predominio de estreñimiento (SII-E), es falso que:**
- A) El cribado de la enfermedad celíaca mediante serología se recomienda de forma rutinaria en estos pacientes.
 - B) La calprotectina fecal no parece de utilidad en pacientes con estreñimiento.
 - C) No se dispone de biomarcadores específicos para el SII-E.
 - D) La colonoscopia debe realizarse en pacientes con criterios de SII que tengan síntomas de alarma.
86. **Respecto a las manifestaciones clínicas fundamentales del síndrome de intestino irritable, señale la respuesta falsa:**
- A) Dolor abdominal.
 - B) Distensión abdominal.
 - C) Síntomas nocturnos.
 - D) Alteraciones del ritmo deposicional.
87. **Respecto a la enfermedad de Whipple, señale la respuesta falsa:**
- A) Se recomienda tratamiento intravenoso con *ceftriaxona* durante dos semanas, seguido de *cotrimoxazol* durante un año.
 - B) Está causada por el *Tropheryma whipplei*.
 - C) La clínica incluye artralgias, diarrea y pérdida de peso.
 - D) Es habitual la afectación renal.
88. **Respecto a la giardiasis, señale la respuesta falsa:**
- A) La enfermedad puede adquirir una forma aguda o crónica.
 - B) Puede producir clínica de malabsorción intestinal.
 - C) Los pacientes con fibrosis quística tienen más riesgo de presentar giardiasis crónica.
 - D) El tratamiento antibiótico profiláctico está indicado si se viaja a zonas endémicas.

89. **Con respecto al Síndrome de Ogilvie, señale la respuesta falsa:**
- A) Cursa con síntomas, signos y alteraciones radiológicas compatibles con una obstrucción aguda del colon, pero sin evidencia de causa mecánica que la justifique.
 - B) La dilatación afecta característicamente al colon transverso y descendente.
 - C) Los traumatismos, la administración de opiáceos y la presencia de alteraciones hidroelectrolíticas pueden desencadenar el cuadro.
 - D) Las complicaciones más graves son la isquemia y la perforación del colon.
90. **¿Cuál de las siguientes no es causa de íleo paralítico?:**
- A) Hipopotasemia.
 - B) Hiponatremia.
 - C) Hemorragia retroperitoneal.
 - D) Pancreatitis crónica.
91. **¿En qué localización se consideran más rentables las biopsias de colon para el diagnóstico de colitis microscópica?:**
- A) Rectosigma.
 - B) Colon trasverso.
 - C) Colon ascendente.
 - D) Ciego.
92. **Respecto al índice de Mayo, una mucosa con ausencia del patrón vascular y ulceraciones corresponde con:**
- A) Mayo 1.
 - B) Mayo 2.
 - C) Mayo 3.
 - D) Mayo 4.
93. **Respecto al seguimiento endoscópico en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), señale la respuesta falsa:**
- A) La cromoendoscopia con biopsias dirigidas es la técnica recomendada.
 - B) Se recomienda la vigilancia endoscópica de las estenosis colónicas en la EII, incluyendo una inspección completa y cuidadosa de la misma con toma de múltiples biopsias.
 - C) En pacientes con colangitis esclerosante primaria (CEP) + EII se recomienda colonoscopia cada 3 años.
 - D) En pacientes con CEP+EII que se someten a trasplante hepático, es necesario continuar seguimiento con colonoscopia con la misma periodicidad que antes del mismo.
94. **Paciente intervenido de estenosis ileal por enfermedad de Crohn. Inicia tratamiento para la profilaxis de la recurrencia con *azatioprina*. En la colonoscopia de revisión a los 6 meses se aprecian < de 5 lesiones aftosas. Señale el estadio correspondiente y el tratamiento que se le aplicaría:**
- A) Corresponde a un índice de Rutgeerts i1, continua con *azatioprina*.
 - B) Corresponde a un índice de Rutgeerts i0, continua con *azatioprina*.
 - C) Corresponde a un índice de Rutgeerts i2b, cambiamos el tratamiento a un anti TNF.
 - D) Corresponde a un índice de Rutgeerts i2a, continua con *azatioprina*.

95. **Paciente diagnosticado de enfermedad de Crohn, no fumador, sin cirugías previas, intervenido por estenosis fibrótica corta de íleon. Se le realiza resección ileal y anastomosis ileocólica latero-lateral, y se inicia tratamiento con metronidazol durante 3 meses tras la cirugía. Actualmente asintomático y sin tratamiento. Se realiza ileocolonoscopia de control a los 6 meses con el hallazgo de múltiples aftas a nivel de íleon con mucosa interlesional de aspecto inflamatorio. ¿Cuál sería la actitud más indicada?:**
- A) Iniciar azatioprina.
 - B) Iniciar antiTNF.
 - C) Iniciar ustekinumab.
 - D) Como está asintomático, se cita en 3 meses con calprotectina.
96. **¿Cuál de los siguientes NO es un factor de riesgo potencialmente relacionado con la recurrencia postquirúrgica?:**
- A) Granulomas en la pieza de resección.
 - B) Gravedad de la plexitis mientérica en la pieza de resección.
 - C) La técnica quirúrgica empleada.
 - D) Enfermedad perianal.
97. **Respecto a la vigilancia tras la cirugía de la enfermedad de Crohn, GETECCU recomienda:**
- A) Ileocolonoscopia + calprotectina en 6 meses y después calprotectina cada 4-6 m.
 - B) Ileocolonoscopia en 6 meses y después bianual.
 - C) Calprotectina cada 6 meses.
 - D) EnteroRMN al año.
98. **¿Cuál de los siguientes no es factor de riesgo que condicione la indicación de cirugía en la enfermedad de Crohn?:**
- A) Enfermedad ileal.
 - B) Edad temprana en el momento del diagnóstico.
 - C) Uso temprano de esteroides.
 - D) Malnutrición.
99. **Respecto a la cirugía en la enfermedad de Crohn (EC), señale la respuesta falsa:**
- A) La malnutrición es un factor de riesgo para complicaciones en el postoperatorio.
 - B) La apendicetomía de un apéndice macroscópicamente normal el presencia de ileítis tiene un elevado riesgo de fístulas.
 - C) El tratamiento con anti-TNF se asocia con mayores complicaciones sépticas postoperatorias después de la cirugía abdominal en la EC.
 - D) El tratamiento de elección para la estenosis del colon es la estricturoplastia.
100. **Se consideran factores de elevado riesgo para desarrollar cáncer colorrectal asociado a enfermedad inflamatoria intestinal todos excepto:**
- A) Colitis extensa con actividad grave.
 - B) Presencia de estenosis o displasia en los últimos 5 años.
 - C) Colangitis esclerosante primaria concomitante.
 - D) Historia familiar de CCR > 50 años.
101. **¿Qué parámetro de los siguientes no se tiene en consideración para calcular el índice de Truelove-Witts original en la colitis ulcerosa?:**
- A) Hemoglobina.
 - B) Presencia de sangre en las deposiciones.
 - C) Proteína C Reactiva.
 - D) Temperatura.

224

223

222

219

218

217

214

102. En relación las manifestaciones extraintestinales (MEI) de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), señale la respuesta falsa:

- A) La uveítis posterior y la epiescleritis son las manifestaciones más frecuentes a nivel ocular.
- B) El eritema nodoso resistente puede precisar tratamiento con anti TNF.
- C) La patología broncopulmonar es una MEI rara en la EII, aunque se ha descrito neumonía intersticial asociada a la EII.
- D) El riesgo de tromboembolismo venoso se relaciona con la actividad de la EII.

212

103. La azatioprina no está indicada en:

- A) En el mantenimiento de la remisión en enfermedad de Crohn luminal corticodependiente.
- B) En la inducción de la remisión en enfermedad de Crohn luminal.
- C) En el mantenimiento de la remisión en el caso de brote grave de colitis ulcerosa corticorrefractaria controlado con ciclosporina si no recibía *azatioprina* previamente.
- D) En la prevención de la recurrencia postquirúrgica de la enfermedad de Crohn.

209

104. Respecto a la vigilancia analítica del paciente en tratamiento con tiopurinas recomendada por GE-TECCU, señale la respuesta cierta:

- A) Bioquímica con perfil hepático y amilasa a los 15 días y al mes del inicio de tratamiento. A partir de ese momento es posible espaciar los controles para realizarlos cada 3 meses.
- B) Hemograma y bioquímica con perfil hepático y amilasa a los 15 días y al mes del inicio de tratamiento. A partir de ese momento es posible espaciar los controles para realizarlos cada 3 meses.
- C) Hemograma y bioquímica con perfil hepático a los 15 días, al mes y a los dos meses del inicio de tratamiento. A partir de ese momento es posible espaciar los controles para realizarlos cada 3 meses.
- D) En pacientes estables con más de un año de tratamiento, hemograma y bioquímica con perfil hepático anual.

208

105. Con respecto al tratamiento de la enfermedad de Crohn, señale la falsa:

- A) La *budesonida* es el tratamiento de elección en el brote leve de localización ileocecal.
- B) La enfermedad de Crohn gástrica leve puede ser tratada únicamente con inhibidores de la bomba de protones.
- C) *Infliximab* ha demostrado mejores resultados en la enfermedad de Crohn luminal que el resto de antiTNF.
- D) En pacientes en remisión durante largo tiempo con *azatioprina*, puede valorarse la retirada del fármaco en ausencia de signos objetivos de inflamación.

204

106. Respecto al diagnóstico de la enfermedad de Crohn, señale la respuesta falsa:

- A) Ante la sospecha clínica, la colonoscopia con ileoscopia y biopsias múltiples es el procedimiento de primera línea para el diagnóstico.
- B) La enteroRMN y la ecografía abdominal tienen una alta precisión para el diagnóstico de estenosis de intestino delgado y complicaciones fistulizantes (abscesos, fistulas).
- C) La enteroRMN no es nada útil para distinguir entre estenosis predominantemente inflamatoria o fibrosa.
- D) La calprotectina elevada puede predecir recaída clínica.

203

107. Respecto a la colitis ulcerosa, ¿cuál es la respuesta cierta?:

- A) La apendicectomía por apendicitis antes de la edad adulta es un factor protector frente a la colitis ulcerosa.
- B) La historia natural de los pacientes diagnosticados de colitis ulcerosa con afectación de colon izquierdo y parche cecal parece ser similar a la de los pacientes con colitis ulcerosa extensa.
- C) Para el diagnóstico de colitis ulcerosa, deben obtenerse un mínimo de dos biopsias de al menos cinco localizaciones a lo largo del colon, no siendo recomendable obtener biopsias de íleon terminal.
- D) La distorsión de la cripta es la característica diagnóstica más temprana con el valor predictivo más alto para el diagnóstico de colitis ulcerosa.

201

108. La bondad de la FIBRA en la dieta es consecuencia de los siguientes efectos beneficiosos (señale la opción FALSA):
- A) Disminución del pH fecal mediante transformación a ácidos grasos de cadena corta.
 - B) Disminución fecal de los ácidos biliares secundarios y mutágenos.
 - C) Disminución del volumen fecal.
 - D) Aumento del volumen fecal.
109. En los últimos años, ha tomado cuerpo la idea de que determinados nutrientes o formas de NE (nutrición enteral) pueden tener efectos terapéuticos primarios, más allá de la prevención y tratamiento de los déficits nutricionales. Entre los siguientes, ¿cuál no reúne esta condición?:
- A) Aminoácidos de cadena ramificada.
 - B) Ácido oleico.
 - C) Glutamina.
 - D) Lactosa.
110. Respecto a los LINFOMAS MALT-BG (bajo grado), señale la opción FALSA:
- A) Una vez establecido que se trata de un linfoma MALT-BG gástrico en estadio I se debe llevar a cabo la erradicación convencional.
 - B) No se debe considerar fracaso terapéutico hasta que no hayan pasado 12 meses de la erradicación eficaz.
 - C) El primer paso inexcusable es que el diagnóstico de linfoma MALT del estómago es histológico. Hay que obtener biopsias de áreas sospechosas y de otras aparentemente no afectadas de fundus, cuerpo y antro.
 - D) El linfoma MALT-BG gástrico coexiste en todos los casos con una infección por *H. Pylori*.
111. En relación con el empleo de **PROPOFOL** para la sedación en los procedimientos endoscópicos, señale la opción FALSA:
- A) El uso de *Propofol* por endoscopistas o personal de enfermería entrenado es equiparable en seguridad a los sedantes tradicionales si se hace en las condiciones de monitorización y vigilancia adecuadas.
 - B) La dosificación del *Propofol* debe individualizarse de acuerdo a la respuesta y condiciones basales del paciente.
 - C) La administración de *midazolam* previa al *Propofol* permite reducir sus dosis y disminuir los efectos adversos, especialmente la hipotensión en cardiopatas o en situaciones de hipovolemia, aunque aumenta el tiempo de recuperación.
 - D) Los cambios fisiológicos asociados al embarazo aumentan la sensibilidad de la mujer embarazada, debiendo reducirse la dosis de inducción de *Propofol*.
112. En un paciente que sigue tratamiento anticoagulante y ha de realizarse un procedimiento endoscópico de alto riesgo hemorrágico con carácter urgente, señale la opción FALSA:
- A) En el caso de los AVK (antagonistas de la vitamina K), si el INR es < 1,5 podría realizarse sin demora.
 - B) Si el INR es > 1,5, en caso de necesidad inmediata, la opción comúnmente aceptada es la administración de complejo protrombínico, 25-50 UI/kg de peso en función del INR actual y objetivo.
 - C) En el caso de los ACOD (anticoagulantes de acción directa), sería deseable diferir el procedimiento al menos 24 horas desde la ingesta del anticoagulante (al menos 2 semividas de eliminación de los ACOD si la función renal es normal). En caso contrario, hay que valorar el uso de agentes de reversión.
 - D) El plasma fresco congelado es un agente de reversión universal y es el agente de primera elección en todos los casos.

175

174

170

168

167

113. En un paciente anticoagulado y sometido a un procedimiento endoscópico con alto riesgo hemorrágico, se ha suspendido el tratamiento anticoagulante. En relación con la terapia puente con heparina, hasta el restablecimiento de la anticoagulación, señale la opción FALSA:
- A) En general, el riesgo tromboembólico asociado con la interrupción del tratamiento anticoagulante oral sin terapia puente con heparina es bajo.
 - B) La terapia puente con heparina no está indicada en pacientes con anticoagulantes orales de acción directa (ACOD).
 - C) Se recomienda únicamente el uso de terapia puente con heparina para pacientes con riesgo tromboembólico alto.
 - D) La última dosis de HBPM (heparina de bajo peso molecular) debe administrarse 48 horas antes del procedimiento.
114. En relación con el cáncer gástrico avanzado y/o metastásico, señale la opción FALSA:
- A) La gastrectomía en pacientes con enfermedad metastásica limitada mejora la supervivencia.
 - B) Los pacientes con enfermedad inoperable, localmente avanzada y/o metastásica (ESTADIO IV) deben considerarse para tratamiento sistémico (quimioterapia), ya que muestra una mejor supervivencia y calidad de vida en comparación con la mejor atención de apoyo exclusivamente.
 - C) Las combinaciones de platino/fluoropirimidina se recomiendan para pacientes con cáncer gástrico avanzado.
 - D) En pacientes con enfermedad sintomática localmente avanzada o recurrente, la radioterapia es una modalidad de tratamiento eficaz y bien tolerada que puede paliar el sangrado, síntomas obstructivos o dolor.
115. La resección endoscópica se puede llevar a cabo en pacientes con tumores gástricos que cumplen los siguientes criterios. Señale la opción FALSA:
- A) Están claramente limitados a la mucosa (T1a).
 - B) Es un tumor igual o menor de 2 cm.
 - C) Es un tumor indiferenciado.
 - D) Es un tumor no ulcerado.
116. Un tumor maligno gástrico que invade la submucosa, sin adenopatías metastásicas y sin metástasis a distancia (T1b N0 M0) corresponde a un tumor en estadio:
- A) ESTADIO IA.
 - B) ESTADIO IB.
 - C) ESTADIO 0.
 - D) ESTADIO IIA.
117. Los siguientes fármacos excepto uno, son inhibidores no-selectivos de la COX 1-COX 2 y se asocian a mayor capacidad de producir lesiones GI. Señale cuál es este fármaco:
- A) CELECOXIB.
 - B) NAPROXENO.
 - C) ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO.
 - D) DICLOFENACO.
118. En relación con las LESIONES GI (gastrointestinales) producidas en pacientes que toman AINE/AAS, (antiinflamatorios no esteroideos/ácido acetil salicílico), señale la respuesta FALSA:
- A) El principal mecanismo de acción de los AINE es la inhibición competitiva y reversible de la enzima ciclooxigenasa (COX), encargada de la síntesis de Prostaglandinas.
 - B) Existen dos isoenzimas de ciclooxigenasa: la COX-1 que media en la síntesis de Prostaglandinas que intervienen en funciones fisiológicas y la COX-2 que media en la síntesis de Prostaglandinas proinflamatorias.
 - C) Un AINE será tanto más gastrolesivo cuanto más inhiba la COX-1; por tanto, el índice COX-2/COX-1 será más alto.
 - D) La investigación farmacológica actual sobre los AINE se centra precisamente en conseguir fármacos con un índice COX-2/COX-1 cada vez más alto para la prevención de lesiones GI.

119. En relación con las lesiones GI (gastrointestinales) en pacientes que toman AINE (antiinflamatorios no esteroideos), señale la opción FALSA:
- A) La presencia de antecedentes de úlcera péptica gastroduodenal, complicada o no complicada, es factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones GI en pacientes que toman AINE.
 - B) No se recomienda el uso de *antagonistas H2* para la prevención de las complicaciones GI de los AINE.
 - C) El uso de *IBP* asociado a un AINE no selectivo es una estrategia válida para la prevención de las complicaciones GI altas de los AINE, en pacientes de riesgo.
 - D) El uso de un *COXIB* no reduce las complicaciones en el tracto GI alto.
120. En una paciente de 35 años con DISPEPSIA NO INVESTIGADA SIN SÍNTOMAS DE ALARMA, la actitud inicial a seguir debe ser:
- A) Realizar una esofagogastroduodenoscopia.
 - B) Iniciar tratamiento con *Domperidona*.
 - C) Realizar pauta *test-and-treat* para identificar y tratar *H. Pylori*, si procede.
 - D) Iniciar tratamiento con *Antidepresivos tricíclicos*.
121. Un paciente que refiere plenitud postprandial molesta y/o saciedad precoz molesta, al menos 3 días por semana, durante los últimos 3 meses y los síntomas han comenzado al menos 6 meses antes del diagnóstico, según los CRITERIOS DE ROMA IV (trastornos funcionales digestivos), presenta:
- A) Síndrome de distrés postprandial (SPD).
 - B) Síndrome de dolor epigástrico (SDE).
 - C) Síndrome de rumiación.
 - D) Trastorno de eructación.
122. Se aplica el siguiente tratamiento para erradicación de *H. Pylori* durante 14 días:
IBP/12 h, Amoxicilina 1g/12 h, Claritromicina 500 mg/12 h, Metronidazol 500 mg/12 h
Y se comprueba que NO SE HA OBTENIDO LA ERRADICACIÓN. La pauta de tratamiento que debe realizarse a continuación es:
- A) Una pauta con *levofloxacin*, preferiblemente cuádruple (*IBP, amoxicilina, levofloxacin* y *bismuto*). Otra alternativa es una terapia cuádruple con bismuto (*IBP, bismuto, tetraciclina* y *metronidazol*).
 - B) Una pauta con *rifabutina* (*IBP, amoxicilina* y *rifabutina*).
 - C) Una pauta cuádruple sin bismuto (*IBP, Amoxicilina, Claritromicina, Metronidazol*) asociada a PROBIÓTICOS.
 - D) Una pauta cuádruple sin bismuto (*IBP, Amoxicilina, Claritromicina, Metronidazol*) secuencial.
123. En relación con el diagnóstico de la infección por *Helicobacter Pylori* (*Hp*), señale la opción FALSA:
- A) El test de aliento es el método no invasivo más investigado y recomendado en el contexto de una estrategia de *test-and-treat*.
 - B) El test de antígeno fecal para *Hp* no está recomendado para el contexto de una estrategia de *test-and-treat*.
 - C) Los IBP deben suspenderse al menos dos semanas antes de las pruebas para la infección por *Hp*.
 - D) El test de ureasa rápido no se recomienda como prueba para la evaluación de la erradicación de *Hp* después del tratamiento. El test de aliento es la mejor opción para confirmar la erradicación de *Hp* y el test de antígeno fecal es una alternativa.

124. En la HDA no varicosa, señale la opción FALSA:

- A) En pacientes que reciben AAS en dosis bajas para profilaxis cardiovascular primaria, que desarrollan sangrado de úlcera péptica, ESGE (European Society of Gastrointestinal Endoscopy) recomienda suspender AAS y consultar con el cardiólogo para reevaluar los riesgos / beneficios del uso continuo de AAS y reanudar la AAS en dosis bajas después de la curación de la úlcera o antes, si esta clínicamente indicado.
- B) En pacientes que reciben AAS en dosis bajas para profilaxis cardiovascular secundaria, que desarrollan sangrado de úlcera péptica, ESGE (European Society of Gastrointestinal Endoscopy) recomienda que se reanude AAS inmediatamente después de la endoscopia si el riesgo de resangrado es bajo (por ejemplo FIIC, FIIL). En pacientes con úlcera péptica de alto riesgo (FIa, FIb, FIla, FIlb), reintroducción temprana de AAS 3 días después de la endoscopia, siempre que se haya establecido una hemostasia adecuada.
- C) En pacientes que reciben doble antiagregación plaquetaria que desarrollan sangrado de úlcera péptica, ESGE (European Society of Gastrointestinal Endoscopy) recomienda continuar con una dosis baja de AAS y no volver a introducir más el segundo agente antiplaquetario.
- D) En pacientes que requieren doble antiagregación plaquetaria y que han tenido previamente algún episodio de sangrado de úlcera péptica, ESGE (European Society of Gastrointestinal Endoscopy) recomienda el uso de un IBP como terapia conjunta.

140

125. En la HDA no varicosa, por otras causas distintas de la úlcera péptica, señale la opción FALSA:

- A) Para pacientes con HDA por otras causas diferentes de úlcera péptica (por ejemplo, esofagitis erosiva, gastritis, duodenitis), ESGE recomienda el tratamiento con dosis altas de *IBP*. La hemostasia endoscópica no suele ser necesaria.
- B) ESGE recomienda que una lesión Dieulafoy reciba hemostasia endoscópica utilizando terapia térmica, mecánica (hemoclip o ligadura de banda) o combinada (inyección de epinefrina diluida combinada con terapia térmica o mecánica).
- C) En pacientes con hemorragia por angioectasias gastrointestinales superiores, la ESGE no recomienda hemostasia endoscópica.
- D) ESGE recomienda que los pacientes con una lesión de Mallory-Weiss con sangrado activo reciban hemostasia endoscópica; si no hay sangrado visible, alta dosis de *IBP*.

139

126. De acuerdo con la ESGE (European Society of Gastrointestinal Endoscopy), en el tratamiento endoscópico de la HDA por úlcera péptica sangrante, indique la opción VERDADERA:

- A) Para los pacientes con úlceras con hemorragia activa (FIa, FIb), ESGE recomienda combinar inyección de adrenalina con una segunda modalidad de hemostasia (térmica, mecánica, o agente esclerosante).
- B) Para los pacientes con úlceras con hemorragia activa (FIa, FIb), ESGE recomienda inyección de adrenalina o bien otra modalidad de hemostasia (térmica, mecánica, o agente esclerosante).
- C) En pacientes con úlceras pépticas que tienen una mancha pigmentada plana (IIc) o una base limpia (III), ESGE recomienda hemostasia endoscópica (térmica, mecánica, o agente esclerosante) para prevenir el resangrado.
- D) Para los pacientes con vasos visibles sin sangrado (FIla), ESGE recomienda que la terapia de inyección de adrenalina se utilice como monoterapia endoscópica.

137

127. En el cáncer de esófago, señale la opción FALSA:

- A) Las decisiones sobre el enfoque de tratamiento inicial del cáncer de esófago se toman sobre la base de la estadificación clínica, que debe llevarse a cabo con el máxima grado de exactitud posible. La estadificación debe incluir un examen clínico completo y una tomografía computarizada del cuello, tórax y abdomen.
- B) En los candidatos para la resección quirúrgica, se debe realizar la USE (eco endoscopia) para evaluar las categorías de tumores T y N.
- C) En el caso de carcinoma de células escamosas de esófago debido al consumo crónico de tabaco y alcohol, debe llevarse a cabo una investigación meticulosa de la cavidad oral, orofaringe e hipofaringe por un especialista en oído, nariz y garganta, así como traqueo-broncoscopia para excluir los segundos cánceres sincrónicos en el tracto Aero digestivo.
- D) El apoyo nutricional no es una parte integral de la atención médica para pacientes con cáncer de esófago en el entorno curativo y paliativo.

135

128. **Respecto al tratamiento quirúrgico de la úlcera péptica, señale la opción FALSA:**
- A) No es necesaria la erradicación después del tratamiento quirúrgico de una úlcera péptica, aunque sea H Pylori positivo.
 - B) Se recomienda la cirugía cuando la hemorragia por úlcera péptica no puede ser controlada por endoscopia. Cuando el paciente tiene edad avanzada, se recomienda no demorar la operación.
 - C) Se recomienda la operación sin demora en la perforación por úlcera péptica cuando el paciente tiene más de 70 años o cuando presenta signos vitales inestables.
 - D) El tratamiento conservador está indicado en la perforación por úlcera péptica con irritación peritoneal localizada, pequeña cantidad de ascitis y signos vitales estables.
129. **En relación con la úlcera péptica sangrante, señale la opción FALSA:**
- A) La terapia endoscópica es superior frente a la farmacoterapia sola en la hemostasia inicial, hemostasia en caso de re-sangrado, la necesidad de cirugía y la tasa de mortalidad.
 - B) Las indicaciones de terapia endoscópica son: úlcera con hemorragia visible y úlcera con vaso visible que no sangra.
 - C) No se recomienda una segunda endoscopia para confirmar hemorragia recurrente de pacientes de alto riesgo.
 - D) Se recomienda la medicación con IBP después del tratamiento endoscópico de úlceras pépticas sangrantes.
130. **En relación con la optimización para la toma de biopsias y descripciones endoscópicas en el esófago de Barrett, son útiles las siguientes recomendaciones. Señale la recomendación FALSA:**
- A) Las biopsias dirigidas de cualquier anomalía de la mucosa deben ser obtenidas y colocadas en recipientes separados.
 - B) Protocolo de "Seattle" de biopsias de cuatro cuadrantes cada 2 cm.
 - C) ESGE (European Society for Gastrointestinal Endoscopy) y BSG (British Society of Gastroenterology) recomiendan que la clasificación de París debe usarse para describir lesiones de la mucosa.
 - D) ESGE (European Society for Gastrointestinal Endoscopy) y ACG (American College of Gastroenterology) recomiendan que se obtengan preferentemente biopsias de zonas de esofagitis erosiva.
131. **Los intervalos de vigilancia para Barrett no displásicos se deben estratificar de acuerdo con la longitud del segmento de Barrett son (señale la opción VERDADERA):**
- A) Extensión máxima de Barrett ≥ 1 cm y < 3 cm: 10 años.
 - B) Extensión máxima de Barrett ≥ 1 cm y < 3 cm: 5 años.
 - C) Extensión máxima de Barrett ≥ 1 cm y < 3 cm: 3 años.
 - D) Extensión máxima de Barrett ≥ 1 cm y < 3 cm: 1 año.
132. **Los informes endoscópicos de pacientes con enfermedad de Barrett deben incluir los siguientes parámetros. Señale la opción FALSA:**
- A) Número de biopsias y ubicación en cm desde el EEI de las biopsias tomadas del segmento de Barrett.
 - B) La extensión del Barrett utilizando los criterios de Praga.
 - C) La presencia o ausencia de esofagitis erosiva utilizando la clasificación de Los Ángeles.
 - D) Una descripción de la localización, tamaño y el aspecto macroscópico usando la clasificación de París, de cualquier anomalía visible dentro del epitelio de Barrett.
133. **En relación con los cuerpos extraños esofágicos, señale la opción FALSA:**
- A) El paso inicial ante la sospecha de un cuerpo extraño esofágico será asegurar la vía aérea.
 - B) Ante un CE esofágico que no progresa de forma espontánea y tras excluir que el CE sea de alto riesgo (por su material, forma o la localización que presenta) el plazo límite recomendado de tratamiento endoscópico es de 72 horas desde la ingesta.
 - C) Se debe excluir la presencia de complicaciones (la más frecuente la perforación) que determinarán la valoración por un equipo quirúrgico.
 - D) Si sospechamos que la localización del CE es en hipofaringe o si hay compromiso respiratorio por el CE, solicitaremos valoración inicial por ORL.

134. **Respecto al pronóstico del cáncer de esófago, señale la opción FALSA:**
- A) Un porcentaje muy pequeño (menos del 5%) de pacientes diagnosticados de cáncer de esófago presentan metástasis a distancia o son tumores irresecables en el momento del diagnóstico.
 - B) La supervivencia global de esta neoplasia es pobre.
 - C) Los pacientes con enfermedad metastásica (estadio IV) presentan una supervivencia media menor a un año.
 - D) Una pérdida del 10% de la masa corporal, la presencia de disfagia, los tumores grandes, la edad avanzada, y la presencia de micrometástasis linfáticas (detectadas por inmuno histoquímica) son factores predictores independientes de mal pronóstico.
135. **En el tratamiento del cáncer de esófago, señale la opción FALSA:**
- A) En pacientes con adenocarcinoma esofágico en estadio T1a N0 M0 la terapéutica endoscópica es de elección.
 - B) La esofagectomía radical y transtorácica (procedimiento de Ivor-Lewis) es la técnica quirúrgica de elección en el cáncer de esófago localizado, más allá de las etapas muy tempranas (T1b-T2 N0 M0).
 - C) En los pacientes con adenocarcinoma de esófago con enfermedad localmente avanzada (T3-T4 N1-3 M0), después de una respuesta tumoral completa a la quimio radioterapia, nunca es preciso realizar cirugía.
 - D) En pacientes con enfermedad metastásica (M1) de adenocarcinoma esofágico y buen estado general, está indicada la quimioterapia como tratamiento paliativo.
136. **La esclerodermia puede cursar con un Trastorno Motor Esofágico Secundario. Señale la opción VERDADERA:**
- A) En la esclerodermia se produce fibrosis y degeneración del músculo esofágico liso y estriado.
 - B) En la esclerodermia se produce una hipotonía del EEI pero nunca se afecta el peristaltismo esofágico.
 - C) En la esclerodermia con frecuencia existe reflujo gastroesofágico, que suele ser grave.
 - D) En la esclerodermia, el tratamiento antisecretor potente con IBP es poco eficaz para controlar el reflujo gastroesofágico.
137. **En el tratamiento de la acalasia, señale la opción FALSA:**
- A) Los nitratos de acción prolongada (como *dinitrato de isosorbida*) y los antagonistas del calcio (como *nifedipino*) tienen una utilidad real en la práctica clínica escasa, ya que su eficacia es limitada y provocan con frecuencia efectos secundarios.
 - B) La inyección de *toxina botulínica* produce una disminución de la presión del EEI y una mejoría sintomática en el 70-80% de los pacientes al mes del tratamiento. Su inconveniente es la transitoriedad de su efecto.
 - C) La dilatación forzada del cardias. La principal complicación a corto plazo es la perforación. El reflujo gastroesofágico es la principal complicación a medio y largo plazo.
 - D) La cardiomiectomía. Los resultados son excelentes o buenos en el 80% de los pacientes. No se ha observado una disminución en la eficacia con el paso del tiempo.
138. **Un paciente con cáncer esofágico de tercio distal que presenta invasión de la adventicia, afectación de 5 ganglios regionales y no muestra evidencia de metástasis a distancia, deberá ser catalogado como:**
- A) IIIB T3 N2 M0.
 - B) IIIA T1-2 N2 M0.
 - C) IIIC T4a N1-2 M0.
 - D) IIIA T3 N1 M0.
139. **La clasificación de Chicago se refiere a:**
- A) Clasificación de la candidiasis esofágica.
 - B) Clasificación de los TME, basada en manometría de alta resolución.
 - C) Clasificación de la esofagitis por cáusticos.
 - D) Clasificación del tipo de estenosis esofágica.

140. Respecto a la Esofagitis por *Candida*, señale la opción FALSA:

- A) La ausencia de afectación orofaríngea, excluye el diagnóstico de esofagitis candidiásica.
- B) Las infecciones esofágicas por *Candida albicans* son las más frecuentes tanto en los pacientes inmunodeprimidos como en los inmunocompetentes.
- C) *Candida albicans* puede encontrarse en el esófago como comensal.
- D) En cuanto al tratamiento, es de elección el *fluconazol* en dosis de 200-400 mg/día durante 14-21 días.

106

141. Para describir la extensión de un Esófago de Barrett, se sugiere el empleo de:

- A) La clasificación de Savary-Miller modificada.
- B) La clasificación de París.
- C) La clasificación de Los Ángeles.
- D) La clasificación de Praga.

105

142. Respecto al diagnóstico de ERGE, señale la opción FALSA:

- A) El diagnóstico clínico del síndrome de reflujo típico de ERGE se debe realizar a partir de los síntomas de pirosis y regurgitación cuando éstos son los síntomas predominantes.
- B) En los pacientes con sospecha diagnóstica de ERGE y sin signos y/o síntomas de alarma se debería iniciar un tratamiento empírico con IBP.
- C) Se debe realizar una endoscopia ante la sospecha de estenosis de esófago, esófago de Barrett y/o adenocarcinoma de esófago.
- D) La pH-metría no está indicada en pacientes con ERGE y síntomas extraesofágicos.

102

143. La renuncia del paciente a recibir información está limitada:

- A) Por el interés de la salud del propio paciente.
- B) Por el interés de la salud del propio paciente y de la colectividad.
- C) Por el interés de la salud del propio paciente, de la colectividad y por las exigencias terapéuticas del caso.
- D) Por el interés de la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad y por las exigencias terapéuticas del caso.

015

144. Según la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, el consentimiento informado del paciente:

- A) Será por escrito, por regla general.
- B) Será verbal, por regla general.
- C) Será verbal o por escrito, según decisión del paciente.
- D) Será verbal o por escrito, según decisión del médico responsable del proceso asistencial.

013

145. Respecto de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, señale la respuesta incorrecta:

- A) Los programas de formación se publicaran en el Boletín Oficial de la Comunidad Autónoma para general conocimiento.
- B) La formación tendrá lugar por el sistema de residencia en centros acreditados.
- C) Los centros o unidades en los que se desarrolle la formación deberán estar acreditados conforme a lo previsto en la ley.
- D) Las especialidades en Ciencias de la Salud se agruparán, cuando ello proceda, atendiendo a criterios de troncalidad.

011

146. Según el artículo 1 de la ley 5/2001, de 5 de diciembre, de personal estatutario del Servicio Murciano de Salud, el personal que pase a desempeñar funciones en el Servicio Murciano de Salud quedará vinculado al mismo mediante:
- A) Una relación de carácter contractual.
 - B) Una relación de carácter laboral.
 - C) Una relación de carácter especial.
 - D) Una relación de carácter estatutario.
147. El personal estatutario en los supuestos establecidos con carácter general para los funcionarios públicos, así como cuando accede a plaza de formación sanitaria especializada mediante residencia o a puesto directivo de las organizaciones internacionales, de las Administraciones Públicas de los servicios de salud o de instituciones o centros sanitarios del Sistema Nacional de Salud, será declarado en situación de:
- A) Servicio activo.
 - B) Servicios especiales.
 - C) Servicio bajo otro régimen jurídico.
 - D) Excedencia por servicios en el sector público.
148. Según el Estatuto Marco, la jubilación forzosa se declarará al cumplir el interesado la edad de:
- A) 60 años.
 - B) 65 años.
 - C) 67 años.
 - D) 70 años.
149. El Sistema Sanitario de la Región de Murcia cuenta con el siguiente número de Áreas de Salud:
- A) 8.
 - B) 9.
 - C) 11.
 - D) 13.
150. Conforme con la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, el Gerente del Área de Salud será nombrado y cesado a propuesta del Consejo de Dirección del Área por:
- A) El Consejo de Salud.
 - B) La Dirección del Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma.
 - C) La Dirección del Centro de Salud.
 - D) El Ministerio de Sanidad.

009

008

006

004

001