



PROCESO SELECTIVO PARA LA ESTABILIZACIÓN DE EMPLEO TEMPORAL DE LARGA DURACIÓN, PARA EL ACCESO A LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO EN PLAZAS DE LA CATEGORÍA DE TITULADO/A ESPECIALISTA EN CIENCIAS DE LA SALUD, Y DE TITULADO/A SANITARIO/A, EN LA RED HOSPITALARIA DE LA DEFENSA.

ESPECIALIDAD: APARATO DIGESTIVO

IMPORTANTE

ANTES DE COMENZAR EL EXAMEN, LEA ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES

1. Compruebe que este Cuaderno de Examen lleva todas sus páginas y no tiene defectos de impresión. Si detecta alguna anomalía, pida otro cuaderno de examen al equipo colaborador.
2. El examen se compone de 100 preguntas más 10 de reserva (las últimas 10 preguntas). Las respuestas correctas puntúan positivo, las respuestas no contestadas o incorrectas no tienen valor. Para superar el ejercicio debe tener 50 aciertos. Tiempo de realización de la prueba es de 150 min.
3. Compruebe que el examen corresponde a la especialidad para la que se presenta.
4. El cuadernillo de preguntas y la hoja de respuestas se deben entregar al personal colaborador al finalizar el ejercicio. El cuadernillo de preguntas se devolverá al opositor que lo solicite al finalizar esta prueba.
5. Solo se valorará la hoja de respuestas. Si inutiliza su "Hoja de Respuestas" pida una nueva al equipo colaborador.
6. Datos de filiación en la hoja de respuesta.
7. Prohibido el uso de calculadoras, teléfonos móviles y/o cualquier otro dispositivo con capacidad de almacenamiento de información o posibilidad de comunicación mediante voz o datos.



PÁGINA DEJADA INTENCIONALMENTE EN BLANCO



1. Según la Clasificación de Chicago 4.0, en la manometría esofágica, el trastorno motor tipo acalasia se diagnostica según los siguientes criterios manométricos:
 - A) La acalasia tipo I se define como un valor aumentado de IRP (presión integrada de la relajación /integrated relaxation pressure) y la ausencia de contractilidad con el 100% de las ondas peristálticas fallidas
 - B) La acalasia se define como un valor de DCI elevado (Integral de la contracción distal /distal contractile integral)
 - C) La acalasia tipo I se define como un valor disminuido de IRP y la presencia de contractilidad efectiva en el 20% de las ondas peristálticas
 - D) No se requiere el empleo de la manometría para su diagnóstico

2. Según la Clasificación de Chicago 4.0, señale la afirmación falsa con respecto al diagnóstico manométrico del esófago hipercontráctil:
 - A) Es necesario haber descartado obstrucción mecánica en la unión esofagogástrica o en el esófago distal
 - B) El diagnóstico manométrico se define como el 20% o más de las degluciones hipercontráctiles con aumento del DCI
 - C) No se incluye el diagnóstico en las últimas guías europeas de manometría esofágica
 - D) El diagnóstico de esófago hipercontráctil se debe realizar tras haber descartado criterios de acalasia o espasmo esofágico distal

3. Paciente con antecedente hace años de ardor epigástrico que alivió con la toma de IBPs. Acude a consulta por regurgitación, pirosis y vómitos recurrentes de tres meses de evolución. Refiere toma de IBPs sin mejoría. Exploración física anodina, niega dolor abdominal, pérdida de peso o disfagia. Seleccione la prueba recomendada:
 - A) Test H. Pylori
 - B) Ph-metria sin asociar tratamiento
 - C) Tránsito baritado
 - D) Endoscopia digestiva

4. El resultado de la endoscopia digestiva de dicho paciente muestra displasia intestinal de bajo grado. Seleccione el siguiente paso a seguir:
 - A) Ph-metria
 - B) Confirmar displasia con una segunda endoscopia digestiva
 - C) Opción quirúrgica
 - D) Tránsito baritado



5. La indicación de la pH-metría o impedancia-pH-metría en el manejo del ERGE, indique la opción correcta:
- A) Está indicada ante síntomas típicos de ERGE refractarios al tratamiento a doble dosis con IBPs
 - B) Es de elección en paciente con síntomas típicos de ERGE en paciente con síntomas de alarma
 - C) Una pH metría normal excluye definitivamente el diagnóstico de ERGE
 - D) Todas las anteriores son falsas
6. En cuanto al manejo del esófago de Barret, señale la opción correcta:
- A) El esófago de Barret con displasia de bajo grado requiere una endoscopia de seguimiento a los 5 años
 - B) En esófago de Barret con displasia de alto grado, es de elección el tratamiento con IBPs a dosis dobles durante un año y posteriormente EDA de control para evaluar mejoría histológica
 - C) En el esófago de Barret sin displasia de 10 cm o más se recomienda derivar a un centro de referencia
 - D) El esófago de Barret siempre requiere tratamiento con radiofrecuencia ablativa o resección endoscópica.
7. En cuanto al manejo terapéutico de la patología por ERGE, señale la opción correcta:
- A) La esofagitis péptica grado A requiere tratamiento a dosis dobles durante 8 semanas y comprobar la curación con EDA
 - B) En la estenosis péptica recidivante a IBPs a dosis doble durante 8 semanas está indicada la dilatación esofágica junto a IBPs de mantenimiento
 - C) En la estenosis péptica recidivante a IBPs a dosis doble durante 8 semanas está indicado la inyección de corticoides locales.
 - D) En cuanto a los síndromes extraesofágicos del ERGE con una relación establecida, sin datos de alarma, siempre está indicado la realización de una EDA antes del tratamiento empírico con IBPs
8. Ante una paciente con clínica de disfagia e historia de impactaciones alimentarias. Indique la actuación terapéutica más correcta:
- A) Solo realizaría una endoscopia digestiva ante pacientes que no responden a tratamiento empírico con IBPs
 - B) Ante la sospecha de esofagitis eosinofílica, el tratamiento de primera elección sería esteroides tópicos



- C) Ante la sospecha de esofagitis eosinofílica, el tratamiento de primera elección sería dieta de eliminación
- D) Todas son falsas
9. Cual de las siguientes no es un factor predisponente de ERGE:
- A) Toma crónica de calcio antagonistas
- B) Tabaquismo
- C) Elevar el cabecero de la cama
- D) No existe un factor predisponente suficientemente establecido
10. En cuanto al tratamiento de la esofagitis péptica. Señale la opción correcta:
- A) Una o varias lesiones mucosas de < 5 mm deben ser tratadas con IBPs a doble dosis durante 8 semanas
- B) Al menos una lesión con continuidad entre pliegues mucosos, pero no circunferencial debe ser tratado con IBPs a dosis estándar
- C) El grado D de los ángeles siempre debe ser tratado con radiofrecuencia por su gran asociación con el esófago de Barrett
- D) La esofagitis grado B de los ángeles debe ser tratada con IBPs a dosis estándar durante 8 semanas.
11. ¿Cuál de los siguientes enunciados es falso sobre la dispepsia funcional?:
- A) Según los criterios de Roma IV es necesaria una gastroscopia normal para poder diagnosticar dispepsia funcional.
- B) Ante un paciente con dispepsia funcional, el tratamiento de elección es la erradicación de *Helicobacter pylori*.
- C) Los procinéticos y los IBP pueden considerarse fármacos de primera línea.
- D) Los antidepresivos tricíclicos forman parte del tratamiento de segunda línea.
12. Respecto a la gastroparesia indique la falsa:
- A) Su diagnóstico exige un estudio de vaciamiento gástrico alterado.
- B) Su diagnóstico requiere una manometría gastrointestinal alterada.
- C) La inyección de toxina botulínica en el píloro podría ser eficaz a corto plazo, si bien no hay recomendaciones aun al respecto.
- D) En su manejo es fundamental una modificación de la dieta para que sea fraccionada, con bajo contenido de grasa y fibra.
13. Respecto a la hemorragia digestiva alta no varicosa, ¿cuál es respuesta falsa?:



- A) Su incidencia se ha visto incrementada en los últimos años debido al aumento de resistencia a la terapia erradicadora de *Helicobacter pylori*.
- B) La causa más frecuente es la enfermedad péptica ulcerosa.
- C) La mortalidad se relaciona con la edad avanzada, la comorbilidad del paciente y el resangrado.
- D) El índice de Glasgow Blatchford es útil para estratificar el riesgo del paciente y define la necesidad de intervención clínica.

14. Señale la respuesta verdadera:

- A) Ante un paciente con úlcera péptica es fundamental erradicar *Helicobacter pylori*, pero es recomendable comprobar primero infección.
- B) Es imprescindible la toma de biopsias gástricas en la primera gastroscopia realizada en un paciente con hemorragia digestiva alta por úlcera péptica para comprobar infección de *Helicobacter pylori*.
- C) En un varón de 50 años con melenas, estable hemodinámicamente, y anemia hasta Hb 8.5 g/dL, con una úlcera gástrica Forrest IIc en la gastroscopia, hay que realizar un second look a las 24 horas para tomar biopsias de la úlcera.
- D) En aquellos pacientes con una úlcera gástrica Forrest Ib tratada endoscópicamente con inyección de adrenalina y colocación de hemoclip en su superficie en las 24 horas previas, se recomienda un second look endoscópico dado el alto riesgo de recidiva.

15. Respecto a la anticoagulación en un paciente con hemorragia digestiva, señale la falsa:

- A) En todas las hemorragias digestivas hay que suspender la anticoagulación.
- B) Las pruebas de coagulación convencionales (INR, TTPa, TTa) no suelen alterarse en pacientes anticoagulados con NACOs anti-Xa.
- C) El INR aporta información sobre el grado de anticoagulación en pacientes tratados con antagonistas de la vitamina K.
- D) En un varón de 85 años con fibrilación auricular anticoagulada con rivaroxabán, ingresado actualmente por su tercer episodio de hemorragia digestiva alta con requerimiento transfusional de 2 concentrados de hematíes, tras resolver este episodio, se recomienda revalorar la indicación de ACO, y plantear tratamientos alternativos.

16. Sobre el cáncer gástrico, señale la falsa:



- A) La forma intestinal tiene mejor pronóstico.
- B) En un paciente con adenocarcinoma gástrico precoz localizado en antro es preferible el tratamiento endoscópico con disección submucosa sobre la gastrectomía subtotal.
- C) Dado el aumento de incidencia de este cáncer en España, se recomienda el cribado poblacional.
- D) Se recomienda el cribado y erradicación de *Helicobacter pylori* en familiares de primer grado de pacientes con cáncer gástrico.

17. Respecto al linfoma gástrico, señale la respuesta verdadera:

- A) Un pilar del tratamiento del linfoma gástrico MALT es la terapia erradicadora de *Helicobacter pylori*, con posterior comprobación de su erradicación.
- B) Si tras tratamiento erradicador de *Helicobacter pylori* no hay respuesta clínica e histológica, se recomienda tratamiento quirúrgico.
- C) Tras el tratamiento del linfoma se recomienda seguimiento endoscópico con toma de biopsias según el protocolo de Sydney.
- D) Aunque existe una asociación del linfoma gástrico con la infección por *Helicobacter pylori*, solo con su erradicación no conseguimos una remisión mantenida.

18. Sobre los tumores del estroma gastrointestinal, ¿cuál es la falsa?:

- A) Son los tumores mesenquimales más frecuentes del tracto gastrointestinal, siendo la localización más frecuente el estómago.
- B) Más de la mitad de los GIST presentan mutaciones en el gen KIT.
- C) El tratamiento de elección en tumores mayores de 20 mm es quirúrgico, con resección en bloque con intención curativa.
- D) Son tumores quimiosensibles, por lo que se plantea tratamiento quimioterápico ante signos de alto riesgo tales como un índice mitótico elevado, tumor de gran tamaño o afectación a distancia.

19. Sobre el diagnóstico de la infección por *Helicobacter pylori*, señale la verdadera:

- A) Si tras la terapia erradicadora de *Helicobacter pylori* el paciente se encuentra asintomático, no es necesario comprobar su erradicación.
- B) Para el diagnóstico se recomienda un test no invasivo (test del aliento con urea marcada con C13 o la serología, con igual grado de recomendación).
- C) Para comprobar la erradicación del *Helicobacter pylori* se recomienda esperar al menos 3 semanas tras finalizar el tratamiento.



- D) En pacientes alérgicos a la penicilina se recomienda de primera línea una pauta cuádruple con IBP, bismuto, tetraciclina y metronidazol.

20. Ante un paciente con dispepsia, ¿en qué caso habría que realizar una gastroscopia de entrada?

- A) Dolor epigástrico intenso.
- B) Vómitos.
- C) Distensión abdominal.
- D) Pirosis.

21. Con respecto al tratamiento de los linfomas intestinales, es FALSO:

- A) Deben intervenirse los linfomas que provoquen obstrucción, perforación o hemorragia.
- B) La quimiorradioterapia no está indicada en los linfomas de pequeño tamaño, histología de bajo grado y ausencia de diseminación.
- C) Como tratamiento complementario a la cirugía puede indicarse la poliquimioterapia tipo CHOP.
- D) En la enfermedad inmunoproliferativa en sus estadios iniciales se ha descrito buena respuesta al tratamiento con tetraciclinas.

22. Sobre el tratamiento del tumor carcinoide es cierto:

- A) El tratamiento de elección del tumor carcinoide no metastásico es la cirugía.
- B) Alrededor de la mitad de los pacientes presentan metástasis hepáticas al diagnóstico, por lo que el nunca van a ser candidatos a la cirugía.
- C) El octreótide se debe administrar tras la cirugía para evitar la aparición de crisis carcinoideas.
- D) El trasplante hepático está establecido en pacientes estables con un volumen tumoral hepático, inferior al 70%

23. Sobre el diagnóstico y tratamiento de los GIST, señale la incorrecta:

- A) Son factores determinantes del pronóstico tras la resección de un tumor GIST localizado primario: el tamaño del tumor, la localización y la tasa mitótica.
- B) Una de las opciones de manejo de los GIST pequeños y localizados en el estómago es la vigilancia.
- C) Puede ser preciso el tratamiento neoadyuvante con imatinib en tumores grandes o de localización difícil.



- D) El hallazgo ecoendoscópico de masa sólida hipoecóica es típico de los GIST y permite su diagnóstico diferencial de otras lesiones como el linfoma, el cáncer metastásico o el tumor neuroendocrino.

24. Con respecto a los tumores endocrinos digestivos, solo una es cierta:

- A) Los pacientes con NETS grado 3 se caracterizan por su buena respuesta a quimioterapia con platino, a diferencia de los NECs
- B) Los PanNEN clasificados como PanNET grado 3 presentan un patrón histológico bien diferenciado con un índice de proliferación de Ki 67 mayor del 20%, pero menor del 55%
- C) La detección de expresión hormonal en el estudio inmunohistoquímico de los tumores neuroendocrinos siempre conlleva una manifestación clínica secundaria.
- D) El PET con análogos de la somatostatina en combinación con TC o RM, se emplea para la detección y estratificación del grado de diferenciación tumoral. Sin embargo, no ha demostrado utilidad para la selección de las áreas de enfermedad y toma de muestras para confirmar el NET.

25. Respecto a la colitis ulcerosa, determine qué respuesta es falsa:

- A) La remisión se define como la resolución completa de los síntomas, acompañada de cicatrización mucosa en la endoscopia.
- B) Se entiende como respuesta una mejoría significativa de la situación clínica y/o endoscópica, por ejemplo, el paso de grave a moderada.
- C) La corticodependencia supone una imposibilidad para disminuir corticoides por debajo de 10mg/kg/día de prednisona (o equivalente) tras tres meses del inicio o recidiva dentro de los tres primeros meses tras la suspensión.
- D) La corticodependencia se establece con una situación de actividad clínica a pesar de tratamiento durante dos semanas con dosis plenas de corticoides (0'75mg/kg/día de prednisolona, 1mg/kg/día de prednisona o equivalentes)

26. Señale la respuesta falsa:

- A) La incidencia de colitis ulcerosa es más alta en el Norte de Europa y Norteamérica.
- B) La incidencia mundial está incrementando en población pediátrica y adulta, sobre todo en países de baja incidencia previa como Asia o Sudamérica.
- C) En Europa y Norteamérica es más prevalente la enfermedad de Crohn que la colitis ulcerosa.



- D) El riesgo de muerte tras el primer año de diagnóstico es mayor en colitis ulcerosas que en los pacientes sanos, igualándose esta diferencia posteriormente.

27. Respecto a la fertilidad en pacientes con colitis ulcerosa, señale la respuesta falsa:

- A) La fertilidad no se ve afectada.
- B) Se debe procurar que la concepción sea en un momento en remisión para disminuir el riesgo de actividad persistente durante el embarazo, parto pretérmino y bajo peso al nacer.
- C) El riesgo de malformaciones congénitas no parece estar aumentando.
- D) La medicación para la colitis ulcerosa es de bajo riesgo para el feto salvo metotrexato y azatioprina. El resto de la medicación no debe suspenderse cuando está intentándose la concepción.

28. Respecto a los niveles de fármaco en el manejo de la EII, señale la opción correcta:

- A) Existe una relación dosis-respuesta de los niveles plasmáticos de antiTNF con los objetivos clínicos.
- B) En las últimas guías de manejo clínico, se recomienda una monitorización activa de niveles de fármaco y anticuerpos contra el fármaco en la pérdida de respuesta a antiTNF.
- C) Los niveles de fármaco anti-TNF tienen un rango estrecho pero constante independientemente del tipo de extensión de la enfermedad.
- D) Los niveles valle recomendados son para infliximab de 2-10mcg/ml y para adalimumab de 3-15 mcg/ml

29. A propósito del tratamiento del brote moderado de colitis ulcerosa corticorresistente, señale la respuesta falsa:

- A) Se recomienda preferiblemente tratamiento de primera línea con anti-TNF +/- azatioprina, con una tasa de remisión en la inducción cercana al 50%
- B) Ustekinumab posee una tasa de remisión en la inducción del 33% en pacientes refractarios a anti-TNF.
- C) Vedolizumab posee una tasa de remisión en la inducción del 24% en pacientes refractarios a anti-TNF.
- D) Tofacitinib posee una tasa de remisión en la inducción de 18'5% en pacientes refractarios a anti-TNF.

30. Señale la opción falsa:



- A) La colitis microscópica cursa clínicamente como diarrea de curso crónico (≥ 4 semanas) acuosa sin productos patológicos.
- B) La colitis microscópica afecta más frecuentemente a mujeres de mediana edad.
- C) El diagnóstico es fundamentalmente histológico ya que en la práctica mayoría de las endoscopias el aspecto de la mucosa es normal.
- D) A nivel histológico se han descrito dos tipos de colitis microscópica; la colágena y la linfocítica.

31. Respecto a la colitis microscópica, señale la respuesta verdadera:

- A) No se ha detectado el polimorfismo NOD2/CARD15 en pacientes afectados.
- B) No se han descrito mutaciones en los haplotipos HLA-DR3DQ2 en pacientes afectados.
- C) Existe un desbalance entre la fibrogénesis y fibrinólisis por variación alélica del gen metaloproteinasa-17 y el TNF.
- D) No se ha descrito mejoría de la clínica tras la erradicación de *Helicobacter Pylori*.

32. Señale la respuesta falsa:

- A) Resulta diagnóstico de colitis colágena, la presencia de una banda de colágeno $>20 \mu\text{m}$ de grosor.
- B) En la colitis colágena, puede existir un aumento ligeramente moderado de linfocitos y células plasmáticas.
- C) Resulta diagnóstico de colitis linfocítica, la presencia de ≥ 20 linfocitos intraepiteliales por cada 100 células epiteliales superficiales.
- D) En la colitis linfocítica, puede existir criptitis focal.

33. En relación con la colitis eosinófila, señale la verdadera:

- A) La colitis eosinófila suele ser una enfermedad no asociada a la IgE.
- B) La leche de vaca y las proteínas de huevo son los alimentos que más a menudo contribuyen a la colitis alérgica de la lactancia.
- C) El examen histológico suele mostrar una distorsión arquitectural global de la mucosa con agregados focales de eosinófilos.
- D) En casos resistentes a los glucocorticoides las alternativas pasan por antiinflamatorios como aminosalicilatos.

34. Respecto a la gastroenteritis eosinofílica, señale la respuesta falsa:



- A) La forma serosa ocurre en una minoría de pacientes y se caracteriza por un recuento más alto de eosinófilos en sangre periférica que otras variantes.
- B) No existe ninguna prueba de referencia para el diagnóstico de la gastritis, la enteritis o la gastroenteritis eosinofílica.
- C) Se ha sugerido que una densidad de eosinófilos superior a 15 eosinófilos por campo de gran aumento en al menos 10 campos de gran aumento permite diferenciar la gastritis eosinofílica de una muestra normal de tejido adulto.
- D) Se ha descrito una remisión prolonga de satisfactoria de la gastroenteritis y eosinofílica tras el tratamiento con montelukast.

35. Un paciente de 80 es diagnosticado de enfermedad de Crohn de colon grave, como antecedente presenta varios episodios en los últimos años de ICC y una neoplasia de vejiga, ¿que tratamiento consideraría más apropiado en este caso para inducir a la remisión y como tratamiento de mantenimiento?

- A) Prednisona.
- B) Azatioprina.
- C) Ustekinumab.
- D) Infliximab.

36. En cuanto al tratamiento de la colitis por *Clostridium difficile* en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal:

- A) Si la evolución con tratamiento antibiótico no es favorable o la sospecha de brote asociado es alta deben tratarse ambas entidades
- B) Produce brote de la enfermedad, por lo que siempre debe tratarse tanto la infección como el brote.
- C) Solo debe tratarse la infección.
- D) Si controlamos el brote la infección se autolimita.

37. En cuanto a la asociación colangitis esclerosante primaria (CEP) y colitis ulcerosa, cual es la falsa:

- A) El 80 % de los pacientes con CEP presentará colitis ulcerosa, por lo que debe solicitarse colonoscopia a todos los pacientes al diagnóstico.
- B) La presencia de de CEP se asocia a mal pronóstico.
- C) La asociación de CU con CEP indica un cribado de CCR más agresivo que en aquellos pacientes que no lo presentan.



- D) Se debe hacer screening de CEP a todos los pacientes diagnosticados de CU que presenten ANCA mediante colangiografía.
38. Cual de los siguientes alelos se asocia a mayor riesgo de formación de anticuerpos contra los fármacos Anti- TNF α :
- A) HLA DQA1*05.
 - B) HLADQB1*05
 - C) HLADQA5*01
 - D) HLADQB5*01
39. Cual de las siguientes afirmaciones no es correcta:
- A) El tabaco es un factor protector para la colitis ulcerosa.
 - B) El tabaco es un factor de riesgo para la enfermedad de Crohn.
 - C) El debut a edades tempranas es un factor de mal pronóstico.
 - D) La ausencia de elevación de PCR durante los brotes de un paciente con enfermedad de Crohn es criterio de buen pronóstico.
40. En cuanto a los tratamientos biológicos en la EII, señale la falsa:
- A) La primera opción terapéutica en pacientes con antecedentes de neoplasias se considera ustekinumab/ vedolizumab.
 - B) La mejor opción terapéutica para pacientes que padecen EII y LES es infliximab.
 - C) La mejor opción terapéutica para la enfermedad perianal sería la asociación de infliximab y azatioprina.
 - D) La mejor opción para tratamiento concomitante de manifestaciones ictericas sería TNF α , ustekinumab y tofacitinib entre otros.
41. Cual de las siguientes afirmaciones es falsa en cuanto al tratamiento con inmunomoduladores (azatioprina/6-mercaptopurina):
- A) Actualmente se desaconseja su uso en > 65 años.
 - B) Un efecto adverso frecuente es la aparición de herpes Zóster.
 - C) Se desaconseja en pacientes jóvenes, principalmente varones, que presenten IgG VEB positivo.
 - D) Las dosis recomendadas son 2-2.5/Kg/día para azatioprina y 1-1,5 /Kg/día para 6- mercaptopurina.



42. En lo referente a la anatomía patológica en la EII, señale lo correcto:

- A) Los abscesos crípticos son patognomónicos de la Colitis ulcerosa.
- B) Los granulomas necróticos son más frecuentes en la Enfermedad de Crohn.
- C) La distorsión arquitectural es típica del Crohn.
- D) Los granulomas puede estar presentes en el 40% de las histologías de Enfermedad de Crohn.

43. En cuanto a las manifestaciones extraintesinales en la EII, señale la falsa:

- A) a-La colitis ulcerosa se asocia típicamente a sacroileitis.
- B) b-La enfermedad de Crohn se relaciona con lupus-Like.
- C) c-La enfermedad de Crohn se relaciona con el eritema nodoso.
- D) d-La colitis ulcerosa se relaciona con el pioderma gangrenoso.

44. En relación a la tuberculosis en la EII; señale la falsa:

- A) Se recomienda realizar screening de TBC al diagnóstico de la enfermedad.
- B) En pacientes que vayan a recibir terapia biológica se recomienda doble cribado (Mantoux y quantiferon) si previamente se encontraban inmunodeprimidos.
- C) Si el cribado es negativo no es preciso repetirlo durante el tratamiento biológico.
- D) El régimen más empleado es Isoniacida 5 mg/KG 9 meses.

45. Hablando de la enfermedad perianal en la EII, señale la correcta:

- A) En las fístulas simples la técnica de elección es la fistulotomía independientemente de la afectación mucosa de la ampolla rectal.
- B) En fístulas anteriores en mujeres, a pesar de ser simples, se desaconseja fistulotomía.
- C) Para las fístulas complejas la técnica de elección es el sedal cortante con o sin tratamiento médico asociado.
- D) El empleo de estoma derivativo no tiene cabida en esta entidad.

46. Con respecto a los ampulomas, señale la afirmación incorrecta:

- A) Para el estadiaje "T" de los ampulomas, la ecoendoscopia presenta mayor precisión que el TAC pero no es significativamente superior que el de la RM.



- B) Se recomienda realizar de manera rutinaria inmunohistoquímica, determinación de K-ras, p53 e inestabilidad de microsatélites en las biopsias del ampuloma cuando existe alta sospecha, para determinar su pronóstico y/o potencial respuesta al tratamiento.
- C) Se debe plantear pancreatoduodenectomía en los pacientes con estadio T1 en los estudios diagnósticos y/o en la pieza de ampulectomía (endoscópica o transduodenal).
- D) En caso de presencia de restos residuales o recurrencia de la lesión, estas pueden manejarse de manera efectiva con técnicas ablativas como APC o resección mucosa endoscópica.

47. Señale la respuesta incorrecta en el Síndrome de Lynch (SL):

- A) Se recomienda iniciar el cribado con colonoscopia a los 25 años en los portadores de mutaciones MLH1 y MSH2 y a los 35 años en los portadores de mutaciones MSH6 y PMS2.
- B) En los individuos con SL sometidos a colonoscopia de cribado, si la preparación es subóptima (Boston <2 en al menos uno de los tramos) debe repetirse a los 3 meses.
- C) Se recomienda realizar gastroscopia de cribado o test no invasivo de *Helicobacter pylori* en los pacientes con SL, especialmente en aquellos portadores de las mutaciones MLH1 o MSH2 por su mayor asociación con cáncer gástrico.
- D) En pacientes con SL y asintomáticos no es preciso explorar el intestino delgado de manera rutinaria al tener un riesgo asociado de cáncer en dicha localización <1%.

48. Respecto a los individuos que cumplen criterios de cáncer de colon familiar:

- A) a- Tras la resección de un adenoma de bajo riesgo en una colonoscopia de cribado se debe acortar el intervalo con la siguiente revisión endoscópica.
- B) Debe indicarse colonoscopia de cribado en los individuos con historia familiar antes de los 40 años.
- C) Tras una colonoscopia de cribado que cumple con los criterios estándares de calidad y en la que no hay hallazgos, el intervalo con la siguiente colonoscopia será de 5 años.
- D) Se define como riesgo familiar de cáncer de colon como la presencia de 1 familiar de primer grado con cáncer colorrectal o al menos uno de segundo grado menor de 50 años.



49. Respecto al empleo de las prótesis expandibles esofágicas, señale la respuesta falsa:

- A) Dichas prótesis se consideran una terapia eficaz en la patología maligna del esófago como puente a la cirugía o inmediatamente antes de un tratamiento neoadyuvante con quimio-radioterapia.
- B) No se recomienda su uso como primera línea de tratamiento en el manejo de las estenosis esofágicas benignas.
- C) En el caso de estenosis esofágicas rebeldes a otros tratamientos endoscópicos es preferible el uso de prótesis totalmente recubiertas en lugar de parcialmente recubiertas por su bajo riesgo de quedar “embebidas” en el tejido y su mayor facilidad de extracción.
- D) En el caso de fístulas y/o perforaciones esofágicas no existen en las guías científicas recomendaciones específicas sobre el tipo de prótesis a emplear ni su duración.

50. Respecto al empleo de las prótesis expandibles en la estenosis tumoral del colon, señale la respuesta falsa

- A) No se recomienda la dilatación de la zona estenótica ni antes ni inmediatamente después de la colocación de la prótesis.
- B) Se debe administrar profilaxis antibiótica intravenosa antes de la colocación de la prótesis, preferiblemente cefazolina o amoxicilina-clavulánico.
- C) En el caso de obstrucción maligna del colon, las cifras recogidas en los meta-análisis actuales muestran menor morbilidad en el abordaje endoscópico con prótesis como puente a la cirugía, frente al uso de la cirugía urgente para la paliación de la estenosis.
- D) En pacientes portadores de prótesis con intención paliativa, es seguro el uso de quimioterapia incluso con agentes antiangiogénicos como bevacizumab.

51. Señale la respuesta correcta sobre el empleo de las sondas de gastrostomía o yeyunostomía y su colocación endoscópica:

- A) La presencia de ascitis o una derivación ventrículo-peritoneal contraindica la colocación endoscópica de una sonda de PEG.
- B) El estado agudo de gran catabolismo no es una indicación de colocación de PEG.
- C) La colocación de sondas de gatro o yeyunostomía son considerados procedimientos de bajo riesgo hemorrágico y no requieren suspensión de los agentes antiagregantes.



- D) Los pacientes con demencia a los que se les coloca sonda PEG presentan un aumento de la mortalidad >40% frente a aquellos sin demencia.

52. Respecto al uso de la cápsula endoscópica, señale la respuesta incorrecta:

- A) En los casos de hemorragia digestiva de origen oscuro se recomienda administrarla lo antes posible, preferiblemente dentro de las primeras 48h desde el inicio del episodio.
- B) En los pacientes con anemia ferropénica sin hallazgos relevantes en un primer estudio endoscópico, se recomienda realizar una segunda gastro y colonoscopia antes de indicar el estudio con cápsula endoscópica.
- C) Se puede mantener un manejo conservador en aquellos pacientes son sospecha de hemorragia originada en el intestino delgado en los que el estudio con cápsula endoscópica ha sido de alta calidad, aunque su resultado no haya sido concluyente.
- D) En el estudio de anemia ferropénica mediante cápsula endoscópica, las mujeres premenopáusicas presentan menos hallazgos significativos que las mujeres postmenopáusicas.

53. Señale la falsa respecto a las complicaciones tras una CPRE:

- A) El riesgo de coledocolitais recurrente tras su extracción es de entre un 23% y un 33% en los pacientes con vesícula in situ.
- B) Para disminuir el riesgo de pancreatitis tras una CPRE se recomienda combinar el uso de indometacina rectal con otras medidas como la colocación profiláctica de prótesis pancreáticas o hidratación agresiva periprocedimiento de manera rutinaria.
- C) Las guías clínicas actuales no recomiendan el uso rutinario de profilaxis antibiótica ante una CPRE.
- D) No es necesario de manera rutinaria una esfinterotomía biliar antes de colocar una prótesis plástica para drenar una obstrucción de la vía biliar.

54. No se considera un factor de riesgo para el desarrollo de colangitis post-CPRE:

- A) Edad > 60 años.
- B) Presencia de enfermedad renal crónica.
- C) Obstrucción hiliar.
- D) Existencia de CPRE previa.

55. Señale la respuesta falsa sobre la resección mucosa endoscópica:



- A) No se recomienda su empleo como primera opción en las lesiones duodenales.
- B) La resección en bloque de una lesión rectal de 18mm con invasión superficial de la submucosa (sm1), moderadamente diferenciada, sin invasión linfovascular y budding 0/1 se puede considerar curativa.
- C) Se recomienda completar una la extirpación de las lesiones sobre un esófago de Barrett resecaadas mediante resección submucosa con una ablación del Barrett restante en un segundo tiempo.
- D) Antes de realización es necesario completar el estudio de la lesión con TAC de extensión.

56. En pacientes con pancreatitis crónica son válidas todas estas recomendaciones generales excepto:

- A) Abandonar el consumo de tabaco.
- B) Tratamiento con antisecretores gástricos (inhibidores de la bomba de protones o anti-H2) asociado al tratamiento con suplementos enzimáticos, para evitar la inactivación de las enzimas pancreáticas por el ácido gástrico.
- C) Restricción de la ingesta de grasas en la dieta a una cantidad inferior a 10 g/día, en caso de esteatorrea (malabsorción de grasas).
- D) Los triglicéridos de cadena media pueden aportar calorías en pacientes con pérdida de peso y escasa respuesta a la dieta y terapia con enzimas pancreáticas, en caso de esteatorrea (malabsorción de grasas).

57. En un pseudoquiste pancreático de 6,5 cm asintomático y sin signos de infección o hemorragia, a las 6 semanas del inicio de una pancreatitis aguda, el tratamiento indicado es:

- A) Control radiológico cada 3-6 meses.
- B) Drenaje endoscópico (cistogastrostomía) o si no es factible, drenaje percutáneo.
- C) Drenaje quirúrgico (cistogastrostomía o cistoduodenostomía).
- D) Resección quirúrgica.

58. Ante la presencia de un pseudoquiste pancreático con indicación de drenaje, es falso:

- A) El abordaje transpapilar está indicado si el pseudoquiste comunica con el conducto pancreático.



- B) En una cistogastrostomía con colocación de prótesis, ésta se debe retirar a las 4-6 semanas.
- C) En cistogastrostomía con colocación de prótesis, ésta se debe retirar cuando se comprueba la resolución.
- D) a y b son falsas.

59. Mediante ecoendoscopia, el hallazgo más predictivo de pancreatitis crónica es:

- A) Puntos hiperecogénicos con sombra acústica.
- B) Lobularidad con o sin patrón en “panal de abeja”.
- C) Dilatación del conducto pancreático principal
- D) Cálculos en conducto pancreático principal.

60. La neoplasia quística mucinosa del páncreas presenta una de las siguientes características:

- A) a- Prácticamente resulta exclusiva del sexo femenino.
- B) b- Es típica de personas jóvenes.
- C) c- Típicamente presenta niveles bajos de CEA (< 20 ng/ml).
- D) d-Su potencial de malignización es muy bajo.

61. Señale la afirmación correcta respecto al análisis del contenido líquido aspirado de las neoplasias quísticas pancreáticas:

- A) El CA 19.9 en el líquido aspirado del quiste es el marcador tumoral más fiable para el diagnóstico de neoplasia quística pancreática de tipo mucinoso.
- B) Concentraciones elevadas de CEA intraquístico, sugieren neoplasia quística pancreática de estirpe mucinosa.
- C) CEA > 200 ng/ml en el líquido intraquístico, sugiere tumor quístico seroso.
- D) Existe una correlación directa entre la concentración de CEA en el líquido intraquístico y malignidad de la neoplasia quística pancreática.

62. Una de las siguientes características de las neoplasias quísticas mucinosas del páncreas no sugiere transformación maligna:

- A) Ausencia de calcificación de la pared del quiste.
- B) Presencia de componente sólido interno.
- C) Tamaño superior a 5 cm.
- D) Engrosamiento de la pared del quiste.



63. En el seno de una pancreatitis aguda, el diagnóstico diferencial entre una necrosis pancreática aséptica de una infectada, se realiza:

- A) Por la clínica del paciente (fiebre y datos analíticos).
- B) Con pruebas de imagen (TC o RNM).
- C) Mediante PAAF.
- D) Con hemocultivos positivos.

64. Paciente de 53 años sin comorbilidad asociada, diagnosticado de un TPMI del conducto principal de páncreas, asintomático, identificado mediante TC y con un calibre del conducto principal de 8 mm, la actitud adecuada sería:

- A) Repetir el TC en 2 años.
- B) Considerar la resección quirúrgica.
- C) Realizar pruebas de función pancreática exocrina.
- D) Realizar una PAAF por ecoendoscopia.

65. El tratamiento con suplementos de enzimas pancreáticas en un paciente con pancreatitis crónica:

- A) Solo se debe indicar si el paciente tiene diarrea.
- B) Mejora la esteatorrea y el dolor.
- C) Nunca se debe asociar a IBP.
- D) Los pacientes que más se benefician son los que presentan una pancreatitis crónica muy evolucionada.

66. Con respecto a la definición del fallo hepático agudo sobre crónico (ACLF: acute-on-chronic liver failure):

- A) La Asociación Asia Pacífico (APASL: Asian Pacific Association for the Study of the Liver), lo define como el daño hepático agudo manifestado como aumento de la bilirrubina ($>$ o igual 5 mg/dL [85 mmol/L]) y coagulopatía (international normalized ratio [INR] $>$ o igual 1,5 o actividad de protrombina de 40%), complicado durante 4 semanas por ascitis y/o encefalopatía hepática, en un paciente con enfermedad hepática crónica previa. No se requiere de la presencia de fallo de otros órganos extrahepáticos para hacer el diagnóstico.
- B) La Asociación Europea para el estudio del hígado y el grupo de fallo hepático (EASL-CLIF: European Association for the Study of the Liver-Chronic Liver Failure consortium) lo define como un síndrome específico de pacientes cirróticos, que se caracteriza por la descompensación aguda (ascitis,



encefalopatía hepática, hemorragia digestiva y/o infecciones bacterianas), fallo de órganos (hepático, renal, cerebral, respiratorio, circulatorio, coagulopatía) y alta probabilidad de muerte a corto plazo. Los pacientes pueden desarrollar un ACLF sin historia de descompensaciones agudas. Para evaluar el fallo de múltiples órganos se utiliza el CLIF-consortium organ failures score.

- C) El grupo norteamericano para el estudio de enfermedad hepática terminal (NACSELD: North American Consortium for the Study of End-Stage Liver Disease), lo define como la presencia de al menos 2 fallos graves de órganos extrahepáticos incluyendo: shock, encefalopatía grado III/IV, terapia de sustitución renal o ventilación mecánica.
- D) Todas las definiciones anteriores son correctas.

67- Con respecto al manejo del fallo hepático agudo, se recomienda que:

- A) En los pacientes con cirrosis y peritonitis bacteriana espontánea, se recomienda el uso de albúmina asociado al uso de antibióticos, para prevenir el fallo renal agudo (AKI) y como consecuencia fallo de órgano.
- B) En pacientes con cirrosis e infección distinta a la peritonitis bacteriana espontánea, no se recomienda el uso de albúmina para mejorar la función renal o la mortalidad.
- C) En pacientes cirróticos, conectados a ventilación mecánica por insuficiencia hepática, se recomienda el uso de inhibidores de la bomba de protones; no existe una clara contraindicación para no utilizarlos.
- D) Todas las recomendaciones son correctas.

68. Con respecto al manejo del fallo hepático agudo, es falso que:

- A) No se recomienda el uso de intubación orotraqueal en los pacientes cirróticos con encefalopatía hepática grado III/IV. Sólo se recomienda en casos determinados como por ejemplo: si existe riesgo de dificultad en el manejo de la vía aérea o riesgo de aspiración.
- B) No se recomienda la transfusión de hemoderivados en pacientes cirróticos con ACLF y alteración de las pruebas de coagulación, en ausencia de sangrado o de procedimiento planificado.
- C) Los sistemas artificiales de soporte hepático, con o sin componentes biológicos, teóricamente podrían ayudar a mejorar la función hepática, pero los beneficios clínicos de momento no quedan del todo claros.
- D) La nutrición enteral se debe usar siempre que el paciente pueda de forma adecuada tolerar la vía oral. La nutrición parenteral debe considerarse en aquellos pacientes, donde no se pueden cubrir los requerimientos



nutricionales a través del tracto gastrointestinal, o si existe riesgo de complicación de la vía aérea, como el caso de pacientes con encefalopatía hepática grado III/IV.

69. El Instituto Nacional del abuso de alcohol y alcoholismo (NIAAA: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism) y el grupo de Hepatitis alcohólica, han establecido unos criterios para el diagnóstico de la hepatitis asociada al alcohol, identifique cual de estos es falso:

- A) Aparición de ictericia desde las 8 semanas previas al desarrollo de la enfermedad.
- B) Consumo de alcohol diario de al menos 3 vasos (40 g) para las mujeres, o 4 vasos (50-60g) para los hombres, durante 12 meses o más, con menos de 60 días de abstinencia desde la aparición de la ictericia.
- C) Un total de bilirrubina sérica > 3 mg/dl (>50 μ mol/L). AST > 50 IU/L y una relación AST/ALT de más de 1,5. Con un valor de transaminasas menor de 400 IU/L.
- D) Descartar otras enfermedades hepáticas, como aquella inducida por fármacos o isquemia.

70. En una hepatitis aguda alcohólica, realizamos biopsia hepática cuando:

- A) Existen presentaciones clínicas atípicas, o en los parámetros de laboratorio (Ejemplo AST o ALT mayor de 400 IU/L).
- B) Existen dudas en el consume de alcohol del paciente o uso de alguna droga potencialmente tóxica en los últimos 3 meses.
- C) Existe alta sospecha de hepatitis autoimmune.
- D) Todas las anteriores son correctas.

71. Con respecto al tratamiento de la hepatitis aguda alcohólica, es cierto que:

- A) Los corticoides no han mostrado un real beneficio clínico en los pacientes con hepatitis aguda alcohólica grave.
- B) Los corticoides mejoran la sobrevida a 30 días, de los pacientes con hepatitis aguda alcohólica grave y MELD score >20 , obteniendo un beneficio máximo en aquellos pacientes con MELD score entre 25-39.
- C) Se ha observado un beneficio clínico a corto plazo, con el uso de la pentoxifilina.
- D) El uso de prednisolona y N-acetilcisteína en los pacientes con hepatitis aguda alcohólica grave, ha demostrado superioridad con respecto al uso de prednisolona sola.



72. Sobre las alteraciones de los parámetros bioquímicos e inmunológicos, en la colangitis biliar primaria (CBP), cual de estas es falsa:

- A) En los estadios tempranos de la CBP, predomina una elevación sérica de fosfatasa alcalina (FA) y GGT.
- B) La elevación de la bilirrubina y la caída de los niveles séricos de albúmina, son más frecuentes en enfermedad avanzada, y son considerados importantes marcadores pronósticos.
- C) Para el diagnóstico se requiere la presencia de 2 o más de estos marcadores o anticuerpos: AMA, anticuerpos antinucleares, anticuerpos anticentrómero, fracción M2 mitocondrial del ácido 2-oxo deshidrogenasa, componente E2 de la piruvato deshidrogenasa, proteínas de membrana Sp100 y gp210.
- D) La CBP se caracteriza por la presencia en suero de anticuerpos específicos para las mitocondrias, el núcleo y antígenos de centrómeros. Títulos > de 1/40 para cualquier anticuerpo relacionado con la CBP es convencionalmente considerado como positivo.

73. Con respecto al tratamiento de la Colangitis biliar primaria (CBP), es falso que:

- A) El ácido ursodeoxicólico (AUDC) se recomienda a todos los pacientes con CBP, que toleran este tratamiento; a una dosis de 13-15 mg/Kg/día, en dosis única o dividida durante el día según la tolerancia.
- B) El tratamiento con ácido obeticólico (AOC), se asocia con exacerbación del prurito. Este es un efecto secundario dosis dependiente, que lleva a la discontinuación del tratamiento en el 1-10% de los pacientes.
- C) Se recomienda el uso de AOC, cuando existe una insuficiente respuesta al tratamiento inicial con AUDC, de acuerdo con los criterios de Paris II. Se recomienda iniciar el tratamiento con una dosis de 5 mg/día.
- D) Los fibratos tienen un efecto anti-colestásico que produce una adecuada respuesta bioquímica en el 70% de los pacientes. Según un meta-análisis, publicado en el 2016, los pacientes que reciben este tipo de tratamiento, tienen una mayor supervivencia, que los pacientes tratados con AUDC en monoterapia.

74. Sobre la colangitis esclerosante primaria (CEP), es falso que:

- A) Es una enfermedad hepática crónica, muy rara, que suele presentarse más frecuentemente en hombres entre 30-40 años.



- B) Tiene una fuerte asociación, con la enfermedad inflamatoria intestinal. En ocasiones, el diagnóstico de CEP precede el de la patología intestinal.
- C) Algunos de estos pacientes presentan patologías multiorgánicas asociadas a IgG4.
- D) Estos pacientes tienen bajo riesgo de desarrollar colangiocarcinoma y/o carcinoma colorectal.

75. Sobre la colangitis esclerosante primaria (CEP), todas son ciertas, excepto una:

- A) La bioquímica hepática muestra un patrón de colestasis, sin embargo, existe una frecuente oscilación de los valores de bilirrubina y fosfatasa alcalina. La RMN es la prueba de imagen de elección para el diagnóstico con una alta sensibilidad y especificidad (0,86 y 0,94 respectivamente).
- B) Alteraciones bioquímicas e histológicas compatibles con hepatitis autoinmune, se asocian hasta el 50% de los pacientes con CEP.
- C) Hasta la fecha no existe un tratamiento médico establecido de primera línea, que reduzca el riesgo de desarrollar cirrosis en los pacientes que padecen de CEP. El tratamiento está orientado al manejo farmacológico del prurito, antibioticoterapia en casos de sobreinfección, suplementación con vitamina D y tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal en caso de que coexistan ambas entidades.
- D) Las indicaciones de trasplante hepático en pacientes con CEP, son similares a los criterios establecidos para otras hepatopatías. En algunos estudios se ha observado, que en los pacientes que padecen de enfermedad inflamatoria intestinal, la colectomía previa a la realización del trasplante reduce el riesgo de recidiva de CEP, en el post-trasplante.

76. Son principios rectores de la actuación formativa y docente en el ámbito de las profesiones sanitarias las siguientes, EXCEPTO:

- A) La colaboración permanente entre los organismos de las Administraciones públicas competentes en materia de educación y de sanidad.
- B) La concertación de las universidades y de los centros docentes de formación profesional y las instituciones y centros sanitarios, a fin de garantizar la docencia práctica de las enseñanzas que así lo requieran.
- C) La disposición de toda la estructura del sistema sanitario para ser utilizada en la docencia pregraduada, especializada y continuada de los profesionales.
- D) Todas son correctas.



77. Quienes son los titulares de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria son:
- A) Todos los españoles
 - B) Los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional.
 - C) Los extranjeros no residentes en España, así como los españoles fuera del territorio nacional, que tendrán garantizado tal derecho en la forma que las leyes y convenios internacionales establezcan.
 - D) Todas las anteriores.
78. En la ley básica reguladora de la autonomía del paciente dentro de los principios básicos se encuentran todas las siguientes, EXCEPTO:
- A) La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica.
 - B) Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley.
 - C) El médico debe indicarle al paciente cual opción terapéutica debe elegir.
 - D) Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito.
79. Se entiende por centro sanitario a:
- A) La declaración escrita de un médico que da fe del estado de salud de una persona en un determinado momento.
 - B) El conjunto organizado de profesionales, instalaciones y medios técnicos que realiza actividades y presta servicios para cuidar la salud de los pacientes y usuarios.
 - C) la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.
 - D) el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial.
80. La historia clínica se define como:
- A) La declaración escrita de un médico que da fe del estado de salud de una persona en un determinado momento.



- B) El conjunto organizado de profesionales, instalaciones y medios técnicos que realiza actividades y presta servicios para cuidar la salud de los pacientes y usuarios.
- C) la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.
- D) el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial.
81. El cargo de Director del Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla” lo desempeña:
- A) dicho cargo recae en el General al mando de la Inspección General de Sanidad de la Defensa (IGESAN)
 - B) un Coronel del Cuerpo Militar de Sanidad (especialidad fundamental Medicina)
 - C) un General de División del Cuerpo Militar de Sanidad
 - D) un General de Brigada del Cuerpo Militar de Sanidad (especialidad fundamental Medicina)
82. La denominación correcta del Hospital Central de la Defensa (Orden Ministerial 1/2021 de 2 de enero) es:
- A) Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla Centro de Luz y Esperanza
 - B) Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla Centro Sanitario de Excelencia Universitaria
 - C) Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla Centro Sanitario de Vida y Esperanza
 - D) Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla Centro Sanitario Victorioso Español
83. El Observatorio Militar para la Igualdad entre mujeres y hombres en las Fuerzas Armadas está adscrito a:
- A) Secretaría de Estado de Defensa
 - B) Subsecretaría de Defensa
 - C) Ministerio de Economía y Hacienda
 - D) Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones
84. La estructura orgánica de las Fuerzas Armadas está compuesta por:
- A) El Ejército de Tierra, la Armada, el Ejército del Aire, y el conjunto de cuerpos y fuerzas de Seguridad del Estado



- B) El Ejército de Tierra, la Armada y el Ejército del Aire y del Espacio
- C) El Ejército de Tierra, la Armada, el Ejército del Aire, la UME y el CNI
- D) Ninguna de las anteriores.

85. La Unidad Militar de Emergencias (UME):

- A) está constituida de forma permanente y tiene como misión la intervención en cualquier lugar del territorio nacional y en el extranjero, en los supuestos de grave riesgo, catástrofe, calamidad u otras necesidades públicas
- B) está constituida de forma temporal y tiene como misión la intervención en cualquier lugar del territorio nacional y en el extranjero, en los supuestos de grave riesgo, catástrofe, calamidad u otras necesidades públicas
- C) está constituida de forma permanente y tiene como misión la exclusiva intervención en territorio nacional, en los supuestos de grave riesgo, catástrofe, calamidad u otras necesidades públicas
- D) está constituida de forma temporal y tiene como misión la exclusiva intervención en territorio nacional, en los supuestos de grave riesgo, catástrofe, calamidad u otras necesidades públicas

86. Marcar la FALSA: El Director del Hospital Central de la Defensa puede:

- A) Autorizar la asistencia a cursos
- B) Conceder las vacaciones y los permisos establecidos en la legislación vigente
- C) Diferir la fecha de cese hasta tres meses por razones de servicio
- D) Conceder las medidas de flexibilidad horaria previstas en la normativa vigente

87. Marcar la FALSA: La Academia Central de la Defensa:

- A) El Director de la Academia Central de la Defensa será un Oficial General nombrado por el Subsecretario de Defensa
- B) Dentro de ella se disponen la Escuela Militar de Sanidad y la Escuela de Músicas Militares
- C) También pertenece a ella la Academia General Militar de Zaragoza
- D) También dentro de ella está la Escuela Militar de Idiomas

88. Marcar la VERDADERA: El Centro Universitario de la Defensa (CUD):

- A) Tiene carácter público y se encuentra adscrito a la Universidad de Alcalá (UAH)



- B) Es sólo para personal militar y sus familiares y está adscrito a la Universidad de San Pablo-CEU
 - C) Tiene carácter público y se encuentra adscrito a la Universidad Autónoma de Madrid (UAM)
 - D) Es sólo para personal militar y sus familiares y está adscrito a la Universidad Europea de Madrid (UEM)
89. Un Oficial Médico que luce como divisa tres estrellas de ocho puntas cada una será:
- A) Un Capitán
 - B) Un Coronel
 - C) Un General
 - D) Un Comandante
90. El Servicio de Telemedicina del Hospital Central de la Defensa está encuadrado en:
- A) Departamento de Servicios Centrales
 - B) Jefatura de Sanidad Militar-Operativa
 - C) Unidad de Apoyo Informático
 - D) Depende directamente de Subdirección Médica
91. Marca la VERDADERA:
- A) El Hospital General de la Defensa de Zaragoza depende del Hospital Central de la Defensa de Madrid
 - B) El Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla” Centro Sanitario de Vida y Esperanza, depende de la Inspección General de Sanidad
 - C) A y B son verdaderas
 - D) Todas son falsas
92. Marca la VERDADERA: El Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla”:
- A) Es el único Hospital ROLE 4 de las Fuerzas Armadas
 - B) Presenta una Unidad de Aislamiento de Alto Nivel (UAAN)
 - C) A y B son verdaderas
 - D) Su Unidad de Aislamiento se considera de Nivel Intermedio
93. Marca la VERDADERA: El Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla”:
- A) Sólo atiende a personal militar y sus familiares
 - B) Es un Hospital adscrito al Servicio Madrileño de Salud
 - C) Atiende exclusivamente a personal afiliado al Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS)



- D) No dispone de Cámara Hiperbárica
94. El emblema del Cuerpo Militar de Sanidad es:
- A) la Cruz de Malta
 - B) el símbolo internacional de la Cruz Roja
 - C) la Cruz de Camarga
 - D) El Cuerpo Militar de Sanidad no tiene emblemas oficiales
95. Marca la VERDADERA: De acuerdo con el Reglamento General de Recompensas Militares, en lo referente a la concesión y uso de las mismas:
- A) La Cruz al Mérito Militar, al Mérito Naval o al Mérito Aeronáutico se puede conceder a todo personal militar y civil que se haga acreedor a las mismas
 - B) exclusivamente se concede a personal militar y nunca a personal civil
 - C) Solo se puede conceder a personal militar y civil si es funcionario, y nunca si es personal laboral
 - D) Solo se puede conceder a personal militar y civil contratado por el Ministerio de Defensa
96. Se entiende por Consentimiento informado a:
- A) La declaración escrita de un médico que da fe del estado de salud de una persona en un determinado momento.
 - B) El conjunto organizado de profesionales, instalaciones y medios técnicos que realiza actividades y presta servicios para cuidar la salud de los pacientes y usuarios.
 - C) la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.
 - D) el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial.
97. En la Ley General de Sanidad describen el certificado médico como:
- A) La declaración escrita de un médico que da fe del estado de salud de una persona en un determinado momento.
 - B) El conjunto organizado de profesionales, instalaciones y medios técnicos que realiza actividades y presta servicios para cuidar la salud de los pacientes y usuarios.



- C) la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.
- D) el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial.
98. El informe de alta médica es:
- A) Es el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial.
- B) Es el documento emitido por el médico responsable en un centro sanitario al finalizar cada proceso asistencial de un paciente, que especifica los datos de éste, un resumen de su historial clínico, la actividad asistencial prestada, el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas.
- C) Es toda actuación realizada con fines preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores o de investigación.
- D) Es el soporte de cualquier tipo o clase que contiene un conjunto de datos e informaciones de carácter asistencial.
99. Que es un paciente:
- A) Es el profesional que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del paciente o del usuario, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales.
- B) Es la persona que utiliza los servicios sanitarios de educación y promoción de la salud, de prevención de enfermedades y de información sanitaria.
- C) Es la persona que requiere asistencia sanitaria y está sometida a cuidados profesionales para el mantenimiento o recuperación de su salud.
- D) B y C son correctas.
100. Para la expedición del título de especialista se encuentran lo siguiente, EXCEPTO:
- A) Los títulos de especialista en Ciencias de la Salud serán expedidos por el Ministerio de Sanidad.
- B) Los títulos de especialista en Ciencias de la Salud serán expedidos por el Ministerio de Educación.
- C) La obtención del título de especialista requiere: a) Estar en posesión del título de Licenciado o Diplomado Universitario que, en cada caso, se exija. b) Acceder al sistema de formación que corresponda, así como completar éste



en su integridad de acuerdo con los programas de formación que se establezcan, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 23 de esta ley para el supuesto de nueva especialización.

- D) Se necesita superar las evaluaciones que se determinen y depositar los derechos de expedición del correspondiente título.

101. La ordenación del régimen del personal estatutario de los servicios de salud se rige por los siguientes principios y criterios, EXCEPTO:

- A) Sometimiento pleno a la ley y el derecho.
- B) Igualdad, mérito, capacidad y publicidad en el acceso a la condición de personal estatutario.
- C) Estabilidad en el empleo y en el mantenimiento de la condición de personal estatutario fijo.
- D) No precisa de participación de las organizaciones sindicales en la determinación de las condiciones de trabajo, a través de la negociación en las mesas correspondientes.

102. Los nombramientos de personal estatutario temporal serán de interinidad, siendo estatutarios interinos los que, por razones expresamente justificadas de necesidad y urgencia, son nombrados como tales con carácter temporal para el desempeño de funciones propias de estatutarios en los siguientes supuestos y condiciones:

- A) Existencia de plaza vacante, cuando no sea posible su cobertura por personal estatutario fijo, durante un plazo máximo de tres años, en los términos previstos en el apartado 2 de este artículo.
- B) Ejecución de programas de carácter temporal, que deberán especificar sus fechas de inicio y finalización y no podrán tener una duración superior a tres años. Los programas objeto de nombramiento no pueden ser de una naturaleza tal que suponga la ejecución de tareas o la cobertura de necesidades permanentes, habituales de duración indefinida de la actividad propia de los servicios de salud.
- C) Exceso o acumulación de tareas, detallándose las mismas, concretando la fecha del inicio y fin del nombramiento, por un plazo máximo de nueve meses, dentro de un período de dieciocho meses.
- D) Todas las anteriores.

103. Se podrá nombrar personal estatutario sustituto para el desempeño de funciones propias de personal estatutario en los siguientes supuestos y condiciones:



- A) Sustitución, que se expedirá, cuando resulte necesario para atender las funciones de personal fijo o temporal, durante los periodos de vacaciones, permisos, dispensas y demás ausencias de carácter temporal que comporten la reserva de plaza.
- B) Sustitución parcial para garantizar la prestación asistencial en los centros e instituciones sanitarias, durante un plazo máximo de tres años, identificando la causa que lo origina, siendo un nombramiento vinculado a la cobertura de exención de guardias, por razón de edad, o enfermedad, pudiendo sustituir hasta dos personas siempre que con la plantilla disponible no fuese posible cubrir esta contingencia y respetando los límites legales de la jornada, en concreto los referidos en los artículos 48.2 y 49.
- C) Reducción de la jornada ordinaria de personal estatutario, identificando a la persona o personas concretas a quien se complementa la jornada, durante todo el período correspondiente y en la modalidad que motiva la reducción.
- D) Todas las anteriores.

104. Son medidas dirigidas al control de la temporalidad las siguientes, EXCEPTO:

- A) Las administraciones sanitarias serán responsables del cumplimiento de las previsiones contenidas en la presente norma y, en especial, velarán por evitar cualquier tipo de irregularidad en el nombramiento del personal estatutario temporal y sustituto. Asimismo, las administraciones sanitarias promoverán, en sus ámbitos respectivos, el desarrollo de criterios de actuación que permitan asegurar el cumplimiento de las medidas de limitación de la temporalidad de su personal, así como una actuación coordinada de los distintos órganos con competencia en materia de personal. No obstante, desde la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud se establecerá un seguimiento de estas actuaciones.
- B) Las actuaciones irregulares en materia de nombramiento de personal estatutario temporal y sustituto darán lugar a la exigencia de las responsabilidades que procedan de conformidad con la normativa vigente en cada una de las administraciones públicas.
- C) Todo acto, pacto, acuerdo o disposición reglamentaria, así como las medidas que se adopten en su cumplimiento o desarrollo, cuyo contenido directa o indirectamente suponga el incumplimiento por parte de la comunidad autónoma o del Estado de los plazos máximos de permanencia como personal estatutario temporal se aceptará como válido.
- D) El incumplimiento del plazo máximo de permanencia dará lugar a una compensación económica para el personal estatutario temporal afectado, que será equivalente a veinte días de sus retribuciones fijas por año de



servicio, en virtud de la normativa específica que le sea de aplicación, prorrateándose por meses los períodos de tiempo inferiores a un año, hasta un máximo de doce mensualidades. El derecho a esta compensación nacerá a partir de la fecha del cese efectivo y la cuantía estará referida exclusivamente al nombramiento del que traiga causa el incumplimiento. No habrá derecho a la compensación descrita en caso de que la finalización de la relación de servicio sea por causas disciplinarias o por renuncia voluntaria.

105. El personal estatutario de los servicios de salud ostenta los siguientes derechos:

- A) A la estabilidad en el empleo y al ejercicio o desempeño efectivo de la profesión o funciones que correspondan a su nombramiento.
- B) A la percepción puntual de las retribuciones e indemnizaciones por razón del servicio en cada caso establecidas.
- C) A la formación continuada adecuada a la función desempeñada y al reconocimiento de su cualificación profesional en relación a dichas funciones.
- D) Todas las anteriores.

106. El personal estatutario de los servicios de salud ostenta los siguientes derechos:

- A) A que sea respetada su dignidad e intimidad personal en el trabajo y a ser tratado con corrección, consideración y respeto por sus jefes y superiores, sus compañeros y sus subordinados.
- B) Al descanso necesario, mediante la limitación de la jornada, las vacaciones periódicas retribuidas y permisos en los términos que se establezcan.
- C) A recibir asistencia y protección de las Administraciones públicas y servicios de salud en el ejercicio de su profesión o en el desempeño de sus funciones.
- D) Todas las anteriores

107. El personal estatutario ostenta, en los términos establecidos en la Constitución y en la legislación específicamente aplicable, los siguientes derechos colectivos:

- A) A la libre sindicación.
- B) A la actividad sindical.
- C) A la huelga, garantizándose en todo caso el mantenimiento de los servicios que resulten esenciales para la atención sanitaria a la población.
- D) Todas son correctas.



108. El personal estatutario de los servicios de salud viene obligado a:
- A) Respetar la Constitución, el Estatuto de Autonomía correspondiente y el resto del ordenamiento jurídico.
 - B) Ejercer la profesión o desarrollar el conjunto de las funciones que correspondan a su nombramiento, plaza o puesto de trabajo con lealtad, eficacia y con observancia de los principios técnicos, científicos, éticos y deontológicos que sean aplicables.
 - C) Mantener debidamente actualizados los conocimientos y aptitudes necesarios para el correcto ejercicio de la profesión o para el desarrollo de las funciones que correspondan a su nombramiento, a cuyo fin los centros sanitarios facilitarán el desarrollo de actividades de formación continuada.
 - D) Todas son correctas.
109. La condición de personal estatutario fijo se adquiere por el cumplimiento sucesivo de los siguientes requisitos:
- A) Superación de las pruebas de selección.
 - B) Nombramiento conferido por el órgano competente.
 - C) Incorporación, previo cumplimiento de los requisitos formales en cada caso establecidos, a una plaza del servicio, institución o centro que corresponda en el plazo determinado en la convocatoria.
 - D) Todas las anteriores.
110. Para la pérdida de la condición de personal estatutario fijo. Son causas de extinción de la condición de personal estatutario fijo, las siguientes, EXCEPTO:
- A) La renuncia.
 - B) La pérdida de la nacionalidad tomada en consideración para el nombramiento.
 - C) La sanción disciplinaria firme de separación del servicio.
 - D) La jubilación, a no ser que la condición física sea muy buena.