



1ª PRUEBA: CUESTIONARIO TEÓRICO
2ª PRUEBA: CUESTIONARIO PRÁCTICO

ACCESO: PROMOCIÓN INTERNA

CATEGORÍA: FEA MEDICINA INTERNA

CONCURSO-OPOSICIÓN PARA CUBRIR PLAZAS BÁSICAS VACANTES:

Resolución de 13 de abril de 2015 (BOJA núm. 74, 20 de abril)

ADVERTENCIAS:

- Compruebe que en su «**Hoja de Respuestas**» están sus datos personales, que son correctos, y **no olvide firmarla**.
- El **tiempo de duración de las dos pruebas** es de **tres horas**.
- **No abra** el cuadernillo hasta que se le indique.
- Para abrir este cuadernillo, rompa el precinto.
- Si observa alguna anomalía en la impresión del cuadernillo, solicite su sustitución.
- Este cuadernillo incluye las preguntas correspondientes a la «1ª PRUEBA: CUESTIONARIO TEÓRICO» y «2ª PRUEBA: CUESTIONARIO PRÁCTICO».

1ª PRUEBA: CUESTIONARIO TEÓRICO

- Esta prueba consta de 100 preguntas, numeradas de la 1 a la 100, y 3 de reserva, situadas al final del cuestionario, numeradas de la 151 a la 153.
 - Las preguntas de esta prueba deben ser contestadas en la «Hoja de Respuestas», numeradas de la 1 a la 100.
 - Las preguntas de reserva deben ser contestadas en la zona destinada a «Reserva» de la «Hoja de Respuestas», numeradas de la 151 a la 153.
- Todas las preguntas de esta prueba tienen el mismo valor.
- Las contestaciones erróneas se penalizarán con $\frac{1}{4}$ del valor del acierto.

2ª PRUEBA: CUESTIONARIO PRÁCTICO

- Esta prueba consta de 50 preguntas, numeradas de la 101 a la 150.
 - Las preguntas de esta prueba deben ser contestadas en la «Hoja de Respuestas», numerada de la 101 a la 150.
- Todas las preguntas de esta prueba tienen el mismo valor.
- Las contestaciones erróneas se penalizarán con $\frac{1}{4}$ del valor del acierto.

- Todas las preguntas tienen 4 respuestas alternativas, siendo sólo una de ellas la correcta.
- Solo se calificarán las respuestas marcadas en su «Hoja de Respuestas».
- Compruebe siempre que el número de respuesta que señale en su «Hoja de Respuestas» es el que corresponde al número de pregunta del cuadernillo.
- Este cuadernillo puede utilizarse en su totalidad como borrador.
- No se permite el uso de calculadora, libros ni documentación alguna, móvil ni ningún otro dispositivo electrónico.

SOBRE LA FORMA DE CONTESTAR SU «HOJA DE RESPUESTAS», LEA MUY ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES QUE FIGURAN AL DORSO DE LA MISMA.

ESTE CUESTIONARIO DEBERÁ ENTREGARSE EN SU TOTALIDAD AL FINALIZAR EL EJERCICIO. Si desean un ejemplar pueden obtenerlo en la página web del SAS (www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud).

1 El plan de calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2010-2014 plantea tres escenarios sobre los que se diseñan las líneas de acción quedan contenido al conjunto del plan: ciudadanos, profesionales y espacio compartido. Dentro de los objetivos marcados para los profesionales se encuentran:

- A) Reforzar el compromiso, la autonomía y participación del profesional en su desarrollo competencial y la gestión de su conocimiento
- B) El profesional se constituye en agente facilitador del paciente en el recorrido por el sistema sanitario, en el desarrollo efectivo de los derechos y en la utilización de los servicios en el marco de la corresponsabilidad
- C) Desarrollar la estrategia en I+D+I ampliando su desarrollo a nuevas expectativas, como generadora de conocimiento y motor del desarrollo de Andalucía
- D) Todas son ciertas

2 Según el Decreto 197/2007 de 3 de Julio por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los Servicios de Atención Primaria de Salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud, la Dirección de la Unidad de gestión Clínica:

- A) En cada Unidad de Gestión Clínica existirá una Dirección que tendrá rango de cargo intermedio y dependerá directamente del Director de Salud del Distrito
- B) Su función es la de distribuir las actividades y los recursos económicos asignados
- C) Debe hacer efectiva la participación ciudadana en el ámbito de la Unidad de Gestión Clínica a través de los mecanismos establecidos por la Consejería competente en materia de Salud
- D) Todas son ciertas

3 A propósito de voluntades vitales anticipadas de una persona:

- A) A este documento tienen acceso los profesionales sanitarios, que se encuentren a cargo de su proceso clínico, aún con el paciente lúcido
- B) El derecho a realizar la declaración de voluntad vital anticipada puede ejercerlo toda persona mayor de edad, menor emancipada o aquella otra incapacitada judicial si no lo determina expresamente la resolución de incapacidad
- C) Los profesionales sanitarios no pueden consultar la Voluntad Vital de personas inscritas en otras Comunidades Autónomas
- D) El registro de voluntades puede hacerse exclusivamente en la Delegaciones de Salud

4 En un estudio de investigación la pregunta a investigar debe reunir las siguientes características excepto:

- A) Factibilidad
- B) Interesante para el investigador
- C) Ética y relevante
- D) Debe ser lo más amplia posible

- 5 A una paciente inmigrante de 23 años sin antecedentes patológicos relevantes, que proviene de Rumanía y que no recuerda si ha sido vacunada, ¿que vacuna le administraría?**
- A) Solamente la del tétanos porque ya no es una adolescente
 - B) Tétanos y difteria
 - C) Tétanos, difteria, triple vírica y polio oral
 - D) Tétanos, difteria, triple vírica y polio inactivada
- 6 La gestión clínica en el Servicio Andaluz de Salud es un proceso de rediseño organizativo que permite incorporar a los profesionales en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica. En las Unidades de Gestión Clínica la actividad se desarrolla de acuerdo a diferentes objetivos, entre los que destacan:**
- A) Disminución del gasto farmacéutico
 - B) Mejor control presupuestario
 - C) Fomentar la implicación de los profesionales sanitarios en la gestión de los centros
 - D) Ninguna es correcta
- 7 ¿Cual de las siguientes herramientas resulta menos útil en la toma de decisiones sobre estrategias terapéuticas desde el enfoque de la gestión clínica?**
- A) La medicina basada en la evidencia
 - B) Los informes de evaluación tecnológica
 - C) La experiencia profesional individual
 - D) Las búsquedas sistemáticas de información: Pubmed, Cochrane
- 8 En relación con las habilidades comunicativas de los médicos:**
- A) No pueden ser evaluadas con métodos objetivos
 - B) Mejoran la adherencia de los pacientes al tratamiento prescrito
 - C) Se correlaciona con sus conocimientos científicos
 - D) Se basan exclusivamente en la capacidad de comunicación oral
- 9 El Plan andaluz del ataque cerebral agudo (PLACA). La activación del código ictus se realiza de acuerdo a los siguientes criterios. Señale la respuesta correcta:**
- A) Edad inferior a 85 años
 - B) Situación previa al episodio de autosuficiencia
 - C) La situación de coma, invalida la activación del código ICTUS
 - D) Tiempo de evolución inferior a seis horas. Documentado por testigos

- 10 El Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2010-2014. En las estrategias de desarrollo, contempla los siguientes escenarios, excepto:**
- A) Los ciudadanos
 - B) La organización sanitaria
 - C) Los profesionales
 - D) La integración con el Sistema Nacional de Salud para la mejor cohesión y calidad del sistema sanitario
- 11Cuál de las siguientes circunstancias no se relaciona con el íleo mecánico:**
- A) Dolor cólico y ondulaciones en la pared abdominal
 - B) Silencio a la auscultación abdominal
 - C) Vómitos de repetición
 - D) Ruidos peristálticos intestinales de lucha
- 12 De las siguientes afirmaciones sobre la isquemia mesentérica aguda, señale la INCORRECTA:**
- A) La isquemia no oclusiva tiene el mejor pronóstico
 - B) La cirugía precoz ofrece la mejora alternativa de tratamiento eficaz
 - C) La trombosis venosa es de difícil diagnóstico precoz
 - D) La embolia suele ser distal al origen de la mesentérica superior
- 13 En un paciente adulto, previamente sano, con diarrea líquida de 8-10 deposiciones/día de 4 días de duración ¿cuál de las siguientes exploraciones complementarias sería de elección para un diagnóstico etiológico?**
- A) Hemograma
 - B) Creatinina, iones y equilibrio ácido-base
 - C) Coprocultivo
 - D) Hemocultivos

- 14 La nitroglicerina es uno fármaco de elección en los síndromes coronarios agudos, al combinar efectos sobre la reducción del dolor, disminuir la demanda de oxígeno por el miocardio (al disminuir la precarga) y mejorar el aporte de oxígeno al miocardio (al dilatar los vasos coronarios implicados y los colaterales). Se administra inicialmente por vía sublingual y, en pacientes con respuesta favorable en los que reaparece el dolor debe pasarse a su uso intravenoso, sobre todo si se acompañan de otros signos de isquemia como cambios en el segmento ST o de la onda T. Sin embargo, hay circunstancias en las que es preferible no usar este fármaco, o incluso en las que está contraindicado. Especifique en cuál de las siguientes:**
- A) En pacientes que van a ser sometidos a un procedimiento de revascularización coronaria en los próximos 2-3 días
 - B) En pacientes que estén doblemente antiagregados, con ácido acetilsalicílico y clopidogrel
 - C) En pacientes con IAMCEST (infarto de miocardio con elevación de ST)
 - D) En pacientes que han tomado sildenafil u otro inhibidor de la 5-fosfodiesterasa en las últimas 24-48 horas
- 15 Enfermo de 68 años con cirrosis e hipertensión portal, consulta por aumento progresivo del perímetro abdominal en los últimos diez días. La exploración física demuestra ascitis franca. La paracentesis diagnóstica arroja los siguientes resultados: Albúmina 4g/dl; Leucocitos 500/mm³ (88% PMN); eritrocitos 1100/mm³. Citología negativa para células malignas. ¿Cuál de las siguientes opciones terapéuticas le parece más apropiada?**
- A) Realizar una paracentesis evacuadora
 - B) Añadir diuréticos de asa
 - C) Perfundir albúmina e infundir furosemida intravenosa
 - D) Administrar antibióticos
- 16 ¿Cuál de las siguientes es una causa frecuente de maldigestión?**
- A) Intolerancia a la lactosa
 - B) Intolerancia al gluten
 - C) Pancreatitis crónica
 - D) Enfermedad de Whipple
- 17 La prueba de función pancreática de mayor sensibilidad para valorar el grado de insuficiencia pancreática exocrina es:**
- A) Quimotripsina en heces
 - B) Comida de prueba de Lundh
 - C) Prueba de dilaurato de fluoresceína
 - D) Secretina-pancreozimina

- 18 En la endocarditis infecciosa con hemocultivos negativos, ¿cuál es el germen responsable más frecuente?**
- A) Enterococcus faecium
 - B) Coxiella Burnetii
 - C) Bacteroides fragilis
 - D) Streptococcus epidermidis
- 19 Acinetobáctér Baumanii es un microorganismo asociado a infección nosocomial que se caracteriza por:**
- A) Ser un bacilo gram positivo fermentador de azúcares
 - B) Su facilidad para diseminarse en el hospital exclusivamente a través de las conducciones de aire
 - C) Ser sensible a todos los antibióticos betalactámicos
 - D) Su facilidad para adquirir resistencias a los antibióticos y capacidad de provocar infecciones en pacientes inmunocomprometidos
- 20 ¿Cuál de las siguientes respuestas es la CORRECTA en relación con las pautas de tratamiento de la tuberculosis en paciente infectado por el VIH?**
- A) Son más prolongadas que en pacientes sin VIH
 - B) Deben incluir más fármacos que en los pacientes sin VIH
 - C) Son las mismas que en los pacientes sin VIH
 - D) El tratamiento debe ser indefinido
- 21 Ante un caso de brucelosis en zona endémica, de los métodos estandarizados cuál de las siguientes pruebas serológicas tiene mayor valor diagnóstico:**
- A) Rosa de Bengala
 - B) Seroaglutinación
 - C) Prueba de Coombs
 - D) ELISA
- 22 En relación a la sepsis, señale la afirmación que MENOS se ajusta a la realidad:**
- A) Por definición, la sepsis se acompaña siempre de bacteriemia
 - B) La hiperventilación es un signo precoz
 - C) La lesión del endotelio vascular es el mecanismo principal de la disfunción de órganos
 - D) El patrón hemodinámico del shock séptico incluye un gasto cardíaco normal o elevado y una disminución de las resistencias vasculares periféricas
- 23 ¿En cuál de las siguientes patologías el Estafilococcus epidermidis es el principal agente responsable?**
- A) Osteomielitis aguda
 - B) Gastroenteritis aguda
 - C) Neumonía
 - D) Infección asociada a catéter endovascular

- 24 Un paciente de 49 años acude a urgencias por un cuadro de fiebre de una semana de evolución, tos y disnea. La radiografía de tórax demuestra una cavidad de paredes lisas en lóbulo superior derecho (LSD), rodeada por áreas de consolidación alveolar.
¿Cuál es la conducta inicial MÁS correcta?**
- A) Iniciar tratamiento antibiótico y dar de alta con control radiológico al cabo de una semana
 - B) Realizar una TAC de tórax ante la sospecha de neoplasia pulmonar
 - C) El paciente puede ser bacilífero y se debe realizar un análisis del esputo
 - D) Se debe obtener un diagnóstico citológico mediante fibrobroncoscopia o punción percutánea
- 25 Mujer de 17 años que acude a urgencias por un cuadro de fiebre elevada, dolor faríngeo y adenopatías cervicales. Había sido recientemente diagnosticada de faringitis aguda e iniciado tratamiento con Amoxicilina, tras lo que presento un exantema cutáneo generalizado. La analítica muestra leucocitosis con linfocitos activados, ligera trombopenia y movilización de transaminasas.
¿Cual sería el diagnóstico mas probable?**
- A) Infección por virus de varicela zóster
 - B) Toxoplasmosis aguda
 - C) Infección por Herpes virus 8
 - D) Es un cuadro típico de mononucleosis infecciosa
- 26 ¿Cuál de los siguientes son factores favorecedores de la infección en el paciente neutropénico?**
- A) La mucositis por quimioterapia
 - B) La rotura de la barrera cutánea por el catéter venoso
 - C) La desnutrición
 - D) Todos son factores favorecedores
- 27 El tratamiento de mantenimiento tras un episodio de gota consiste en:**
- A) administrar solo colchicina durante seis meses
 - B) administrar solo alopurinol
 - C) administrar colchicina y alopurinol
 - D) administrar antiinflamatorio no esteroideo y colchicina
- 28 Una fiebre de origen desconocido en un anciano de 80 años estaría con más frecuencia causada por cualquiera de estas causas MENOS por:**
- A) Una neoplasia
 - B) Una infección
 - C) Una enfermedad autoinmune-reumatológica
 - D) Un fármaco

- 29 ¿Cuál de las siguientes NO es una infección relacionada con la asistencia sanitaria?**
- A) La infección postraumática
 - B) La infección relacionada con la hemodiálisis
 - C) La adquisición de tuberculosis por un estudiante de medicina durante las prácticas en un hospital
 - D) La infección de la herida atendida en casa por el equipo de hospitalización domiciliaria
- 30 Con respecto a las infecciones por los virus del grupo herpes, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?**
- A) La infección por el virus de Epstein Barr se suele adquirir en la infancia o la adolescencia
 - B) Además de con la mononucleosis infecciosa, el virus de Epstein Barr se relaciona con la enfermedad linfoproliferativa postrasplante y el linfoma de Hodgkin, entre otros tumores
 - C) La infección por el virus herpes simple tipo 2 es propia de la infancia, aunque puede aparecer en la edad adulta
 - D) El herpesvirus humano 8 se ha relacionado con tumores como el sarcoma de Kaposi o el linfoma primario de cavidades
- 31 Mujer, natural de Bolivia, de 49 años que lleva 5 años residiendo en España. Consulta por palpitations, disnea y edemas progresivos en miembros inferiores. Se diagnostica de Insuficiencia cardiaca secundaria a miocardiopatía por Chagas. ¿Cuál es el agente etiológico de esta enfermedad endémica en varios países de Latinoamérica?**
- A) *Toxoplasma gondii*
 - B) *Trypanosoma cruzii*
 - C) *Trypanosoma bruceii*
 - D) *Leishmania donovani*
- 32 Paciente que consulta en urgencias de un hospital comarcal por síndrome febril y sopor al regreso de un viaje a Mali. El laboratorio no tiene disponibilidad de realizar la prueba para diagnosticar paludismo. ¿Cuál sería la actitud más correcta?**
- A) Dar un tratamiento sintomático y esperar al lunes para ser visto por un médico mas experto
 - B) Tratar como si fuera una infección por *plasmodium vivax*
 - C) Hacer una gota gruesa para remitir a centro especializado y tratar como si se tratara de una infección por *plasmodium falciparum*
 - D) Administrar una combinación de Metronidazol y Doxiciclina

- 33 La hiperuricemia es muy frecuente en las culturas occidentales, con una prevalencia que alcanza entre un 15% y un 20% en algunos estudios demográficos recientemente publicados. Esta cifra de hiperuricemias es más del doble que la observada hace tres decenios. Entre las causas que se barajan están todas las siguientes, EXCEPTO:**
- A) El aumento general de la longevidad
 - B) Los cambios en los hábitos dietéticos
 - C) El uso ubicuo de diuréticos tiacídicos y bajas dosis de ácido acetilsalicílico
 - D) El estrés asociado a la forma de vida actual de grandes poblaciones
- 34 Referido a la patogenia de la sarcoidosis, es CIERTO que:**
- A) Se ha reconocido recientemente que su causa es la bacteria *Propionibacterium acnés*
 - B) El granuloma sarcoideo, que es una lesión histopatológica temprana en los órganos diana, es característico e inconfundible, por lo que su presencia establece el diagnóstico
 - C) Hay una clara predisposición hereditaria, constatada por el mayor riesgo a padecer la enfermedad en familiares cercanos a los pacientes, y actualmente reconocida ligada al HLA-B51
 - D) La enfermedad está mediada principalmente por linfocitos T con expresión CD4+ y por fagocitos mononucleares
- 35 En relación a la afectación cardíaca por la sarcoidosis, es CIERTO que:**
- A) Se trata de una complicación excepcional, que en grandes series de pacientes con sarcoidosis no llega al 1%
 - B) Es una afectación benigna que no suele requerir tratamiento
 - C) Ante la sospecha debe recurrirse a una biopsia endomiocárdica
 - D) Debe plantearse en el diagnóstico diferencial de todo paciente joven con arritmias, trastornos de la conducción o muerte súbita reanimada
- 36 En la definición más universal de osteoporosis, propuesta en 1994 por el Grupo de Estudio de la OMS sobre "Evaluación de Riesgo de Fractura y su Aplicación en la Detección de Osteoporosis Postmenopáusica", un elemento clave es:**
- A) La edad de las mujeres
 - B) La estimación del riesgo de fracturas por osteoporosis
 - C) La densidad mineral ósea (DMO) medida por densitometría
 - D) La detección de un alto turn-over óseo mediante marcadores bioquímicos
- 37 Las tres localizaciones características de las fracturas por fragilidad, que más se dan en la osteoporosis, son:**
- A) Esternón, costillas y vértebras
 - B) Antebrazo distal (radio), vértebras y fémur proximal
 - C) Calota craneal, mandíbula y brazo proximal (húmero)
 - D) Vértebras, ramas isquiopúbicas de la pelvis y metacarpianos

38 El tratamiento de elección para la fiebre mediterránea familiar es:

- A) La colchicina, tomada a diario por vía oral
- B) La talidomida, tomada a diario por vía oral
- C) Anakinra por vía subcutánea, administrada a diario
- D) Etanercept por vía subcutánea, administrado una a dos veces por semana

39 ¿Cual de las siguientes afirmaciones es FALSA?

- A) Los antidepresivos tricíclicos y algunos ISRS, como fluoxetina y sertralina, pueden usarse a dosis habituales en la insuficiencia renal crónica
- B) Paroxetina, citalopram y velafaxina requieren ajustar la dosis con filtrados glomerulares por debajo de 30 ml/mto
- C) La duloxetina se puede usar sin ajustes en la insuficiencia renal crónica de cualquier estadio
- D) Las benzodiazepinas no requieren ajustes en la insuficiencia renal crónica, pero se recomienda usarlas con precaución y dosis bajas

40 Respecto a la epidemiología de las infecciones urinarias, es FALSO que:

- A) El sondaje vesical es la causa más frecuente de bacteriemia por GRAM negativos en pacientes hospitalizados
- B) E. Coli es el microorganismo más frecuentemente aislado
- C) Serratia y pseudomonas aparecen en infecciones recidivantes y en las asociadas a manipulación
- D) Es muy infrecuente el aislamiento de candida y nunca tiene significado patológico

41 La presencia de piuria estéril, nos orientará a todas estas entidades, MENOS a una:

- A) Infección urinaria por una bacteria poco común (Mycobacterium tuberculosis, C. Trachomatis..) o por hongos
- B) Reflujo vesico ureteral
- C) Infección urinaria por GRAM positivo
- D) Litiasis

42 En una paciente menor de 25 años de 60 Kg de peso, diagnosticada de nefritis lúpica proliferativa difusa clase IV. ¿Qué pauta de Micofenolato Mofetilo utilizarías como tratamiento de inducción?

- A) Intentar dosis de hasta 3.5 g/24h durante 3 meses
- B) Intentar dosis de hasta 2 g/24h durante 6 meses
- C) Intentar dosis de hasta 3g/24h durante 6 meses
- D) Intentar dosis de hasta 2g/24h durante 3 meses

- 43 El uso, como prueba diagnóstica, de los anticuerpos antipeptidos citrulinados cíclicos, son de interés diagnóstico fundamentalmente en:**
- A) artritis reumatoide
 - B) lupus eritematoso sistémico
 - C) esclerodermia
 - D) enfermedad mixta del tejido conectivo
- 44 La presencia de eosinofilia en el contexto de un cuadro de insuficiencia renal aguda aparece en todas estas entidades EXCEPTO en una. Indique cuál:**
- A) nefritis intersticial alérgica
 - B) insuficiencia renal por uso de aminoglucósidos
 - C) poliarteritis nodosa
 - D) insuficiencia renal por enfermedad ateroembólica
- 45 Varón de 16 años con un síndrome de Gitelman. Todas estas alteraciones pueden aparecer, EXCEPTO:**
- A) hipocaciuria
 - B) hipomagnesemia
 - C) alcalosis metabólica hipoclorémica
 - D) Producción excesiva de prostanglandinas
- 46 En la enfermedad renal crónica existe un aumento de patología cardiovascular en la que intervienen los factores de riesgo cardiovascular "clásicos" y otros que son propias de la insuficiencia renal. Entre ellos aparecen todos, menos uno:**
- A) aumento de la albúmina
 - B) anemia
 - C) hiperfosfatemia
 - D) hiperparatiroidismo
- 47 ¿Cual de los siguientes hipoglucemiantes se puede usar en la Insuficiencia renal con filtrado glomerular menor a 30 ml/mto?**
- A) análogos de GLP-1
 - B) sulfonilureas
 - C) metformina
 - D) glinidas
- 48 ¿Cual de estos hallazgos en el sedimento urinario es muy indicativo de síndrome nefrítico agudo?**
- A) Cilindros granulosos
 - B) Hematíes dismórficos
 - C) Cilindros hemáticos
 - D) Cilindros leucocitarios

49 Es cierto/falso respecto a las técnicas endovasculares en el caso del ictus isquémico:

- A) la trombectomía mecánica intravascular ha sido eficaz en pacientes en que no se pueden usar trombolíticos intravenosos o han resultado ineficaces
- B) en el estudio PROACT II se obtuvieron beneficios con el uso de prourocinasa endoarterial en oclusiones agudas de la arteria cerebral media incluso hasta la sexta hora de haber comenzado el ictus
- C) la trombectomía se puede realizar hasta las 8 horas del comienzo de los síntomas
- D) En los últimos 15 años todos los ensayos clínicos han avalado el uso de la terapia endovascular en el ictus isquémico

50 Los síntomas motores en la enfermedad de Parkinson predominan y definen esta entidad. No obstante, los síntomas en otras esferas, son a veces muy relevantes y se denominan con el nombre general de "Manifestaciones no motoras de la enfermedad de Parkinson". ¿Cuál de los siguientes se considera un síntoma no motor de la enfermedad de Parkinson?

- A) Hipoglucemia
- B) Hipotensión ortostática
- C) Crisis de ausencia
- D) Cefalea

51 En relación con los Parkinsonismos secundarios:

- A) el parkinsonismo inducido por fármacos suele aparecer de forma bilateral a diferencia de la Enfermedad de Parkinson
- B) los pacientes con parkinsonismo vascular presentan un síndrome rígido-acinético, sin temblor
- C) El parkinsonismo vascular, de forma característica, responde al tratamiento con levodopa
- D) los neurolepticos, el carbonato de litio y la metoclopramida son fármacos capaces de producir parkinsonismo

52 Todas las siguientes son medidas eficaces para prevenir el delirio en pacientes hospitalizados, MENOS UNA:

- A) medidas para incitar el sueño
- B) medidas para mejorar la visión
- C) no insistir en corregir la desorientación
- D) medidas para mejorar la audición

53 Todas estas circunstancias recomiendan el tratamiento antiepiléptico ante un episodio convulsivo único, excepto:

- A) cuando se identifique un tumor cerebral
- B) cuando se diagnostique una infección del sistema nervioso central
- C) cuando sea secundario a un traumatismo craneoencefálico
- D) cuando se deba a suspensión de la ingesta moderada diaria de alcohol

54 Con respecto al síndrome hepatorenal, es FALSO que:

- A) el tipo 2 se caracteriza por ascitis refractaria a tratamiento diurético
- B) es más frecuente en pacientes que ya tienen insuficiencia renal previa
- C) la hiponatremia es una característica frecuente en este síndrome
- D) el síndrome hepatorenal tipo 1 tiene mejor pronóstico que el tipo 2

55 Para valorar el calcio real en un paciente con hipocalcemia, requiere la medición hemática de:

- A) proteínas totales
- B) albúmina
- C) magnesio
- D) fósforo

56 ¿Qué fármaco de los siguientes puede ser usado con eficacia para el tratamiento sintomático del síndrome de fatiga crónica?

- A) aciclovir
- B) fludrocortisona
- C) antihistamínicos
- D) inmunoglobulinas intravenosas

57 Respecto a la epidemiología de la fibromialgia, NO es cierto que:

- A) es más frecuente en varones
- B) es la causa más frecuente de dolor muscular generalizado en mujeres entre 20 y 55 años
- C) su prevalencia es aproximadamente del 2% de la población
- D) su prevalencia aumenta con la edad

58 Para valorar la esfera cognitiva de los pacientes se realizan distintos tests. De los siguientes indique cuál no es cierto:

- A) test de Pfeiffer
- B) test de Barthel
- C) test del Reloj
- D) Minimental test

59 Una mujer de 47 años, sin antecedentes psiquiátricos, tras divorciarse, acude a consulta refiriendo desánimo general, inapetencia, nerviosismo, insomnio, preocupaciones recurrentes sobre su futuro y evitación de actividades sociofamiliares. ¿Qué opción diagnóstica de las siguientes es la más adecuada?

- A) Trastorno obsesivo
- B) Trastorno adaptativo con síntomas ansioso-depresivos
- C) Fobia social
- D) Distimia

- 60 De las siguientes aseveraciones cual es VERDADERA en lo referente a la Revisión Sistemática:**
- A) Siempre se realizan de libros de texto
 - B) Solo son válidas las realizadas en los últimos 2 años
 - C) Se realiza un metaanálisis
 - D) Siempre dan resultados de Riesgo Relativo
- 61 Si el valor predictivo positivo de una prueba es igual a 21 significa que:**
- A) Es la probabilidad de que un individuo padezca la enfermedad en la población bajo estudio, aquella de la cual se extrajo la muestra
 - B) La probabilidad de que a un individuo enfermo le dé la prueba positiva
 - C) Es mas frecuente que el resultado sea negativo que positivo
 - D) Existe una probabilidad de 0,21 de estar enfermo si la prueba es positiva
- 62 El síndrome constitucional se caracteriza por:**
- A) astenia
 - B) pérdida de peso involuntaria
 - C) anorexia
 - D) todas son correctas
- 63 En el caso del dolor crónico nociceptivo, de los siguientes, cuál se debe utilizar como fármaco de primera línea:**
- A) amitriptilina
 - B) anti-inflamatorios no esteroideos
 - C) prednisona
 - D) todos con ciertos
- 64 En los criterios de paciente pluripatológico están incluidas las siguientes entidades EXCEPTO una:**
- A) cardiopatía isquémica
 - B) insuficiencia cardíaca en grado II de la NYHA
 - C) fibrilación auricular
 - D) enfermedad inflamatoria crónica intestinal
- 65 De las siguientes circunstancias ¿cuál de ellas indica un peor pronóstico, relacionado con la mortalidad a corto plazo, en personas de edad avanzada?**
- A) delirio durante la hospitalización
 - B) hiperalbuminemia
 - C) anemia moderada
 - D) hipoproteïnemia

- 66 Las anemias hemolíticas adquiridas de origen autoinmune pueden ser:**
- A) por anticuerpos calientes
 - B) por crioaglutininas
 - C) por medicamentos
 - D) todas son correctas
- 67 En la macroglobulinemia de Waldenström está elevada:**
- A) IgA
 - B) IgD
 - C) IgG
 - D) IgM
- 68 De las siguientes indique cuál no es frecuente su producción como hormona ectópica en el caso de los síndromes paraneoplásicos:**
- A) vasopresina
 - B) calcitonina
 - C) amilasa
 - D) hormona adrenocorticotrópica
- 69 Se considera síndrome paraneoplásico dermatológico a:**
- A) acantosis nigricans
 - B) dermatomiositis
 - C) ictiosis adquirida
 - D) todas son correctas
- 70 En el examen físico del paciente con metástasis de origen no conocido se debe realizar además del examen rutinario:**
- A) examen de próstata y testículos en varones
 - B) examen de mamas en mujeres
 - C) examen digital del recto
 - D) todas son correctas
- 71 Son neoplasias linfoides las siguientes EXCEPTO una:**
- A) las derivadas de linfocitos B
 - B) las derivadas de linfocitos H
 - C) las derivadas de linfocitos T
 - D) linfoma de Hodgkin

72 En la situación de atención paliativa, indique qué respuesta no es correcta de las siguientes:

- A) hay que mantener la continuidad asistencial
- B) solo debe ser prestada por los equipos de soporte de cuidados paliativos
- C) es necesaria la colaboración de la atención primaria
- D) todas son correctas

73 Es causa de trombocitopenia periférica crónica la siguiente:

- A) lupus eritematoso sistémico
- B) síndromes linfoproliferativos
- C) púrpura trombocitopénica idiopática (enfermedad de Werlhof)
- D) todas son ciertas

74 Se consideran alternativas a la transfusión de sangre homóloga:

- A) la autotransfusión
- B) la administración de Epo
- C) la administración de Epo y hierro en cirugía ortopédica
- D) todas son ciertas

75 El tratamiento de la espondilitis anquilosante (EA) ha cambiado de forma importante tras la introducción de los fármacos biológicos con actividad anti-TNF-alfa. Con respecto a estos tratamientos, es CIERTO que:

- A) Deben probarse en primera línea, tras el diagnóstico firme de EA, a fin de evitar las complicaciones a largo plazo, como la formación de sindesmoftos
- B) Son fármacos muy seguros en mujeres embarazadas o en periodo de lactancia
- C) El infliximab, etanercept, adalimumab y golimumab han demostrado reducciones rápidas, intensas y prolongadas en todos los indicadores clínicos y de laboratorio de la actividad de la enfermedad
- D) La presencia de un Mantoux positivo es una contraindicación formal y definitiva para recibir estos tratamientos, por el elevado riesgo de reactivación tuberculosa

- 76 El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune que se caracteriza por lesiones en múltiples órganos, tejidos y células, a través de diversos autoanticuerpos y complejos inmunitarios. Precisamente su diagnóstico se establece en base a las manifestaciones clínicas características y la presencia de autoanticuerpos, lo que ha servido para desarrollar los criterios clasificatorios, primero por la American Rheumatism Association (ARA) en 1971 y, posteriormente revisados en 1982 y nuevamente en 1997 por el American College of Rheumatology (ACR), reduciéndose a 11 criterios (8 clínicos y 3 inmunológicos), de manera que la presencia simultánea o progresiva de cuatro de ellos en un paciente tendría una sensibilidad del 85% y una especificidad del 96% para clasificarlo como afecto de LES. ¿Cuál de los siguientes criterios clínicos de la ARA/1971 se ha eliminado en la últimas revisiones por su escaso poder discriminativo o clasificatorio de LES?**
- A) El rash malar
 - B) La alopecia
 - C) Las úlceras orales
 - D) La serositis
- 77 Las vasculitis son un conjunto de síndromes con una gran heterogeneidad y, al mismo tiempo, una considerable superposición entre ellos. Sin embargo, por su patogenía pueden considerarse de forma general que se trata de enfermedades:**
- A) Autoinflamatorias
 - B) Por inmunocomplejos
 - C) Mediadas por reacciones de hipersensibilidad tipo I
 - D) Paraneoplásicas
- 78 Tras valorar clínica y ecocardiográficamente a un paciente varón de 34 años que acudió a su consulta por disnea de esfuerzo, lo diagnostica de una miocardiopatía hipertrófica con gradiente obstructivo. ¿Cuál de las siguientes aseveraciones sobre el pronóstico y el manejo terapéutico de este paciente considera correcta?**
- A) La presencia de obstrucción del infundíbulo ventricular es un hallazgo muy frecuente y no modifica el manejo terapéutico ni el pronóstico
 - B) Si no hay antecedentes familiares, no está indicado valorar el riesgo de muerte súbita en este paciente
 - C) Al estar sintomático, este paciente debería recibir un tratamiento que disminuya la frecuencia cardíaca y la contractilidad ventricular, por ejemplo un betabloqueante o verapamilo
 - D) Todas son correctas
- 79 En un paciente con hipertensión arterial ¿cuál de las siguientes circunstancias NO constituye un factor de riesgo añadido?**
- A) Tabaquismo
 - B) Hiperuricemia
 - C) Diabetes Mellitus
 - D) Padre fallecido por infarto de miocardio a los 40 años

- 80 En la orientación diagnóstica de un paciente adulto que le derivan a consultas después de ser atendido en urgencias por una trombosis venosa profunda (TVP) en una pierna, sin antecedentes previos ni familiares de enfermedad tromboembólica venosa ¿cuál de las siguientes proposiciones considera más correcta?**
- A) En la mayoría de las ocasiones existirá un antecedente reciente de una cirugía ortopédica, abdominal o torácica, o un periodo de inmovilización prolongado, como factores predisponentes más frecuentes
 - B) Como la prevalencia de TVP es alta en pacientes con cáncer de páncreas, pulmón, vías genitourinarias, estómago y mama, debería plantearse de forma rutinaria un estudio en busca de una neoplasia oculta
 - C) La analítica básica inicial debería incluir determinaciones dirigidas a detectar hipercoagulabilidad sistémica, entre ellas: resistencia a la proteína C activada (factor V Leyden), mutación del gen 20210A de la protrombina, deficiencias de antitrombina III, proteína C y proteína S, anticuerpos antifosfolípidos y niveles de homocisteína en sangre
 - D) Debe descartarse una enfermedad sistémica autoinmune (como el LES) y algunas vasculitis (como la enfermedad de Behçet), por lo que es preceptivo solicitar ANAs y otros estudios de autoinmunidad
- 81 ¿Cuál de los siguientes factores no incrementa el riesgo de tromboembolia pulmonar?**
- A) Cirugía ortopédica de rodilla
 - B) Anorexia
 - C) Tratamiento con estrógenos
 - D) Tromboembolismo pulmonar previo
- 82 La hipertensión pulmonar postcapilar, acontece principalmente en:**
- A) reagudización de bronquitis crónica
 - B) fibrosis pulmonar
 - C) insuficiencia cardíaca
 - D) sarcoidosis pulmonar
- 83 Entendiendo la eficiencia por el coste por unidad de resultado. De las siguientes, cuál no es medida de resultado:**
- A) eficacia
 - B) efectividad
 - C) equidad
 - D) utilidad
- 84 En la aproximación a un paciente diagnosticado de Derrame Pleural, ¿cuál es la prueba inicial del estudio?**
- A) TAC torácico
 - B) Obtención de líquido
 - C) Toracoscopia
 - D) Ecografía torácica

- 85 Si un Cáncer No Microcítico de Pulmón (NSCLC) es menor de 2 cm de diámetro, tiene dos ganglios ipsilaterales peribronquiales y no tiene metástasis, se clasificaría según su estadiaje en:**
- A) T1, N2, M1
 - B) T1a, N1, M0
 - C) T2b, N2, M0
 - D) T1, N0, M0
- 86 Los agonistas beta-2 son fármacos de uso frecuente en el tratamiento del asma, especialmente los de acción corta (conocidos por las siglas SABA, de short-acting beta-2 agonists) como el salbutamol y la terbutalina. Activan los receptores β_2 que se expresan en abundancia en las vías respiratorias, relajando las fibras del músculo liso y produciendo broncodilatación. Además tienen los siguientes efectos, todos beneficiosos en el control del asma, EXCEPTO:**
- A) Inhiben la liberación de mediadores mastocitarios
 - B) Disminuyen la tos
 - C) Reducen la inflamación crónica de la vía aérea
 - D) Activan el mecanismo mucociliar
- 87 Un paciente asmático de larga evolución es ingresado por empeoramiento de su estado general y aparición de expectoración mucoides parduzca y ocasionalmente hemoptoica, visualizándose varios infiltrados en la placa de tórax, que no tenía en un control realizado tres meses antes. En la analítica de urgencias destaca además una eosinofilia en el hemograma, con un recuento total cercano a los 3.000 eosinófilos/mm³. En relación a este cuadro ¿cuál de las siguientes aseveraciones es la correcta?**
- A) Las precipitinas frente a *Aspergillus fumigatus* en suero estarán muy elevadas
 - B) La IgE sérica mostrará valores normales o muy discretamente elevados
 - C) La prueba cutánea frente a *Aspergillus fumigatus* detectará reactividad
 - D) Los esteroides, tanto inhalados como por vía sistémica, estarán contraindicados en este proceso
- 88 La Neumonía vinculada a la atención de la salud (Health Care Associated Pneumoniae, HCAP) surge por hacerse patente:**
- A) El acceso universal al tratamiento hospitalario
 - B) El desarrollo de los sistemas socio-sanitarios
 - C) El desarrollo de la hospitalización domiciliaria
 - D) La aparición y diseminación de gérmenes multirresistentes
- 89 La forma más común de afectación pulmonar en las Conectivopatías es:**
- A) Tromboembolismo pulmonar
 - B) Neumonía Intersticial inespecífica
 - C) Neumonía Intersticial Lipoidea
 - D) Adenocarcinoma bronquial

- 90 La esperanza de vida al nacer de la mujer española en 2013 es de 85,6 años y se coloca, en relación con la de los demás países de la Unión Europea, como:**
- A) La más alta
 - B) En la mitad de la tabla
 - C) En el tercio superior
 - D) En el tercio inferior
- 91 La relación entre concentraciones de medicamento y tiempo recibe el nombre de:**
- A) Farmacocinética
 - B) Farmacodinámica
 - C) Índice terapéutico
 - D) Farmacoterapia
- 92 El intervalo QT del electrocardiograma se ve prolongado en todas las siguientes circunstancias, EXCEPTO:**
- A) Hipercalcemia
 - B) Hemorragia cerebral, sobre todo subaracnoidea
 - C) Tratamientos con fármacos antiarrítmicos tipo 1A y similares (antidepresivos tricíclicos y fenotiacinas)
 - D) Tratamientos con fármacos antiarrítmicos tipo III
- 93 El trabajo respiratorio (el que hacen los músculos respiratorios para la ventilación) se incrementa por:**
- A) Disminución de la distensibilidad
 - B) Intensificación de la resistencia al flujo aéreo
 - C) Atrapamiento aéreo
 - D) Las tres anteriores
- 94 La Guía española de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica –EPOC- (GesEPOC), actualizada en el año 2014, reconoce cuatro fenotipos clínicos y la clasificación de la gravedad basada en escalas multidimensionales BODE/BODEx. ¿Cuál de los siguientes NO es uno de los fenotipos reconocidos en esta guía?**
- A) Fenotipo no agudizador
 - B) Fenotipo mixto EPOC-asma
 - C) Fenotipo agudizador con enfisema
 - D) Fenotipo no agudizador con bronquitis crónica

95 La base del tratamiento farmacológico de la EPOC son:

- A) Los broncodilatadores de larga duración (conocidos por sus siglas LAMA –anticolinérgico de larga duración- y LABA –beta-2 agonista de larga duración-)
- B) Los broncodilatadores de corta duración (conocidos por sus siglas SAMA –anticolinérgico de corta duración- y SABA –beta-2 agonista de corta duración-)
- C) Las teofilinas
- D) Los esteroides inhalados

96 La Fibrosis Intersticial Pulmonar supone un gran capítulo de la patología respiratoria, de las siguientes, ¿cuál es el origen menos común?

- A) Asociada a conectivopatía
- B) Ocupacional o ambiental
- C) Por medicamentos o radiación
- D) Sarcoidosis

97 De los siguientes tipos de tiroiditis cuál no cursa habitualmente con anticuerpos tiroideos:

- A) tiroiditis de Hashimoto
- B) tiroiditis subaguda
- C) tiroiditis del post-parto
- D) tiroiditis silente

98 Con respecto a la hipernatremia, ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?:

- A) Rara vez se asocia a hipervolemia
- B) La diuresis postobstructiva renal es una causa frecuente de pérdida renal de agua
- C) La diuresis inducida por contrastes radiográficos suele causar hiponatremia
- D) Es frecuente en ancianos con acceso limitado a líquidos

99 Con respecto al tratamiento de la alcalosis metabólica todas las siguientes afirmaciones son ciertas EXCEPTO UNA:

- A) La alcalosis sensible a cloruro casi siempre responde a la infusión de suero salino
- B) En caso de exceso real o aparente de mineralocorticoide se suele requerir el tratamiento específico del trastorno subyacente
- C) La alcalosis grave en pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos a veces necesita la administración de sustancias acidificantes como la amiloride
- D) Es posible que los pacientes con hiperaldosteronismo respondan al bloqueo del receptor mineralocorticoide con espironolactona

100 Las siguientes afirmaciones sobre la miocardiopatía de Tako-Tsubo (o miocardiopatía inducida por estrés) son correctas, EXCEPTO:

- A) Es más frecuente en mujeres de edad avanzada y suele ocurrir tras un episodio repentino e intenso de tipo emocional o estrés físico
- B) El cuadro clínico suele remedar al del infarto de miocardio con fallo ventricular izquierdo asociado
- C) El tratamiento de elección es la anticoagulación y el uso de betabloqueantes
- D) La coronariografía, a pesar de los cambios eléctricos agudos que sugieren enfermedad multivaso, descarta la oclusión aguda de tales vasos

101 CASO I:

Un hombre de 63 años consulta por un dolor sordo abdominal postprandial y precedido de náuseas de tres horas de evolución. Tenía antecedentes de hipertensión, enfermedad coronaria y estenosis aórtica. Le habían realizado dos bypass coronarios y un reemplazo de válvula aórtica, tres años antes por lo que recibía tratamiento anticoagulante con dicumarínicos. Era fumador de 75 paquetes/año. La exploración mostraba una presión arterial de 159/73 mmHg; frecuencia cardíaca de 72 latidos/min y estaba afebril. El examen físico fue anodino salvo un dolorimiento a la palpación profunda de epigastrio, sin peritonismo. Los ruidos intestinales estaban presentes, y no se palpaban masas. La analítica mostró una hemoglobina, 7,7 g/dl con volumen corpuscular medio normal y el resto de series sin alteraciones. INR: 2,8; creatinina, 4,1 mg/dl; urea: 62 mg/dl; LDH, amilasa, bilirrubina total, fosfatasa alcalina, AST; ALT y haptoglobina normales. Dos años antes, los niveles de hemoglobina y de creatinina fueron 13,0 g / dl y 1,4 mg / dl., respectivamente.

¿Cuál de las siguientes es la causa MENOS probable de la anemia de este paciente?

- A) Ruptura de aneurisma de aorta abdominal
- B) El cáncer de colon
- C) La hemólisis causada por la válvula aórtica protésica
- D) Fallo renal

102 Tras colonoscopia, endoscopia no se identificó causa de la anemia. El paciente comentó, entonces, la presencia de orina rosada intermitente y se realiza un sedimento de orina que muestra más de 100 hematíes y de 1 a 3 leucocitos por campo, con cifra de eosinófilos normales. La proteinuria en orina de 24 horas fue 2.212 mg. Una ecografía abdomino pélvica y un TC mostraron masas renales bilaterales. ¿Cuál de las siguientes es la causa más probable de la hematuria en este paciente?

- A) Síndrome de Goodpasture
- B) Neoplasia del tracto urinario
- C) Embolia de la arteria renal
- D) Tuberculosis genitourinaria

103 ¿Cuál de los siguientes es MENOS probable que hayan contribuido a la insuficiencia renal en nuestro paciente?

- A) Enfermedad ateroembólica de la arteria renal
- B) Hidronefrosis
- C) Glomerulonefritis
- D) Nefroesclerosis hipertensiva

- 104 Los ANA, ANCAs y los anticuerpos contra membrana basal glomerular resultaron negativos y seguíamos sin tener resultados etiológicos concluyentes, ¿cuál cree que debe ser el siguiente paso en el manejo de este paciente?**
- A) Controlar sus factores de riesgo
 - B) Derivar a Cirugía vascular para reparar el aneurisma de aorta abdominal
 - C) realizar una biopsia renal
 - D) solicitar un estudio con cápsula endoscópica de intestino delgado
- 105 Una biopsia guiada por ecografía de su riñón izquierdo reveló evidencia de nefropatía IgA y una pequeña célula de linfoma maligno de origen de células B. Un aspirado de médula ósea también mostró afectación linfomatosa. En el contexto de los hallazgos histológicos de la biopsia renal en nuestro paciente, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera?**
- A) Existe una asociación directa entre la nefropatía por IgA y la leucemia linfocítica crónica y linfoma de células B
 - B) La nefropatía por IgA es una enfermedad benigna
 - C) Infiltración linfomatosa del parénquima renal es una causa común de insuficiencia renal en pacientes con linfoma
 - D) El Linfoma renal primario es una ocurrencia rara
- 106 Nuestro paciente desarrolló un hematoma perirrenal tras la biopsia renal a pesar de la suspensión de dicumarínicos y tratamiento con heparinas de bajo peso molecular. Por tanto, estamos preocupados por la anticoagulación óptima, el riesgo de sangrado, y el riesgo de interrupción de la anticoagulación si nuestro paciente tuviera que someterse a un tratamiento quirúrgico. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA en relación con el riesgo de embolismo por ser portador de válvula aórtica protésica?**
- A) El riesgo en este paciente se reduce en casi el doble en comparación con los pacientes con prótesis valvular mitral
 - B) La intensidad ideal de anticoagulación para este paciente es un INR entre 2,5 y 3,5
 - C) Se recomienda el uso de tratamiento antiplaquetario en lugar de dicumarínicos en pacientes que cómo este que presentamos ha sangrado
 - D) La válvula St. Jude está asociado a la menor incidencia de embolismo

107 CASO II:

Un varón de 47 años hipertenso desde hace dos años y con epilepsia criptogenética en tratamiento con valproato y enalapril es traído a Urgencias porque tras un episodio convulsivo una semana antes, presenta un cuadro de confusión, desviación de la comisura bucal a la derecha, disartria y parestesias en mano izquierda. Ante la persistencia del cuadro consulta y se realiza TAC de cráneo donde se constata una hipodensidad en territorio de arteria cerebral media derecha compatible con lesión isquémica aguda establecida.

Todas las entidades siguientes deberían formar parte del diagnóstico diferencial, excepto una:

- A) ictus cardioembólico
- B) ictus aterotrombótico
- C) Parálisis de Todd
- D) trombofilias hereditarias

108 En la anamnesis el paciente niega tos, expectoración, fiebre, cefalea. Tampoco refiere molestias abdominales o alteraciones en el hábito intestinal. Niega molestias miccionales. No ha notado molestias retroesternales o palpitations, ni ha tenido un traumatismo craneoencefálico reciente. Tan sólo recuerda la aparición en los últimos meses de unas lesiones cutáneas en tronco y raíz de extremidades, eritematosas con fondo más claro, indoloras, no pruriginosas y que desaparecían solas. Sin embargo, no ha tenido fotosensibilidad, rash malar, artromialgias, episodios de artritis, aftas orales o genitales, ni Raynaud. Tampoco tiene historia personal ni familiar de enfermedad tromboembólica venosa. Toma correctamente la medicación.

¿Cuál de las siguientes pruebas complementarias no le realizaría al paciente para aclarar la etiología del proceso actual?

- A) Ecocardiograma transtorácico
- B) Ecografía abdominal
- C) Electroencefalograma
- D) RMN de cráneo

109 La exploración física era normal salvo lenguaje disártrico, desviación de comisura bucal a la derecha y paresia en extremidad superior izquierda con fuerza 4/5. Igualmente en abdomen y tercio superior de muslos, existían unas lesiones eritematosas longitudinales que siguen distribución reticular, muy sugerentes de lívedo reticularis.

El hemograma y la bioquímica con perfil hepático, lipídico, tiroideo, calcemia y proteinograma eran normales. La coagulación, sedimento orina, radiografía de tórax y el electrocardiograma también.

¿Cuál de las siguientes terapéuticas NO deberían formar parte del tratamiento inicial de este paciente?

- A) Fibrinólisis
- B) Antiagregación
- C) Estatinas
- D) Antihipertensivo

- 110 Si la etiología del cuadro que presenta resultará ser cardioembólico, ¿cuál consideraría la entidad MÁS probable en el contexto del paciente?**
- A)miocardiopatía dilatada
 - B)fibrilación auricular
 - C)endocarditis sobre válvulas izquierdas
 - D)foramen oval permeable
- 111 Tras el ingreso se realizaron los siguientes estudios complementarios: vitamina B12 y VSG, RMN que corroboró la lesión del TC, un ecocardiograma transtorácico y transesofágico y un Holter ECG que fueron normales. Por ello, se catalogó, inicialmente de ictus criptogenético. ¿En cual de los siguientes estudios se postula una monitorización del ritmo de larga duración frente al Holter-ECG de 24 horas en el estudio del ictus criptogenético?**
- A)CRISTAL AF
 - B)EMBRACE
 - C)Estudio DIG
 - D)a y b son correctas
- 112 Se completa estudio con autoinmunidad, resultando los ANAs positivos a título bajo (1/160) con resto de estudio de autoinmunidad, crioglobulinas, trombofilias hereditarias normales o negativos. Tan solo resultó positivo el anticoagulante lúpico y anticuerpos anticardiolipina (IgG e IgM) y Beta 2 glicoproteína (IgG).**
- ¿Cuál de las siguientes terapéuticas deberían formar parte del tratamiento de este paciente tras los hallazgos expuestos?**
- A)Anticoagulación
 - B)Antiagregación
 - C)Fibrinólisis
 - D)Vitamina B12
- 113 Tras todo lo expuesto, tenemos un varón joven con ictus isquémico y lívedo reticularis y con positividad para anticoagulante lúpico y antifosfolípido. ¿Cuál cree que es el diagnóstico más probable de este paciente?**
- A)Enfermedad de Takayasu
 - B)Síndrome de Sneddon
 - C)Síndrome antifosfolípido Primario
 - D)Displasia fibromuscular
- 114 Referente al Síndrome de Sneddon, es FALSO que:**
- A)tiene una incidencia de 4 casos por millón de habitante
 - B)es más frecuente en mujeres
 - C)la edad de aparición es entre los 70 y 80 años
 - D)se han descrito patrones hereditarios en su aparición

115 Referente al tratamiento del Síndrome de Sneddon, es FALSO que:

- A) la evolución y pronóstico de la enfermedad son sombríos
- B) el tratamiento se realiza con anticoagulantes orales
- C) el objetivo de INR en estos pacientes es entre 1,5 y 2
- D) tienen un alto riesgo de recurrencias trombóticas

116 CASO III:

Una mujer de 39 años se siente desde hace casi un año constantemente nerviosa e irritable. Refiere mucha tensión muscular cervical, palpitations ocasionales, cansancio, dificultad para concentrarse y dificultad para conciliar el sueño. Refiere empeoramiento el último mes. La exploración física es normal. ¿Qué debemos hacer inicialmente ante esta situación?

- A) diagnosticar fobia social
- B) descartar factor orgánico
- C) diagnosticar trastorno de somatización
- D) diagnosticar trastorno de ansiedad generalizada

117 Todas los fármacos siguientes pueden provocar o agravar los síntomas ansiosos excepto:

- A) Antidepresivos
- B) Benzodiacepinas
- C) EPOC
- D) Hipoglucemias

118 Una vez descartado factor orgánico podemos diagnosticar:

- A) Trastorno por estrés postraumático
- B) Trastorno obsesivo-compulsivo
- C) Trastorno fóbico
- D) Trastorno de ansiedad generalizada

119 El tratamiento farmacológico de primera elección en los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada es:

- A) Alprazolam
- B) Diazepam
- C) Escitalopram
- D) Amitriptilina

120 Con respecto al tratamiento en los pacientes con trastorno fóbico es FALSO que:

- A) Los betabloqueantes resultan especialmente eficaces en la "ansiedad de actuación"
- B) Los IMAO alivian la fobia social
- C) la paroxetina, sertralina y venlafaxina tienen la aprobación de la FDA para el tratamiento de la ansiedad social
- D) El Escitalopram es el tratamiento de elección

121 CASO IV:

Le consultan por un paciente varón de 40 años que acude a urgencias por insuficiencia respiratoria y hemoptisis, y que en la radiografía de tórax muestra infiltrados pulmonares bilaterales, algunos de los cuales parece cavitado. Varias semanas antes había acudido a su médico de familia por tos y disnea, y le había solicitado una analítica en la que destacaba una VSG de 110 mm/hora, una anemia normocítica con una hemoglobina de 10,5 g/dL, una creatinina sérica de 1.82 mg/dL y una proteinuria de 450 mg/dL en una muestra de orina simple, sin conocerse la diuresis en 24 horas. Cuando usted lo explora descubre varias nodulaciones cutáneas de entre 0.5 y 2 cm, algunas de las cuales se han ulcerado; y, al referir el paciente epistaxis, también encuentra un vestíbulo nasal con exudación seropurulenta, con una pérdida de sustancia en el tabique nasal que casi está perforado. Con estos datos sospecha un síndrome vasculítico, en concreto:

- A) Una granulomatosis con poliangeítis
- B) Un síndrome de Churg-Strauss
- C) Una poliangeítis microscópica
- D) Una panarteritis nudosa

122 En el caso anterior, se lleva a cabo una endoscopia respiratoria con biopsia transbronquial. ¿Qué hallazgo histológico confirmará su diagnóstico de presunción?

- A) Una vasculitis necrosante de pequeños vasos (arterias y venas) con formación de estructuras más o menos redondeadas en los que una corona o empalizada de histiocitos y células gigantes rodean una zona central necrótica
- B) Una vasculitis leucocitoclástica afectando sobre todo a las vénulas postcapilares, con el característico polvo nuclear o restos de neutrófilos destruidos tras haber infiltrado las paredes vasculares
- C) Una vasculitis necrosante de pequeños vasos (arterias y venas) con infiltración parenquimatosa por granulomas y eosinófilos
- D) Una hemorragia alveolar, con gran destrucción de capilares pero sin claros signos de vasculitis, ya que esta enfermedad se debe a inflamación inmunomediada de vasos medianos y grandes, que no se obtienen en una biopsia transbronquial

123 Al paciente de la pregunta anterior se le solicita una determinación de anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA). ¿Cómo espera que sea el resultado?

- A) Negativo, pues se trata de una vasculitis no asociada a ANCA
- B) Positivo, sobre todo los c-ANCA, dirigidos contra la proteinasa 3
- C) Positivo, sobre todo los p-ANCA, dirigidos principalmente contra la mieloperoxidasa
- D) Positivo, ya sea unos u otros (p-ANCA y c-ANCA), de forma que su negatividad excluiría el diagnóstico

124 El tratamiento de inducción en este paciente, que debe considerarse gravemente enfermo al tener hemorragia pulmonar y probablemente una glomerulonefritis rápidamente progresiva, debe incluir:

- A) Esteroides a dosis altas más azatioprina
- B) Esteroides a dosis altas más ciclofosfamida
- C) Esteroides a dosis altas más metotrexato
- D) Solo esteroides a dosis altas, primero en bolos I.V. durante tres días y luego por vía oral, durante tres a seis meses, que es el tiempo que suele durar el tratamiento de inducción

125 CASO V:

Hombre de 54 años.

Motivo de consulta. Hipertensión arterial (HTA)

Antecedentes familiares:

De interés desde el punto de vista vascular: Padre con HTA e hipercolesterolemia que tuvo varios ictus el primero de ellos con 53 años. Madre con DM tipo II. No tiene hermanos ni hijos

Antecedentes personales

No alergias conocidas.

Fuma 20 Cigarrillos / día. No bebe alcohol a diario

Intervenciones Q: No

Patologías previas:

Epilepsia sin tratamiento (por iniciativa propia) desde hace al menos 10 años

HTA de difícil control conocida desde hace dos años.

Deambula más de una hora al día, pero se tiene que parar cada 100 metros por dolor en los gemelos

Enfermedad actual:

Acudió a urgencias con crisis hipertensiva. Tras ser tratado con fármacos intravenosos, se da de alta en tratamiento con Atenolol 50 1/2 cada 12 h y una asociación de (Olmesartan +Amlodipino + HCT) 40/10/25 y dice no conseguir buen control domiciliario de la presión arterial.

Examen físico:

Peso: 72 Kg. Talla: 161cm. IMC: 27,8Cintura: 100 cm.

TA: 144/80 mm Hg FC: 82 lpm

Presencia de xantelasmas en ambos párpados.

ACR: presencia de soplo sistólico en foco aórtico que se irradia a zona carotidea derecha

En el resto del examen físico no hay datos patológicos de interés

Exámenes complementarios

Son normales la glucemia, HbA1c, insulinemia, f. renal ácido úrico, proteínas, iones bioquímica hepática, fermentos musculares, elemental de orina, microalbuminuria corregida por mg. de creatinina, PCR ultrasensible, h. tiroideas, hemograma y VSG.

Perfil lipídico: Colesterol total: 295 mg/dl, c-LDL: 251 mg/dl, c-HDL: 35 mg/dl , triglicéridos: 170 mg/dl.

Lp(a) 80 mg/dl, Homocisteina: 15.7 µmol/L

ECG (practicado en urgencias) : normal

Rx tórax PA y lateral: sin hallazgos patológicos

Eco abdominal con Doppler de arterias renales: muestra evidente asimetría en el tamaño de los riñones, siendo de pequeño tamaño el izquierdo con signos indirectos de estenosis en la arteria renal principal que justifique la HTA. Riñón derecho sin alteraciones morfológicas ni vasculares. Vesícula biliar escleroatrófica con cálculos. Moderada hipertrofia prostática.

Monitorización ambulatoria de la PA (MAPA) bajo el tratamiento citado: La media de 24 h fue de 149/78 mm Hg, siendo la carga para la sistólica del 94% y para la diastólica del 29%. El perfil era depresor y la variabilidad relativamente alta. Número de lecturas válidas: 58

¿Cuál es su consideración acerca de la presencia del soplo que se describe en el caso clínico de este paciente?

- A) Difícilmente traducirá cardiopatía hipertensiva pues no hay criterios de voltaje de hipertrofia ventricular izquierda
- B) Obliga a descartar patología valvular mediante ecocardiografía transesofágica
- C) Puede traducir la existencia de una estenosis carotídea
- D) Ninguna de las respuestas es justificable para explicar el soplo

126 Como ha podido comprobar este paciente presenta dislipemia. ¿ En cuál de las siguientes respuestas la encuadraría?: De entre las siguientes opciones, señale cuál considera correcta:

- A) Una hipercolesterolemia familiar heterocigota en grado de posible en base a una puntuación MED-PED de 5
- B) Una hipercolesterolemia familiar heterocigota en grado de probable en base a una puntuación MED-PED de 6-7
- C) Una hipercolesterolemia familiar heterocigota en grado de cierta clínicamente en base a una puntuación MED-PED de 8
- D) Una hiper-apo-lipoproteinemia (a) familiar severa

127 En el resultado de la MAPA, ¿Qué opción le parece más razonable?

- A) No se debe intensificar el tratamiento hipotensor porque la PA diastólica está incluso baja
- B) Siendo el perfil de tipo dipper (depresor nocturno, se puede descartar HTA secundaria
- C) Se debe duplicar la dosis de Atenolol
- D) Se podría asociar Doxazosina

128 Al resultado del eco-Doppler, ¿Cuál de las siguientes opciones considera la correcta?

- A) Probablemente tiene un riñón izquierdo hipoplásico congénito
- B) Los signos indirectos de estenosis de arteria renal pueden ser causados por una arteria renal hipoplásica igualmente congénita
- C) Es muy probable que el paciente tenga una HTA vasculorenal que ha causado el empeoramiento actual de las cifras de PA
- D) La ausencia de signos directos de estenosis de la arteria renal cuestionan el diagnóstico de HTA vasculorenal

129 Señale la opción correcta en relación a las cifras de homocisteína reflejadas en el presente caso:

- A) Tiene una hiperhomocisteinemia que hay que tratar con ácido fólico 5 mg/día
- B) Tiene una hiperhomocisteinemia que hay que tratar con ácido fólico 10 mg/d más vitamina B12
- C) Tiene una hiperhomocisteinemia que obliga a determinar mutaciones en el gen de la THFMR
- D) Tiene una homocisteinemia en cifras límites por lo que le aconsejaría medidas dietéticas

130 ¿Cuál de las siguientes exploraciones considera no estar indicada?

- A) Una angio RMN de arterias renales
- B) Un eco-Doppler arterial de MMII
- C) Un eco-doppler de troncos supraaórticos
- D) Todas las anteriores son pertinentes

131 En relación al tratamiento ¿Qué afirmación es correcta?

- A) Se debe esperar al resultado de las pruebas solicitadas antes de indicar tratamiento con AAS como antiagregante
- B) Se debe iniciar ya tratamiento con AAS
- C) Se debe iniciar ya tratamiento con AAS y clopidogrel pues es posible que precise un stent en la arteria renal
- D) Se debe iniciar tratamiento con Pentoxifilina

132 CASO VI

Paciente de 65 años, fumador de 20 cigarrillos diarios desde los 20 años de edad hasta hace 2 años. Tosedor y con expectoración matutina. Con episodios ocasionales de dificultad respiratoria coincidiendo con fiebre y malestar general sin necesidad de ingresos hospitalarios hasta la actualidad.

Acude por aparición de disnea progresiva y aumento de los ruidos torácicos.

No refiere contacto con los sistemas de salud en los últimos cinco meses.

Utiliza inhaladores de Salbutamol a demanda cuando tiene disnea.

¿Qué prueba sería necesaria para diagnosticar y clasificar al paciente?

- A) Espirometría
- B) Rx de tórax
- C) Gasometría arterial
- D) Hemograma

133 Los resultados de las pruebas son: FEV1: 65% del control. Rx de tórax: Aumento de la trama y ligera insuflación. PO2 65 mm de Hg y PCO2 36 mm de Hg, con FI O2 del 24 %. Hemoglobina 17,2 gramos con 5.380.000 Hematíes con resto de hemograma normal.

Entre las siguientes posibilidades, ¿cómo procedería a calificar al paciente?

- A) Bronquitis crónica
- B) Enfisema
- C) EPOC GOLD II
- D) Enfermedad intersticial pulmonar

134 La evolución es a mayor disnea que se hace de reposo con aumento de la expectoración que ahora es verdosa amarillenta y aparece fiebre de 39°C. La sospecha clínica es:

- A) Episodio intercurrente de gripe
- B) Exacerbación EPOC
- C) TEP
- D) Agudización por Neumonía

135 La Rx de Tórax presenta una condensación basal derecha con broncograma aéreo. ¿Cuál sería la primera prueba a solicitar en el Servicio de Urgencias?

- A) Gram y cultivo de esputo
- B) Serología a Legionella
- C) Hemocultivo
- D) a y c son correctas

136 ¿Qué tratamiento empírico comenzaría?

- A) Claritromicina
- B) Amoxicilina Clavulánico
- C) Moxifloxacino
- D) Gentamicina

137 CASO VII:

Le derivan a la consulta a una paciente mujer de 52 años, sin antecedentes de interés hasta hace aproximadamente un año, que comienza con cansancio fácil y artralgias -sin claros signos de artritis- en manos, muñecas, codos, rodillas y tobillos. Su médico de familia le ha realizado una analítica en la que destaca una anemia normocítica y normocrómica (Hb de 10.5 g/dL), una VSG de 75 mm/hora, un FR positivo y unos ANAs también positivos, a títulos de 1/160 con patrón nucleolar en la inmunofluorescencia indirecta, siendo los anticuerpos anti-DNA de doble cadena negativos. En la anamnesis por órganos y aparatos descubre una sequedad oral de años de evolución, comentándole la paciente que siempre debe llevar una botella de agua y necesita refrescarse la boca con gran frecuencia, de manera que últimamente debe tomar líquidos para tragar los alimentos, pues tiene la sensación de que estos se quedan pegados a la mucosa orofaríngea e incluso en ocasiones le causan dolor urente. Por otra parte, lleva años usando lágrimas artificiales, a raíz de una úlcera corneal, y asiente cuando se le pregunta si nota sequedad en los ojos o sensación frecuente de cuerpo extraño. Al explorarla solo cabe destacar un aumento ligero del tamaño parotídeo bilateral. No tiene signos de artritis, ni nódulos subcutáneos, ni lesiones dérmicas significativas o específicas. Con estos datos **¿Cuál es su juicio clínico inicial?**

- A) Artritis reumatoide seropositiva, en su presentación como reumatismo palindrómico
- B) Lupus eritematoso sistémico
- C) Sarcoidosis, en su forma de presentación inusual como síndrome uveoparotídeo
- D) Síndrome de Sjögren

138 ¿Qué pruebas de entre las siguientes le permitiría confirmar el diagnóstico de xeroftalmía?

- A) Una biopsia de glándula salival
- B) Un test de Schirmer I
- C) Una exploración de la córnea con lámpara de hendidura, tras teñir con rosa de Bengala
- D) Una gammagrafía

139 En la analítica general, además de la anemia, comprueba que el proteinograma de la paciente muestra un aumento de las gammaglobulinas de aspecto policlonal, que llegan a suponer el 34% de las proteínas del plasma. ¿Qué le sugiere este hallazgo?

- A) Debe hacernos replantearnos el diagnóstico. Probablemente estemos ante otro proceso patológico
- B) Debe hacernos sospechar fuertemente una cirrosis biliar primaria asociada a la enfermedad principal de nuestra paciente
- C) Es un hallazgo frecuente en la enfermedad que estamos sospechando, tanto como esperable en las dos terceras partes de los pacientes
- D) En el caso de nuestra paciente, su hallazgo le confiere un pronóstico infausto

- 140 ¿Qué autoanticuerpos no órgano-específicos esperarías detectar con mayor probabilidad en el estudio de autoinmunidad de esta paciente?**
- A) Anti-SSA/Ro y anti-SSB/La
 - B) Anti-Sm
 - C) Anti-SCL 70
 - D) Anticentrómero
- 141 En el panel de autoanticuerpos que se le ha realizado a la paciente, aparecen positivos los anticuerpos anti-tiroglobulina. ¿Qué opinas ante este nuevo hallazgo?**
- A) Que debe ser un error del laboratorio, pues estos autoanticuerpos son específicos de la tiroiditis de Hashimoto
 - B) Que en la enfermedad -en la que estamos pensando tiene esta paciente- son frecuentes otras enfermedades autoinmunes organoespecíficas, por lo que no sería raro detectar sus marcadores serológicos
 - C) Que todos los síntomas y signos de la paciente los podría explicar un hipotiroidismo primario autoinmune
 - D) Que debe tratarse de un falso positivo, no siendo necesario más estudios de la función tiroidea
- 142 Una vez confirmada la xeroftalmía, y habiendo obtenido un patrón serológico de autoanticuerpos compatible con la enfermedad que estableció como primera posibilidad en su juicio clínico ¿Cómo evaluaría la afectación de las glándulas salivales por este proceso?**
- A) Mediante una gammagrafía con pernectato de tecnecio 99m
 - B) Mediante una sialografía parotídea
 - C) Mediante una biopsia de glándula salivar menor
 - D) Con cualquiera de los anteriores
- 143 En la valoración pronóstica y el seguimiento clínico de los pacientes afectados de este proceso, deben tenerse por correctos todos los comentarios y proposiciones siguientes, EXCEPTO:**
- A) La afectación renal por la enfermedad es relativamente frecuente y se debe casi siempre a glomerulonefritis
 - B) La afectación del sistema nervioso central es más probable en los pacientes con vasculitis
 - C) Los pacientes con esta enfermedad tienen mayor riesgo de padecer linfomas, sobre todo en fases avanzadas y si manifiestan adenopatías, neuropatía periférica, vasculitis cutánea, crioglobulinemia, hipocomplementemia C4 y linfopenia
 - D) La enfermedad suele cursar por brotes, en los que los mecanismos inmunológicos e inflamatorios subyacentes se reactivan, momentos en los cuales puede estar indicado un tratamiento sistémico

144 En el manejo terapéutico de esta enfermedad, es cierto que:

- A) La base del tratamiento es aliviar los síntomas y limitar los efectos nocivos locales de la xerostomía crónica y la queratoconjuntivitis seca, al sustituir o simular las secreciones ausentes
- B) Los corticoides sistémicos a dosis de 1 mg/kg de peso/día constituyen el tratamiento de fondo, que debe mantenerse de 3 a 6 meses, con reducción progresiva posteriormente hasta dejar una dosis de mantenimiento de 10 mg de prednisona o equivalente durante dos años
- C) Los antipalúdicos son muy eficaces en el tratamiento de la vasculitis, sobre todo cuando esta se complica con manifestaciones a nivel del sistema nervioso central
- D) El tratamiento con anti-CD20 en formas sistémicas de la enfermedad con vasculitis, artritis y fatiga, se ha demostrado completamente ineficaz

145 CASO VIII:

Varón. 71 años.

AP: lupus eritematoso sistémico (LES) diagnosticado con 38 años, tratado con metotrexato y ácido fólico. Presentó ictus isquémico de hemisferio derecho con 55 años, quedando con hemiparesia izquierda, presentando HTA, y Ac ACL IgM e IgG elevados, por lo que se diagnosticó de síndrome antifosfolípido (SAF) secundario, se trató con ácido acetilsalicílico (AAS) a dosis de 300 mg/d como prevención secundaria y enalapril 20 mg/d. Ocasionalmente viene siendo tratado con esteroides presentando cifras elevadas de glucemia por lo que se inició tratamiento con antidiabéticos orales (ADO). Presenta sobrepeso con IMC de 27 Kgs/m². En controles rutinarios presentaba cifras de creatinina de 1,20 mg/dL y en los últimos 6 meses presenta un filtrado glomerular (FG) correspondiente a ERC estadio 4, elevación de enzimas hepáticas dos veces por encima del rango de normalidad. Reacción dermatológica a ciprofloxacino.

Fumador de 20 cigarrillos/d. Ingesta etílica de < 20 grs/d. Niega otros hábitos tóxicos. Realizó estudios superiores. Vive solo. Acude a una escuela de pacientes y se informa de sus enfermedades a través de Medline Plus.

Motivo de consulta: acude a su médico de familia por presentar desde hace un mes aproximadamente, estrías abdominales de color rojo vinoso y discreta giba. Se explora y se le realizan pruebas hormonales por lo que es diagnosticado de síndrome de Cushing. También se le realizó ecografía abdominal evidenciando desestructuración hepática y nódulos de regeneración con esplenomegalia y aumento de calibre de la vena porta. Barthel de 90 puntos. Pfeiffer 1 error. Es derivado a Medicina Interna.

Sigue tratamiento actual con: dieta diabética sin sal, metformina 850 mg/8 h, AAS 300 mg/día, enalapril 20 mg/d, metotrexato 25 mg/semana, ácido fólico 7,5 mg/semana, prednisona 10 mg/d, lorazepam 1mg/por la noche.

De las siguientes aseveraciones ¿cuál NO es cierta?

- A) cumple criterios de pluripatología
- B) no tiene dependencia funcional
- C) se puede considerar como paciente activo
- D) tiene una enfermedad índice y comorbilidades asociadas

146 Atendido por Medicina Interna se le realiza control analítico en el que se observa trombocitopenia y anemia microcítica e hipocroma. De las enfermedades y medicación que toma el paciente cuál pensaría como posible causa de la trombocitopenia:

- A) lupus eritematoso sistémico
- B) ingesta de AAS
- C) ingesta de metotrexato
- D) todas son ciertas

147 ¿Y de la anemia?

- A)lupus eritematoso sistémico
- B)ingesta de AAS
- C)ingesta de metotrexato
- D)todas son ciertas

148 De los siguientes medicamentos cuál desprescribiría:

- A)prednisona
- B)AAS
- C)metotrexato
- D)todos habría que retirarlos

149 En la evolución posterior y tras retirada de fármacos, presenta lesiones purpúricas.Cuál sería la causa probable, de las siguientes:

- A)lupus eritematoso sistémico
- B)hepatopatía crónica
- C)reinstauración de tratamiento con AAS
- D)todas son ciertas

150 La presencia de púrpura y déficit vitamínico, se asocia con mayor frecuencia a las siguientes vitaminas:

- A)vitamina A
- B)vitamina B
- C)vitamina C
- D)vitamina D

151 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones en relación al tratamiento farmacológico de la hipertensión puede considerarse correcta, en base a la evidencia disponible y a las recomendaciones de las principales guías clínicas?

- A) Los diuréticos siguen siendo una piedra angular en el tratamiento farmacológico de la hipertensión, empleados muchas veces en primera línea, sobre todo las tiacidas (hidroclorotiazida y clortalidona)
- B) Las modificaciones en el estilo de vida son útiles en la prevención pero no en el tratamiento de la hipertensión establecida, por lo que no debería retrasarse el tratamiento farmacológico en cualquier paciente con PAS \geq 140 mmHg y/o PAD \geq 90 mmHg, independientemente de su grado de hipertensión (afectación orgánica) y factores de riesgo asociados
- C) El tratamiento de la hipertensión arterial en los ancianos (incluso en octogenarios) debe realizarse solo a individuos con PAS \geq 160 mmHg, independientemente de su forma física y mental
- D) En pacientes con insuficiencia cardiaca con fracción de eyección preservada, el tratamiento antihipertensivo reduce la mortalidad, especialmente el uso de betabloqueantes, IECA, ARA-II y antagonistas del calcio

152 Una de los siguientes NO es una complicación gastrointestinal de la diabetes mellitus:

- A) Gastroparesia
- B) Pirosis
- C) Diarrea
- D) Estreñimiento

153 Entre las causas monogénicas de la obesidad, las más frecuentes que ocasionan hasta casi un 1% de obesidad en la población general y alrededor del 6% de la obesidad grave de comienzo temprano son:

- A) Hipogonadismos de Anderson
- B) Mutaciones del gen de la hidroxiprolina
- C) Mutaciones en el receptor de la melanocortina 4
- D) Mutaciones en el receptor de la angiotensina



JUNTA DE ANDALUCIA
CONSEJERÍA DE SALUD

CONSEJERÍA DE SALUD

JUNTA DE ANDALUCIA

