

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

ACCESO: PROMOCIÓN INTERNA

CONCURSO-OPOSICIÓN PARA CUBRIR PLAZAS BÁSICAS VACANTES:
FACULTATIVO ESPECIALISTA MEDICINA INTERNA

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 Organismo.

-
- 1 La vacunación de la población adulta frente al SARS-Cov-2 para reducir el contagio y la mortalidad por COVID-19 es una medida de:**
- A) Prevención oportunista
 - B) Prevención secundaria
 - C) Prevención primaria
 - D) Prevención terciaria
- 2 La esperanza de vida al nacer ha aumentado de manera importante en los países desarrollados en la primera mitad del siglo XX, con aumentos más discretos en los análisis de este indicador después de 1950. ¿A qué se debe este aumento rápido y sostenido en el periodo de 1900 a 1950?**
- A) Al impacto sobre la población de las Guerras Mundiales
 - B) Al desarrollo de los servicios asistenciales y universalización de la asistencia sanitaria en este periodo
 - C) A la disminución de la mortalidad en los lactantes y de la mortalidad por las enfermedades de la infancia
 - D) A todas las razones expuestas anteriormente
- 3 En los llamados estudios de coste-utilidad, la unidad de medida que integra la duración de la vida y la calidad de esta, se denomina:**
- A) Análisis de la Varianza Poblacional
 - B) Año de vida ajustado por comorbilidad
 - C) Año de vida ajustado por calidad
 - D) Ninguno de los anteriores.
- 4 ¿Cuál es la principal causa de mortalidad actualmente en los países industrializados, representando más de la mitad de las muertes?**
- A) Cardiopatías, cáncer y enfermedades crónicas del sistema respiratorio inferior
 - B) Demencia y otras enfermedades neurológicas degenerativas
 - C) Infección por el VIH-SIDA
 - D) Infecciones emergentes como la tuberculosis y la COVID-19
- 5 Dos posibles enfoques de la prevención, según la población diana, son el enfoque sobre la población y el enfoque sobre la población de alto riesgo. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta sobre las medidas de prevención dirigidas a una población de alto riesgo?**
- A) Deben ser relativamente poco costosas y no invasivas
 - B) Pueden considerarse medidas de salud pública
 - C) Requieren a menudo una acción clínica
 - D) Todas son correctas

- 6 Se sabe que la edad es una variable que sigue una distribución normal en una población que se desea estudiar. Para ello se extrae una muestra aleatoria de cien ($n = 100$) individuos de esa población y se analiza la variable edad, obteniéndose los siguientes estadísticos: media (\bar{x}) 50 años, desviación típica (s) 10 años. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones relacionadas con la inferencia estadística, tomando este ejemplo para los cálculos, no es correcta?**
- A) "50 años" es una estimación puntual de la media poblacional (μ) de la variable edad
 - B) [48.04 - 51.96] años es una estimación por intervalo de la media poblacional, un rango de valores que tiene una probabilidad del 95% de contener el verdadero valor de la media de edad en la población
 - C) "10 años" es una estimación puntual de la desviación típica (σ) de la variable edad en la población
 - D) Sin contrastar que la muestra analizada siga una distribución normal, podemos afirmar que aproximadamente las dos terceras partes (68%) de los individuos analizados tendrán una edad entre 30 y 70 años
- 7 El diagrama de cajas (box-plot) es una forma de representación gráfica bastante usada, sobre todo cuando se quieren comparar dos o más mediciones de una misma variable, por ejemplo en varios grupos de sujetos o en los mismos sujetos en distintos momentos del tiempo. Todas las afirmaciones siguientes sobre este modelo son ciertas, excepto:**
- A) La caja está determinada por los percentiles 25 y 75, por lo que su amplitud es el rango intercuartílico
 - B) La mediana es un valor que caerá siempre dentro de la caja
 - C) Los "bigotes" o líneas que salen desde la caja en direcciones opuestas, se extienden hasta los valores máximo y mínimo de la serie (valores ordenados de la variable)
 - D) En la caja se encuentran la mitad de las observaciones o valores
- 8 Un ensayo clínico da como resultado un valor de Hazard Ratio (HR). Este indicador se obtiene ¿de qué prueba estadística?**
- A) De una regresión de Cox
 - B) De un análisis de supervivencia de Kaplan-Meier
 - C) De una regresión logística binaria
 - D) De una ANOVA multivariante
- 9 Todas las siguientes son formas de expresar el pronóstico de una enfermedad, excepto:**
- A) Tasa de mortalidad
 - B) Supervivencia a los 5 años
 - C) Supervivencia relativa
 - D) Tasa de letalidad

- 10 En un estudio de cohortes clásico (prospectivo), la variable dependiente se mediría:**
- A) Como una densidad de incidencia en cada cohorte
 - B) Como un riesgo relativo (RR)
 - C) Mediante un análisis de supervivencia de Kaplan-Meier
 - D) Todas las anteriores
- 11 Cuando se habla del “Impact Factor” de una revista científica, habitualmente nos referimos a la siguiente fuente:**
- A) PubMed
 - B) Biomed Central
 - C) Journal Citation Report
 - D) Scopus Impact Factor Index
- 12 Todos los Sistemas de Información Sanitaria que se enumeran están actualmente vigentes a nivel estatal (en todo el territorio nacional español), excepto:**
- A) EDO (Enfermedades de Declaración Obligatoria)
 - B) Encuesta de morbilidad hospitalaria
 - C) Registro Nacional de SIDA
 - D) COAN-HyD (Contabilidad Analítica de Hospitales y Distritos)
- 13 La Base Poblacional de Salud (BPS) es un Sistema de Información Sanitaria (SIS) de base poblacional que recoge datos clínicos y del uso de los recursos sanitarios de cada uno de los individuos que forman parte de una población. En Andalucía fue creada por una Resolución de la Dirección Gerencia del SAS (la 0068/18) y, en mayo de 2020, la BPS ha sido incluida en el Repositorio de Prácticas Innovadoras en Envejecimiento Activo y Saludable (EIP on AHA) de la Comisión Europea. Todas las aseveraciones siguientes sobre la BPS son correctas, EXCEPTO:**
- A) La información sobre diagnósticos, de utilización de los recursos sanitarios y de los proveedores de los mismos, se obtiene de datos clínico-administrativos recogidos en la Historia Clínica Digital (Diraya) y los CMBD hospitalarios, entre otras fuentes
 - B) El uso de recursos, medido en distintas unidades y valorado en euros, incluye las consultas de atención primaria y atención especializada, las urgencias, los distintos procesos de atención hospitalaria, el consumo de farmacia y las sesiones de diálisis.
 - C) Es un sistema abierto al ciudadano y consultable por cada individuo que se identifique con un certificado digital
 - D) Es un sistema de información basado en el usuario y, por ello, en Andalucía obtiene esta información directamente de la BDU (Base de Datos de Usuarios) del SSPA, que tiene datos actualizados de identificación y demográficos de cada ciudadano usuario de los servicios asistenciales
- 14 El grado en el que una intervención produce un resultado beneficioso en las condiciones reales de la práctica habitual, se conoce como:**
- A) Eficacia
 - B) Efectividad
 - C) Evidencia
 - D) Eficiencia

- 15 El sistema de prescripción electrónica en receta en Andalucía, e incluido en DIRAYA, se conoce como:**
- A) Programa Pharma
 - B) Programa Receta XXI
 - C) Programa PIRASOA
 - D) Programa ATHOS
- 16 Sobre los fármacos frente a la tuberculosis, es cierto que:**
- A) La Tuberculosis resistente a múltiples fármacos (MDR-TB, *multidrug-resistant TB*) se define como la enfermedad causada por una cepa de M. tuberculosis resistente a isoniacida y rifampicina
 - B) La tuberculosis ampliamente resistente a fármacos (XDR-TB) se define como la MDR-TB con resistencia adicional a cualquier fluoroquinolona
 - C) A y B son ciertas
 - D) Ninguna es cierta
- 17 Respecto a la metformina, señale la respuesta verdadera:**
- A) Está contraindicada con cifras de creatinina mayor de 1,35 mg/dl sin diferencias entre géneros
 - B) Está contraindicada con cifras de creatinina mayor de 1,5 mg/dl en varones y mayor de 1.4 mg/dl en mujeres
 - C) Está contraindicada si la creatinina es mayor de 1,6 mg/dl en hombres y mujeres
 - D) Está contraindicada con cifras de creatinina mayor de 1,5 mg/dl en mujeres y mayor de 1.4 mg/dl en hombres
- 18 En la guía de la ADA 2021 se recomienda en un diabético con hipertensión arterial que tiene bajo riesgo cardiovascular (< 15% en 10 años) un objetivo de tratamiento de la presión arterial:**
- A) < 160/90 mmHg
 - B) < 140/90 mmHg
 - C) < 130/90 mmHg
 - D) < 140/85 mmHg
- 19 En el tratamiento del hipertiroidismo por enfermedad de Graves tras un control analítico a las 3-4 semanas después del inicio del tratamiento, se realiza el ajuste de la dosis para:**
- A) Mantener una concentración normal de T4 libre.
 - B) Mantener una concentración normal de T3 y T4 libre.
 - C) Mantener una concentración normal de TSH y T4 libre.
 - D) Mantener una concentración normal de TSH.
- 20 La hipercalcemia produce todo lo siguiente excepto:**
- A) Nauseas
 - B) Intervalo QT corto
 - C) Diarrea
 - D) Anorexia

21 Son causas de hipopotasemia todas las siguientes excepto:

- A) Hipotermia
- B) Insulina
- C) Agonistas adrenérgico alfa
- D) Inanición

22 Señale la respuesta correcta respecto a la hiponatremia:

- A) Los estados edematosos (cirrosis hepática o síndrome nefrótico) se relacionan con grados leves o moderados de hiponatremia hipovolémica
- B) El síndrome de secreción inadecuada de ADH, junto al hipotiroidismo y la insuficiencia suprarrenal secundaria a enfermedad hipofisaria se asocian a hiponatremia euvolémica
- C) En la hiponatremia con hipovolemia la cuantificación de sodio en orina siempre es mayor de 20 meq/L
- D) En la hiponatremia euvolémica la cuantificación de sodio en orina puede ser mayor o menor de 20 meq/L en función de la causa subyacente

23 Hacer un diagnóstico antes de realizar una evaluación completa del paciente es un sesgo cognitivo que se denomina:

- A) Sesgo de anclaje
- B) Cierre prematuro
- C) Sesgo de omisión (inacción)
- D) Exceso de confianza

24 Uno de los siguientes fármacos no está aprobado para el tratamiento de la obesidad en España:

- A) Naltrexona/hidrocloruro de bupropión
- B) Liraglutida
- C) Semaglutida
- D) Orlistat

25 Uno de los siguientes no forma parte de *Mini Nutritional Assesment (MNA)* para evaluar el riesgo nutricional de los pacientes ingresados:

- A) Preguntas acerca de pérdida de peso reciente
- B) Número de comidas que hace al día
- C) Albúmina sérica
- D) Índice de masa corporal

- 26 De acuerdo con el Documento de Consenso de GeSIDA/Plan Nacional sobre el SIDA respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana en su actualización de julio de 2020, respecto al inicio de tratamiento antirretroviral en pacientes con infección VIH naive, señale la respuesta cierta:**
- A) La combinación de dolutegravir y lamivudina puede ser usada independientemente de los niveles de linfocitos CD4
 - B) La combinación de abacavir, dolutegravir y lamivudina puede ser usada independientemente de la coinfección por virus de la hepatitis
 - C) La combinación de tenofovir alafenamida, emtricitabina y darunavir con cobicistat es una de las pautas preferentes de inicio
 - D) El inicio de tratamiento con tenofovir alafenamida, emtricitabina y rilpivirina exige conocer de forma previa la cuantificación de la carga viral y el test de resistencias
- 27 En cuanto a la enfermedad de Lyme, señale la respuesta falsa:**
- A) En nuestro medio el vector suele ser Ixodes ricinus
 - B) La aparición de eritema migratorio es rara más allá de las tres semanas de la picadura
 - C) Se debe conservar la garrapata una vez retirada con cuidado para su posterior análisis microbiológico
 - D) La seroprevalencia de anticuerpos en la población frente a B burgdorferi es similar en todo el territorio peninsular
- 28 Respecto al tratamiento de la COVID-19, señale la respuesta verdadera:**
- A) Tocilizumab no ha demostrado aumento de la supervivencia en ensayos clínicos aleatorizados
 - B) Remdesivir se ha asociado a mejoría del tiempo hasta la recuperación en todo tipo de pacientes
 - C) Dexametasona ha demostrado beneficio de supervivencia en cualquier caso de diagnóstico de COVID-19
 - D) Ninguna es cierta
- 29 Respecto al paludismo, es falso:**
- A) Es transmitida por la picadura del mosquito Anopheles macho infectado
 - B) La forma que inocula el mosquito en el ser humano es el esporozoíto
 - C) Cuando los parásitos alcanzan una densidad de ~50 plasmodios/ μ L de sangre comienza la fase sintomática de la infección
 - D) P. falciparum, P. vivax, P. ovale, P. malariae y P. knowlesi pueden generar enfermedad en el ser humano

30 Paciente varón de 83 años, seguido semestralmente en las consultas de medicina interna -desde hace dos años- por anemia y pico monoclonal IgG lambda de significado incierto. Le solicitan una teleconsulta desde su centro de salud, tras realizar una RX de cráneo y observar lesiones osteolíticas "en sacabocados" en la calota craneal. Además nos cuentan que, desde hace unos meses, el paciente venía refiriendo dolores óseos y cansancio progresivo, y hace tres semanas tuvo un zóster torácico. ¿Qué contestaría a esta teleconsulta?

- A) Que si se ven lesiones osteolíticas "en sacabocados" -y dados sus antecedentes y la clínica reciente- es muy probable que estemos ante una gammapatía monoclonal maligna
- B) Que por la edad debe tratarse de lesiones osteolíticas metastásicas de una adenocarcinoma de próstata no diagnosticado, por lo que debe solicitarse un PSA y derivarse a Urología con carácter preferente
- C) Que estas lesiones son un hallazgo incidental y que muy probablemente no tienen trascendencia clínica, ya que pueden ser lagos venosos diploicos prominentes
- D) Que antes de derivarlo soliciten un TAC de cráneo con contraste para identificar mejor estas lesiones osteolíticas

31 Solo una de las siguientes afirmaciones en relación a la anemia de Cooley o anemia mediterránea (talasemia mayor) es verdadera:

- A) Es una alfa-talasemia
- B) Los primeros síntomas aparecen entre los 4 y 5 meses de vida, y se caracterizan por una anemia microcítica intensa con eritroblastosis
- C) El estudio de hemoglobinas pone de manifiesto un importante aumento de la HbA2 y ocasionalmente un aumento leve de la Hb fetal
- D) El tratamiento básico es la transfusión periódica de sangre y la administración prolongada de quelantes de hierro, no teniendo efecto los suplementos de ácido fólico y habiéndose descartado actualmente el trasplante de progenitores hematopoyéticos

32 En el tratamiento de la infección por el VIH es falso que:

- A) Los objetivos del tratamiento antirretroviral son conseguir una supresión viral máxima y duradera, una restauración de la funcionalidad inmunológica, reducir la morbilidad y prevenir la transmisión del VIH
- B) Se recomienda el inicio lo antes posible tras el diagnóstico de la infección, y de forma inmediata en embarazadas, enfermedades definitorias de SIDA e infección temprana por VIH
- C) El tratamiento inicial de un paciente sin tratamiento previo de forma general consiste en la asociación de dos inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa y un tercer fármaco: un inhibidor de la transferencia de la cadena de integrasa, un inhibidor no nucleósido de la transcriptasa inversa o un inhibidor de la proteasa con un potenciador farmacocinético (cobicistat o ritonavir)
- D) Dolutegravir/lamivudine también puede ser ofrecido como tratamiento inicial de forma general

- 33 La definición clásica de Petersdorf y Beeson (1961) de fiebre de origen desconocido (FOD) se ha mantenido durante décadas, aunque actualmente se han cambiado algunos criterios en base a la disponibilidad de las pruebas diagnósticas en régimen ambulatorio y el diferente perfil del paciente y del contexto. Según el texto de referencia Harrison: Principios de Medicina Interna (20ª edición), el requerimiento de la valoración hospitalaria del paciente con FOD ha quedado obsoleto, pero en la definición de FOD clásica del adulto deben cumplirse todos los siguientes criterios, excepto:**
- A) Hemograma, bioquímica general, proteinograma, serología de autoinmunidad, Mantoux, hemocultivos y urocultivos no facilitan el diagnóstico
 - B) Ausencia de inmunocompromiso
 - C) Radiografía de tórax, ecografía abdominal y TAC de tórax y abdomen normales o que no facilitan el diagnóstico
 - D) Fiebre de más de 38,3°C al menos en dos ocasiones y duración de 3 semanas o más de la enfermedad
- 34 En relación con la quilomicronemia familiar, señale la respuesta correcta:**
- A) Se presenta en 1 de cada 1000 individuos con herencia autosómica recesiva, expresándose tanto en homocigotos como heterocigotos para el gen de la lipoproteína lipasa o la ApoC-II
 - B) Se pueden asociar xantomas eruptivos, hepatoesplenomegalia por depósito y episodios de pancreatitis aguda
 - C) Estos pacientes tienen un riesgo mayor que la población general para sufrir cardiopatía isquémica
 - D) La principal intervención terapéutica en el síndrome de quilomicronemia familiar es la administración de fibratos
- 35 En relación con el tratamiento de la enfermedad de Graves-Basedow (hipertiroidismo autoinmune) es falso que:**
- A) El tratamiento con yodo radiactivo es preferible para mujeres que planeen quedarse embarazadas en un futuro, enfermos con comorbilidades que aumenten el riesgo quirúrgico y si han fracasado previamente los antitiroideos o están contraindicados
 - B) El tratamiento con antitiroideos es preferible en mujeres embarazadas, ancianos con comorbilidades o baja supervivencia esperable
 - C) La tiroidectomía es preferible en mujeres que planeen un embarazo a menos de 6 meses, enfermos con bocios muy grandes o con síntomas compresivos, o si se sospecha malignidad
 - D) El tratamiento con yodo radiactivo es el preferido en pacientes con oftalmopatía de Graves activa moderada/grave

36 En el tratamiento de la obesidad es falso que:

- A) Una dieta equilibrada (enriquecida en frutas, verduras, cereales integrales, aves magras y pescado) e hipocalórica y hacer ejercicio aeróbico (60 - 90 minutos diarios) son la base del tratamiento
- B) Se plantea la cirugía bariátrica de forma general para pacientes con síndrome metabólico y un índice de masa corporal $>35 \text{ kg/m}^2$
- C) De forma individualizada puede indicarse tratamiento farmacológico con inhibidores del apetito o inhibidores de la absorción de grasas
- D) Deben corregirse adecuadamente los factores de riesgo vascular: hipertensión, hipercolesterolemia, hiperglucemia

37 Una de las preocupaciones a nivel mundial que afecta a la seguridad de los pacientes la constituye la conciliación del tratamiento farmacológico de los pacientes al desplazarse entre los distintos ámbitos de la atención sanitaria. Así, el momento del alta hospitalaria, es muy deseable llevar a cabo dicha actividad, implicando en esta labor a todos los profesionales sanitarios que han cuidado y tratado al paciente durante su ingreso, revisando los tratamientos previos al ingreso, los instaurados en el hospital y los que se recomiendan al alta, todo ello en el contexto de cada paciente. En este sentido y en relación a acciones de conciliación de la medicación, serían correctas las siguientes, excepto:

- A) Evitar fijar un valor de HbA1c objetivo en personas con diabetes mellitus tipo 2 de >80 años, o con esperanza de vida limitada. Prescribir solo el tratamiento hipoglucemiante necesario para minimizar los síntomas relacionados con la hiperglucemia
- B) Se recomienda usar AAS para la prevención primaria de un primer evento cardiovascular en pacientes diabéticos
- C) Considerar desprescribir anticoagulantes orales si el paciente presenta un I. Pfeiffer ≥ 8 y un I. Profund ≥ 11 puntos
- D) Considerar finalizar tratamiento con bifosfonatos tras 5 años, o si el paciente ya no deambula

38 En cuanto al tratamiento de la fibromialgia, señale de entre las siguientes la respuesta que es falsa:

- A) Debe primarse la función, estimulando el ejercicio suave, actividad en piscinas y son también recomendables técnicas de relajación mediante el ejercicio (yoga, tai-chi...)
- B) Algunos fármacos pueden ser útiles, como los antidepresivos sedantes: amitriptilina, duloxetina, milnaciprán y ligandos alfa 2-delta como gabapentina y pregabalina
- C) Es conveniente concienciar al paciente de su condición de enfermo. En este sentido son aconsejables las visitas periódicas y frecuentes a los diversos especialistas
- D) Ciertas técnicas cognitivo-conductuales pueden ayudar a mejorar la calidad del sueño y reducir las conductas patológicas

39 En el estado epiléptico convulsivo establecido podemos emplear los siguientes fármacos excepto:

- A) Valproico
- B) Carbamacepina
- C) Fenitoina
- D) Levetiracetam

40 En el síndrome de Wernicke-Korsakoff señale la afirmación falsa:

- A) Se caracteriza por oftalmoparesia, ataxia y encefalopatía con amnesia retrógrada y anterógrada, lo que origina “lagunas” que se rellenan con fabulaciones
- B) Se debe a las bajas concentraciones de tiamina, sobre todo en personas predispuestas con deficiencias de la transcetolasa
- C) La abstinencia y el aporte de tiamina revierten los síntomas y aunque algunos pacientes pueden manifestar problemas cognitivos y alteraciones de la memoria durante algunos días, la recuperación completa es la norma en 2-3 semanas
- D) La atrofia del cerebro, que se manifiesta como crecimiento de los ventrículos y ensanchamiento de los surcos corticales en la RNM y la CT, se presenta en cerca de 50% de los alcohólicos crónicos, aunque estos cambios suelen ser reversibles cuando se mantiene la abstinencia

41 Señale la afirmación verdadera con respecto a la demencia de Alzheimer:

- A) Su incidencia y prevalencia aumentan de forma exponencial con la edad, de tal manera que entre un 10-15% de las personas de 65 o más años sufren esta enfermedad, siendo la causa del 50%-70% de las demencias y la quinta causa de muerte en este grupo etario
- B) Existen genes implicados las formas tardías que son determinantes para el desarrollo de la enfermedad. El principal es el gen que codifica la apolipoproteína E (APOE) cuya variante $\epsilon 4$ se observa en más del 90% de pacientes con enfermedad de Alzheimer
- C) Aparte de la historia clínica, la prueba complementaria más útil para el diagnóstico es la RNM cerebral
- D) Hoy día se ha comprobado que los inhibidores de la acetilcolinesterasa, el donepezilo o la rivastigmina mejoran los síntomas y disminuyen la progresión de la enfermedad, por lo que se aconsejan en todas sus etapas

42 Ante un paciente varón de 29 años con hematuria intermitente de origen glomerular sin otras alteraciones, ¿cuál de las siguientes etiologías le parece más probable?

- A) Nefropatía por IgA
- B) Nefropatía de cambios mínimos
- C) Enfermedad por células falciformes
- D) Nefropatía lúpica

- 43 En relación con el manejo de la acidosis metabólica en el curso del daño renal agudo, indique la afirmación incorrecta de las siguientes:**
- A) El objetivo del tratamiento es conseguir un nivel sérico de bicarbonato en torno a 20-22 MEq/L y un pH > 7,2
 - B) En pacientes con acidosis severa (pH < 7,1), en oligo-anuria y con situación de sobrecarga volémica se prefiere el tratamiento renal sustitutivo a la utilización de bicarbonato
 - C) En pacientes con acidosis severa sin sobrecarga de volumen puede utilizarse bicarbonato antes que el tratamiento renal sustitutivo
 - D) En pacientes no oligúricos se contraindica el uso de diuréticos
- 44 La hemorragia pulmonar es una complicación poco frecuente del lupus eritematoso sistémico, de elevada mortalidad. De las siguientes medidas de tratamiento, ¿cuál considera que no tiene indicación para esta patología?**
- A) Micofenolato
 - B) Ácido epsilon-amino-caproico
 - C) Rituximab
 - D) Corticoides
- 45 Una concentración de glucosa en líquido pleural descendida (< 60 mgr/dl) es compatible con todas las situaciones siguientes, excepto una:**
- A) Pericarditis constrictiva
 - B) Tuberculosis pleural
 - C) Derrame pleural asociado a artritis reumatoide
 - D) Derrame pleural neoplásico
- 46 En la evaluación de un paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica según la Guía GOLD, indique la afirmación incorrecta de las siguientes:**
- A) El paciente en la categoría C no presenta hospitalizaciones por exacerbación y el grado de disnea según la escala mMRC es 0-1
 - B) Los pacientes GOLD 3 presentan un porcentaje predicho del FEV1 de 30 a 49
 - C) Los pacientes en categoría D presentan más de 2 agudizaciones y un grado de disnea según la escala mMRC ≥ 2
 - D) Los pacientes GOLD 1 presentan un porcentaje predicho del FEV1 ≥ 80
- 47 Según el Proceso Asistencial Integrado del SSPA "Atención a pacientes pluripatológicos" (3ª edición, 2018) se debería realizar una valoración integral exhaustiva al paciente pluripatológico en todas las siguientes situaciones, excepto:**
- A) Una vez identificado el paciente como pluripatológico, en el plazo máximo de un mes
 - B) Tras el alta hospitalaria, en un plazo entre 2 y 4 semanas
 - C) Cuando identificamos una nueva categoría clínica
 - D) Durante un ingreso, al planificar el alta hospitalaria

- 48 Ante un paciente con polimialgia reumática que se encuentra bajo tratamiento con prednisona 10 mg día y que presenta pérdida aguda de agudeza visual monocular derecha con diagnóstico oftalmológico de neuropatía óptica isquémica, ¿cuál es la decisión más inmediata que deberíamos tomar?**
- A) Iniciar pulsos de corticoides
 - B) Subir prednisona oral hasta 30 mg día
 - C) Realizar biopsia de la arteria temporal y ajustar tratamiento según resultados
 - D) Determinar velocidad de sedimentación globular y proteína C reactiva y ajustar tratamiento según resultados
- 49 Señale la respuesta correcta en relación al tratamiento de la arteritis de células gigantes:**
- A) El ácido acetil salicílico no aporta ningún beneficio
 - B) Ningún tratamiento biológico ha demostrado eficacia
 - C) Metotrexate debe asociarse siempre a los corticoides desde el principio del tratamiento
 - D) En pacientes con enfermedad recidivante, tocilizumab asociado a corticoides es una opción que ha demostrado eficacia
- 50 El síndrome de Löfgren es una forma aguda de presentación de la sarcoidosis que se caracteriza por la asociación de varias manifestaciones, entre las que no se incluye:**
- A) Adenopatías hiliares bilaterales
 - B) Parálisis facial periférica
 - C) Periartritis
 - D) Eritema nodoso
- 51 Entre los mecanismos que pueden dar lugar a un absceso pulmonar primario, marque la respuesta correcta:**
- A) Obstrucción bronquial con infección retrógrada
 - B) Diseminación hematógena a partir de un foco séptico distante
 - C) Extensión directa transdiafragmática de un foco subfrénico
 - D) Todas son correctas

- 52 Mujer de 25 años diagnosticada de celiaquía a la edad de 8 años, con buena adherencia a dieta sin gluten y con periodos largos de buen control. El Sº de Aparato Digestivo nos la deriva a consulta para que evaluemos la posibilidad de una osteoporosis. A la exploración, tiene buen estado general, pesa 45 Kg y mide 165 cm. En la analítica encontramos hemograma normal, bioquímica con proteínas totales 6,6 g/dL (normal: 6,6-8,3), calcio 8,7 mg/dL (normal: 8,8-10,6), Fósforo 2,5 mg/dL (normal: 2,3-4,5), fosfatasa alcalina 180 UI/L (normal: 30-120), vitamina D (25-OH) 9 ng/mL (normal: 14-100) y paratirina intacta 101 pg/mL (normal: 12-88). Además de aconsejar hábitos osteo-saludables y controlar su enfermedad de base, ¿qué otras medidas adicionales serían aconsejables?**
- A) Tratar solo con calcio y vitamina D sin ninguna otra medida. Es joven y su enfermedad digestiva está bien controlada
 - B) Calcular el riesgo de fractura a 10 años mediante la herramienta FRAX y actuar según el resultado
 - C) Tratar directamente con calcio, vitamina D y un antirresortivo porque probablemente tenga osteoporosis
 - D) Tratar con calcio y vitamina D, solicitar densitometría y añadir antirresortivo según resultado
- 53 ¿Cuál de estas vacunas debe evitarse en una paciente con lupus eritematoso sistémico que está en tratamiento con azatioprina?**
- A) Vacuna conjugada 13-valente (13V) del neumococo
 - B) Vacuna de la fiebre amarilla
 - C) Vacuna del papilomavirus
 - D) Vacuna del meningococo B
- 54 Mujer de 33 años enviada desde consulta de Obstetricia por abortos de repetición. No antecedentes médicos de interés. Tiene realizado estudio de trombofilia adquirida y hereditaria con resultados normales o negativos. Se nos remite para consulta sobre tratamiento antitrombótico con vistas a prevención de abortos. ¿Cuál sería su actitud?**
- A) No recomendaría ningún tratamiento antitrombótico
 - B) Recomendaría aspirina preconcepcional y durante toda la gestación
 - C) Recomendaría aspirina preconcepcional más HBPM profiláctica desde que se quede embarazada
 - D) Recomendaría HBPM profiláctica desde que se quede embarazada

- 55 Mujer de 79 años con antecedentes de demencia severa, GDS 7 (Escala de Deterioro Global), I. Barthel menor de 20, diabética, hipertensa y con fibrilación auricular no valvular, anticoagulada con apixaban 5 mg cada 12 horas, y en tratamiento con rivastigmina 9.5 mg, memantina 20 mg, quetiapina 50 mg, glimepiride 2 mg y enalapril 20 mg. Ingresa por neumonía adquirida en la comunidad y, tras 7 días de ingreso, recupera su situación basal. Al alta y con respecto al tratamiento anticoagulante, ¿qué le parece lo más adecuado?**
- A) Recomendaría suspender anticoagulación oral
 - B) Recomendaría reducir dosis de apixaban a 2.5 mg cada 12 horas
 - C) Recomendaría suspender anticoagulación oral y en su lugar dejaría HBPM a dosis profilácticas
 - D) Recomendaría suspender anticoagulación oral y en su lugar dejaría antiagregación con aspirina
- 56 Con respecto a la Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la persona en el proceso de la muerte, señale lo que es falso:**
- A) Regula todas las medidas de acompañamiento al final de la vida
 - B) Contempla el auxilio espiritual
 - C) Únicamente contempla la atención al paciente, no a sus cuidadores ni a su familia
 - D) Regula la atención al duelo y la prevención de un duelo patológico
- 57 ¿En qué situación durante una parada cardiaca se pueden dar 3 (tres) descargas consecutivas en ritmo desfibrilable?**
- A) Siempre
 - B) Depende del peso del paciente
 - C) En ninguna situación
 - D) Ante una parada presenciada y con un desfibrilador al alcance
- 58 Indique la afirmación incorrecta en lo referente al diagnóstico de la malaria:**
- A) La microscopía es la técnica de elección para el diagnóstico de malaria
 - B) La PCR de malaria permite detectar infecciones por Plasmodium con parasitemias muy bajas
 - C) Para la cuantificación de la parasitemia se utiliza habitualmente la microscopía
 - D) Los test de diagnóstico rápido permiten la identificación de la mayoría de las especies de Plasmodium
- 59 Respecto a la artrosis señale la falsa:**
- A) La artrosis es la enfermedad reumática más prevalente
 - B) El dolor es el síntoma más frecuente
 - C) La artrosis no determina alteraciones en los parámetros hematológicos o bioquímicos ni en los reactantes de fase aguda (VSG, PCR)
 - D) La rigidez no es un síntoma característico de la artrosis

- 60 La ascitis de origen canceroso mejora con:**
- A) Restricción de sodio en dieta
 - B) Espironolactona
 - C) Furosemida
 - D) Ninguna de las anteriores
- 61 ¿Cuál de los siguientes hallazgos es más propio del síndrome nefrótico que del síndrome nefrítico, al inicio del proceso?**
- A) Piuria
 - B) Cilindros eritrocíticos
 - C) Niveles de creatinina plasmática normales
 - D) Proteinuria de 1-2 g/24 horas
- 62 En la valoración pronóstica de la embolia de pulmón aguda, ¿cuál de los siguientes parámetros no forma parte de la escala de severidad PESI (*Pulmonary Embolism Severity Index*)?**
- A) Afectación proximal extensa radiológica de ambas arterias pulmonares
 - B) Edad
 - C) EPOC
 - D) Frecuencia cardiaca mayor de 110 latidos por minuto
- 63 Uno de los siguientes procesos no explicaría un abdomen agudo de causa metabólica; indíquelo:**
- A) Cetoacidosis diabética
 - B) Uremia
 - C) Saturnismo
 - D) Porfiria hepatocutánea
- 64 Acude a nuestra consulta un viajero (turista) que regresó 3 semanas antes de una estancia de 10 días en África, visitando el lago Victoria. Presenta desde hace una semana cuadro de fiebre elevada, tos, diarrea e intenso malestar general. En la analítica realizada el día anterior en Urgencias muestra leucocitos 8.900/mm³ (35% N, 22% L, 20% Eo, 10% Mo), 185.000 plaquetas/mm³, Hb 14 gr/dL, con PCR 15,3 mg/dL. La radiografía de tórax muestra algunos infiltrados parcheados en ambos pulmones. El diagnóstico más probable será:**
- A) Leptospirosis
 - B) Histoplasmosis
 - C) Esquistosomiasis
 - D) Malaria por Plasmodium falciparum

65 Respecto al accidente isquémico transitorio (AIT), es falso que:

- A) La mayor parte de los episodios de apoplejía tras un AIT se manifiestan durante los primeros 2 días tras dicho AIT
- B) Es posible hacer una estimación directa del riesgo de apoplejía tras un AIT mediante una escala validada
- C) Debido al riesgo elevado de apoplejía subsecuente en los primeros días después del AIT puede justificar la hospitalización de muchos enfermos
- D) Existen evidencias de que la combinación de ácido acetilsalicílico y clopidogrel no evita el accidente cerebrovascular después de un AIT en grado mayor que sólo el ácido acetilsalicílico

66 Respecto a las recomendaciones “No hacer” avaladas por la Sociedad Española de Medicina Interna señale la incorrecta:

- A) No está indicado el cribado ni el tratamiento de la bacteriuria asintomática, salvo en pacientes con sondaje vesical, en el embarazo o en procedimientos quirúrgicos urológicos
- B) No usar ácido acetilsalicílico como prevención primaria en personas sin enfermedad cardiovascular
- C) No usar benzodiazepinas para el tratamiento del insomnio, la agitación o el delirio en personas de edad avanzada
- D) La determinación de los péptidos natriuréticos no está indicada para la toma de decisiones terapéuticas en la insuficiencia cardíaca crónica

67 Mujer de 56 años que nos remiten desde atención primaria para valoración de nódulos tiroideos. La paciente acudió a su médico de cabecera por sensación de picor en la garganta sin otra sintomatología. Le solicitó ecografía cervical (donde se apreció un nódulo de 21 mm en LTI de características ecográficas TIRADS 3) y una analítica que demostró TSH normal y anticuerpos anti-peroxidasa tiroidea (ac anti-TPO) positivos. Cuando la paciente acude a consulta de medicina interna está asintomática y en la exploración no se palpa bocio, nódulos ni adenopatías. ¿Qué actitud le parece más adecuada?

- A) Informar a la paciente de la benignidad del proceso y recomendar control ecográfico anual
- B) Solicitar PAAF
- C) Pedir nueva ecografía de control a los 3 meses y PAAF si crecimiento del nódulo mayor del 20%
- D) Pedir nueva ecografía de control a los 6 meses y PAAF si crecimiento del nódulo mayor del 20%

68 ¿En cuál de las siguientes situaciones considera que no sería acertado valorar la desprescripción en un paciente de edad avanzada?

- A) Antihipertensivo cuando el paciente cuenta hipotensión ortostática
- B) Inhibidores de la bomba de protones con indicación no clara
- C) Memantina en paciente con trastorno cognitivo grave que lo ha estado recibiendo durante años
- D) Estatina en un paciente con cardiopatía isquémica y aceptable esperanza de vida

- 69 ¿Cuál de los siguientes comportamientos le parece más propio de una convulsión epiléptica que de una convulsión psicógena?**
- A) Los giros de la cabeza de lado a lado
 - B) Los movimientos amplios y asimétricos de sacudidas de las extremidades
 - C) Los movimientos de agitación de un hemicuerpo sin pérdida de conocimiento
 - D) Los movimientos de empuje con la pelvis
- 70 Varón de 80 años con antecedentes de hipertensión arterial y enfermedad de Alzheimer que consulta por insomnio, pérdida de apetito y diarrea esporádica desde hace 4 meses, momento en el que se le prescribió rivastigmina a dosis progresivas y finalmente estándar. No existen datos de depresión. En la exploración física sólo destaca que ha perdido unos 5 kg de peso y el Minimental test es estable respecto a la primera consulta, 21 sobre 30 puntos. Un hemograma, bioquímica básica y TSH son normales. Indique la actitud que considera más correcta:**
- A) Suspender la rivastigmina
 - B) Añadir donepezilo
 - C) Prescribir sertralina
 - D) Añadir memantina
- 71 Señale cuál de las siguientes intervenciones cuenta con suficientes evidencias científicas para poder afirmar que retrasan el envejecimiento:**
- A) La restricción calórica
 - B) La exposición a dosis bajas de estrés o toxinas
 - C) A y B
 - D) Ninguna de las anteriores
- 72 ¿Cuál de las siguientes determinaciones en sangre no incluiría de rutina ante un paciente en estudio inicial por demencia?**
- A) Función tiroidea
 - B) Vitamina B12
 - C) Serología de lúes
 - D) Electrolitos
- 73 Una mujer de 49 años, diagnosticada de un glioblastoma multiforme no operable en el lóbulo parietal izquierdo, presenta una primera convulsión tónico-clónica generalizada de unos 40 segundos de duración y autolimitada. ¿Cuál de las siguientes medidas le parece más indicada en esta paciente?**
- A) Indicar observación hospitalaria 24 horas y en caso de no recidiva remitir a consultas de Neurología sin tratamiento antiepiléptico
 - B) Iniciar tratamiento con ácido valproico
 - C) Iniciar tratamiento con difenilhidantoína
 - D) Realizar estudio electroencefalográfico y tratar con antiepiléptico sólo si éste es anormal

- 74 ¿Cuál de estos factores no se ha asociado con un aumento de la mortalidad a largo plazo tras una exacerbación aguda por Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)?**
- A) Niveles bajos de albúmina sérica
 - B) Índice de Masa Corporal (IMC) aumentado
 - C) Disfunción orgánica no respiratoria
 - D) Enfermedad pulmonar avanzada
- 75 ¿Cuál de estos no es un factor de riesgo para sufrir una exacerbación de asma?**
- A) Haber presentado una agudización grave en el último año
 - B) Embarazo
 - C) Ausencia de glucocorticoides inhalados en el tratamiento
 - D) Niveles bajos de eosinófilos en sangre periférica
- 76 Un paciente de 80 años le es remitido a consulta por su médico de familia al presentar una anemia microcítica e hipocroma pero con sideremia elevada e índice de saturación de transferrina (IST) muy alto. Con estos datos de laboratorio y sin mas datos clínicos ¿Cuál es su primera sospecha diagnóstica?**
- A) Anemia sideroblástica
 - B) Hemocromatosis hereditaria
 - C) Anemia ferropénica parcialmente tratada con hierro oral
 - D) Sideremia y el IST elevados seguro que son un error de laboratorio en este caso y volvería a solicitar estos parámetros
- 77 Entre estas posibilidades, ¿cuál sería la más probable en un derrame pleural con un pH del líquido pleural por encima de 7.30?**
- A) Derrame asociado a una pleuritis lúpica
 - B) Derrame asociado a un embolismo pulmonar
 - C) Derrame tuberculoso
 - D) Empiema
- 78 ¿Cuál de estas opciones es falsa en la diferente presentación de un síndrome mononucleósico por citomegalovirus (CMV) frente al virus de Epstein-Barr (VEB)?**
- A) Se presenta en edades mayores en el producido por CMV
 - B) Es más frecuente la esplenomegalia en el producido por VEB
 - C) El producido por CMV causa faringoamigdalitis exudativa de forma más frecuente que por VEB
 - D) Son más frecuentes las adenopatías cervicales en el producido por VEB
- 79 Si es de naturaleza maligna, ¿cuál sería el tipo histológico más frecuente de un nódulo pulmonar solitario?**
- A) Adenocarcinoma
 - B) Carcinoide
 - C) Células grandes
 - D) Epidermoide

- 80** Hombre de 65 años con cardiopatía isquémica y estenosis aórtica reumática, por lo que recibe betabloqueantes, antiagregantes y estatinas. Comienza con cuadro de fiebre, y en los hemocultivos crece *Staphylococcus aureus* meticilin-resistente, por lo que se inicia tratamiento antibiótico dirigido. En la evolución aparece dolor muscular con importante elevación de CPK en sangre. ¿Cuál cree que es el antibiótico con el que se ha tratado a este paciente?
- A) Daptomicina
 - B) Linezolid
 - C) Cloxacilina
 - D) Ceftriaxona
- 81** ¿Cuál de los siguientes microorganismos considera más probable en un paciente procedente de medio rural, con endocarditis mitral, que aún no ha iniciado tratamiento antibiótico, y en el que los hemocultivos son repetidamente negativos?
- A) *Staphylococcus aureus*
 - B) *Escherichia coli*
 - C) *Coxiella burnetti*
 - D) *Candida albicans*
- 82** Una paciente de 76 años, diabética e hipertensa, acude a consulta por presentar palpitaciones, documentándose una fibrilación auricular; para saber si debe anticoagularse se debería calcular su riesgo mediante la escala CHA2DS2-VASc. Según esta escala ¿cuál sería su puntuación?
- A) 4
 - B) 3
 - C) 5
 - D) 6
- 83** Mujer con hipotensión e hipoperfusión tisular en el que se objetivan los siguientes parámetros tras inserción de catéter Swan-Ganz: índice cardiaco 1.4 l/min/m², presión de enclavamiento pulmonar elevada y elevación de resistencias vasculares sistémicas. El tipo de shock que presenta la paciente es:
- A) Hipovolémico
 - B) Cardiogénico
 - C) Séptico
 - D) Cualquiera de los anteriores lo produciría
- 84** Respecto a la tiroiditis subaguda, señale la respuesta correcta:
- A) Su origen es autoinmune
 - B) El tratamiento consiste en antibióticos y drenaje quirúrgico
 - C) Tras un periodo de hipertiroidismo y una fase de hipotiroidismo, la mayoría permanecerán eutiroideos en varias semanas
 - D) Deja un hipotiroidismo residual en el 90% de los casos

- 85 En los pacientes pluripatológicos, ¿cuál de las siguientes es una característica de buena prescripción farmacológica?**
- A) Que no existan duplicidades terapéuticas
 - B) Que la pauta horaria sea adecuada al estilo de vida del paciente
 - C) Que sea la alternativa más costo-efectiva
 - D) Todas las anteriores
- 86 Todos los siguientes pueden aparecer en el mieloma múltiple sintomático excepto uno. Señale cuál:**
- A) Anemia
 - B) Insuficiencia renal
 - C) Lesiones óseas osteolíticas
 - D) Hipocalcemia
- 87 Referido al tratamiento de la osteoporosis con bifosfonatos, señale la respuesta cierta sobre este grupo terapéutico:**
- A) Los bisfosfonatos no suelen ser, en general, la primera línea de tratamiento
 - B) Deben administrarse por la noche antes de acostarse, con al menos medio vaso de agua
 - C) Los bisfosfonatos no deben utilizarse en pacientes con filtrado glomerular inferior a 30-35 mL/min
 - D) Se han mostrado útiles en la prevención de fracturas vertebrales pero no de cadera
- 88 El diagnóstico de amiloidosis primaria se basa en la demostración de sustancia amiloide en los tejidos. Ante una sospecha de amiloidosis, el procedimiento diagnóstico inicial consistirá en:**
- A) Biopsia hepática
 - B) Biopsia del órgano presumiblemente afecto
 - C) Biopsia rectal
 - D) Biopsia de grasa subcutánea
- 89 Según el Proceso Asistencial Integrado “Cuidados Paliativos”, con vistas a identificar una situación terminal debe valorarse la severidad y la progresión de la enfermedad, teniendo en cuenta la presencia de uno de los siguientes criterios. Señale cuál:**
- A) Decisión de la persona de recibir o no tratamiento activo específico
 - B) Declive nutricional (albúmina menor de 2,5 g/dl o pérdida de peso del más del 10%)
 - C) Presencia de multimorbilidad (2 ó más enfermedades crónicas)
 - D) Todos los anteriores
- 90 Señale cuál de las siguientes no es una causa de ferropenia:**
- A) Tratamiento con eritropoyetina
 - B) Menstruación
 - C) Envejecimiento
 - D) Gastrectomía

- 91 Respecto a la púrpura de Schönlein-Henoch, señale la falsa:**
- A) Los glucocorticoides previenen las recidivas
 - B) Es una púrpura vascular de origen inmune
 - C) En la biopsia cutánea se observa una vasculitis leucocitoclástica con depósitos de IgA, IgM y complemento
 - D) La clínica cutánea consiste en una púrpura palpable o en petequias
- 92 Entre los factores principales que menos contribuyen al error diagnóstico se encuentra:**
- A) Factores externos del sistema
 - B) Factores personales del médico
 - C) Dificultad en el procesamiento de datos o errores cognitivos
 - D) Falta de realización o disponibilidad de pruebas diagnósticas
- 93 En relación al cálculo del riesgo cardiovascular, ¿cuál le parece falsa?**
- A) El algoritmo SCORE2 calcula el riesgo a 10 años de un individuo de sufrir episodios de enfermedad cardiovascular mortales y no mortales
 - B) Las tablas SCORE2 contemplan la edad, sexo, colesterol no HDL, tensión arterial y tabaco
 - C) La OMS considera a España como región con alto riesgo cardiovascular según las tasas de mortalidad cardiovascular
 - D) Las tablas SCORE2-OP calcula el riesgo en personas aparentemente sanas mayores de 70 años
- 94 Con respecto a la insuficiencia cardiaca, ¿cuál cree que no es verdadera?**
- A) Los objetivos del tratamiento en la insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida son la reducción de síntomas, mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad
 - B) La cardiopatía isquémica es la causa más frecuente de insuficiencia cardiaca en países desarrollados
 - C) Los pacientes con insuficiencia cardiaca refractaria a pesar de terapia médica óptima no tienen indicación para el trasplante cardiaco
 - D) La mayoría de los síntomas se pueden mejorar con diuréticos, betabloqueantes, IECAs, ARA II o inhibidor de la neprilisina del receptor de la angiotensina
- 95 En relación al tratamiento reductor de uricemia en la artritis gotosa, una de las afirmaciones que se enumeran a continuación es incorrecta. Señale cuál:**
- A) Debe suspenderse en el momento del ataque agudo de gota si el paciente ya lo estaba tomando
 - B) Si el paciente no lo estaba tomando, iniciarlo en el momento del ataque agudo no aporta ningún beneficio
 - C) Cuando se inicia el tratamiento, ha de ser con dosis bajas e ir subiendo paulatinamente
 - D) Alopurinol y febuxostat son dos fármacos reductores de la uricemia

- 96 Varón de 78 años de edad hospitalizado por fractura de cadera tras caída e intervenido hace 72 horas. No tiene antecedentes quirúrgicos ni otras patologías previas al ingreso. En las últimas 24h ha padecido dolor y distensión abdominal progresivos. Recibió una dosis de cefazolina antes de la cirugía pero ningún otro antibiótico después. En la exploración física se encuentra afebril, con presión arterial de 140/80 mmHg, frecuencia cardíaca de 110 lpm y frecuencia respiratoria de 16 rpm. El abdomen se encuentra timpánico y distendido con ausencia de peristalsis. No se detecta signo de rebote. En la radiografía simple de abdomen se objetiva una dilatación masiva del colon que se extiende hasta el recto. ¿Cuál de los siguientes es el tratamiento recomendado a continuación?**
- A) Atropina
 - B) Laparotomía
 - C) Neostigmina
 - D) Vancomicina
- 97 Con respecto al cáncer metastásico de origen desconocido, señale la respuesta falsa:**
- A) Debemos realizar todas las pruebas necesarias para localizar el tumor primario, pues es lo que marcará el pronóstico
 - B) La supervivencia media es de 5 a 10 meses
 - C) Es una entidad heterogénea que incluye distintos tipos de tumores
 - D) Representa el 3-5% de todos los tumores que se diagnostican
- 98 Con respecto a los síndromes paraneoplásicos neurológicos:**
- A) El LCR puede presentar pleocitosis (30-40 células/ μ L), hipoproteïnoraquia (50-100 mg/dl) y presencia de bandas oligoclonales
 - B) Suelen clasificarse en categorías anatómicas, aunque suele haber superposición de los mismos
 - C) La característica de estos síndromes es el hallazgo de autoanticuerpos contra tejido neuronal en suero y en LCR
 - D) Todas son correctas
- 99 En relación con el tratamiento de la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada, señale cuál de los siguientes fármacos ha mejorado el pronóstico (muerte cardiovascular + hospitalizaciones):**
- A) Betabloqueantes
 - B) Inhibidor de renina-angiotensina
 - C) Antialdosterónicos
 - D) Inhibidor del cotransportador sodio-glucosa

100 Respecto a la Fiebre Mediterránea Familiar, señale cuál de las siguientes afirmaciones es incorrecta:

- A) Principalmente es autosómica recesiva pero los heterocigotos pueden ser sintomáticos.
- B) Suele debutar en la edad pediátrica, aunque el diagnóstico es frecuente que se retrase a la edad adulta
- C) El tratamiento con colchicina controla los brotes pero no previene la aparición de amiloidosis
- D) Los fármacos biológicos anti-Interleucina 1 (IL-1) son una alternativa válida para casos resistentes a colchicina

CASO PRACTICO 1:

Un varón de 82 años cuenta con antecedentes de cardiopatía isquémica, HTA y deterioro cognitivo moderado, es remitido a consultas de medicina interna para valoración de insuficiencia renal crónica, con una estimación del índice de filtrado glomerular de 45 ml/min.

101 En base al “Proceso Asistencial Integrado (PAI) Atención a pacientes pluripatológicos”, 3ª edición de la Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía, es cierto para este paciente que:

- A) Cumple los límites de entrada para su inclusión en dicho proceso
- B) El límite de final sería el alta de la consulta de medicina interna
- C) Es necesaria más información clínica para poder incluirlo en el Proceso Asistencial Integrado
- D) Cumple las categorías A, B y H del PAI

102 Uno de los siguientes no es un “criterio de complejidad” establecido en el actual PAI antes señalado. Indíquelo:

- A) Trastorno mental grave (esquizofrenia, psicosis maníaco-depresiva, depresión mayor)
- B) Polimedicación extrema (10 ó más principios activos de prescripción crónica)
- C) Obesidad mórbida (IMC>40)
- D) Alcoholismo

103 Ante pacientes complejos y con pluripatología, es útil tener presente los Criterios STOPP-START, los cuales se relacionan con:

- A) Una escala de riesgo social
- B) Recomendaciones de la buena prescripción farmacológica
- C) Cuestionario de valoración espiritual
- D) Valoración pronóstica tras un ingreso hospitalario

104 Con respecto a la escala PALIAR, utilizada con frecuencia en pacientes pluripatológicos, es falso que:

- A) En función de la puntuación, el índice estratifica cuatro grupos de riesgo de fallecer a los 180 días
 - B) Se trata de una escala que ayuda al clínico a saber si un paciente con enfermedades médicas está entrando en una fase de final de vida
 - C) Consta de 6 dimensiones sencillas que se valoran de forma dicotómica (presencia o ausencia)
 - D) Nos permite también pronosticar en qué pacientes se va a producir una caída de 20 ó más puntos en la escala de Barthel en los próximos 12 meses
-

CASO PRÁCTICO 2:

Un hombre de 58 años consulta en urgencias por hemiparesia izquierda de 24 horas de evolución de aparición brusca. Cuenta con antecedentes de HTA y diabetes mellitus 2, siguiendo tratamiento con enalapril y metformina. En el examen neurológico detectamos disartria y debilidad de pierna y brazo izquierdo 4/5. La radiografía del tórax es normal, objetivándose en el electrocardiograma una fibrilación auricular con buena respuesta ventricular. El hemograma y estudio de coagulación son normales.

105 Señale la aseveración falsa:

- A) El comienzo abrupto del déficit neurológico es característico de la embolia o de una hemorragia intracraneal
- B) Las anomalías del lenguaje sugieren una enfermedad de la circulación anterior
- C) La ausencia de signos motores y/o sensoriales bilaterales nos sugiere que está afectada la circulación posterior
- D) La normalidad de la consciencia nos habla de que probablemente no se trata de una hemorragia subaracnoidea

106 Se realiza de urgencias un TAC craneal que muestra un infarto agudo en lóbulos parietal y frontal derechos que afectan a la mitad del hemisferio. Señale el tratamiento más recomendable en ese momento a este paciente:

- A) Aspirina
- B) Heparina intravenosa
- C) Dabigatrán
- D) Activador del plasminógeno tisular recombinante

107 Un ecocardiograma transtorácico muestra una fracción de eyección del ventrículo izquierdo del 55 %, siendo el resto de la exploración normal. Una ecografía carotídea detecta una estenosis del 70% de la arteria carótida interna izquierda intracraneal. Su colesterol LDL plasmático es de 120 mg/dl. De las siguientes actuaciones posibles, indique la más correcta:

- A) Control de factores de riesgo vascular
- B) Stent carotídeo
- C) Endarterectomía carotídea
- D) Angioplastia carotídea

108 El fármaco hipolipemiente al que recurriría inicialmente en este paciente sería:

- A) Ezetimibe
 - B) Estatina de alta intensidad
 - C) Estatina de moderada intensidad
 - D) PCSK9
-

CASO PRÁCTICO 3:

Un hombre de 65 años consulta por presentar desde hace 1 año “despistes” tales como no recordar nombres de nuevos conocidos. Tiene una formación de estudios de bachillerato y trabaja como bedel en un colegio. No refiere cambios en su capacidad para realizar sus tareas cotidianas ni presenta datos de depresión. La exploración física y neurológica es normal. El Minimental test (MMSE) alcanza una puntuación de 24/30, fallando fundamentalmente en la orientación y en la memoria reciente.

109 Con respecto a su sospecha diagnóstica, señale la respuesta falsa:

- A) La causa subyacente más probable de los síntomas de este paciente es un deterioro cognitivo leve
- B) El paciente tiene mayor riesgo de desarrollar una demencia que la población general
- C) Es imprescindible en este tipo de pacientes realizar pruebas de imagen y de laboratorio para confirmar el diagnóstico
- D) Para cumplir el diagnóstico de demencia los déficits presentes deberían interferir con la actividad diaria del paciente

110 ¿Cuál de las siguientes pautas/tratamientos han demostrado ser útiles en este tipo de pacientes?

- A) Ejercicio regular
- B) Intervenciones cognitivas
- C) Inhibidores de la acetilcolinesterasa
- D) Suplementos nutricionales

111 ¿Cuál de los siguientes test o pruebas se recomienda realizar sistemáticamente, al poder ser útiles a la hora de predecir la evolución de este paciente a una demencia grave?

- A) Apoproteína E en sangre
 - B) Test neuropsicológicos
 - C) Niveles de amiloide en líquido cefalorraquídeo
 - D) Ninguna de las anteriores
-

CASO PRACTICO 4:

Paciente de 41 años, con discapacidad intelectual por sufrimiento fetal y con diagnóstico reciente de hipertensión pulmonar posiblemente idiopática en tratamiento con sildenafil. Ingresa para estudio por un cuadro de astenia y anorexia junto con pérdida de peso progresiva desde hace varios meses, sin alternancia del ritmo intestinal, aunque sí que refiere sensación de pesadez y saciedad precoz. En analítica se evidencia como datos más relevantes Hb 8,7 g/dL, VCM 71 fL, prealbúmina menor a 5

g/dL, PCR 123,5 mg/L, hierro 4, ferritina 83, IST 1,4% y hormonas tiroideas y marcadores séricos normales; TAC abdominal con aumento difuso de densidad de la grasa mesentérica y retroperitoneal, con múltiples adenopatías mesentéricas y retroperitoneales; se realiza EDA que muestra duodeno con mucosa engrosada, eritematosa y congestiva, salpicada de múltiples linfangiectasias, cuya biopsia es informada como infiltración masiva de la lámina propia por macrófagos PAS positivos.

112 ¿Cuál es el diagnóstico de esta paciente?

- A) Tuberculosis extrapulmonar
- B) Linfoma intestinal
- C) Enfermedad de Whipple
- D) Sarcoidosis

113 En esta paciente se amplía el estudio con una RNM craneal anodina, punción lumbar con citoquímico, citología y estudios microbiológicos normales y un ecocardiograma que muestra imagen vegetante muy móvil, dependiente de velo septal, que provoca insuficiencia tricuspídea compatible con una endocarditis tricuspídea. ¿Cuál sería el tratamiento inicial de esta paciente con todos estos datos?

- A) Isoniazida + Rifampicina + Pirazinamida + Etambutol durante 2 meses
- B) Ceftriaxona I.V. diario durante 4 semanas
- C) Prednisona 1 mg/kg/día durante 1 mes
- D) Quimioterapia

114 Una vez finalizado el tratamiento inicial, ¿con cuál de estos esquemas de tratamiento continuaría?

- A) Doxiciclina + Hidroxicloroquina durante 1 año
 - B) Trimetropim/Sulfametoxazol durante 1 año
 - C) Isoniazida + Pirazinamida durante 4 meses
 - D) A y B son correctas
-

CASO PRACTICO 5:

María tiene 84 años y antecedentes de HTA, diabetes mellitus tipo 2 insulinizada, hipercolesterolemia, AIT hace 2 años que cursó con disartria autolimitada, insuficiencia venosa crónica de miembros inferiores, colecistectomía y prótesis de cadera derecha tras fractura por caída accidental hace 2 años. Es viuda y vive con una hija y su familia. No presenta deterioro cognitivo. Hasta hace 3 meses tenía una limitación funcional a la deambulación, precisando andador para los desplazamientos, aunque autónoma en el cuidado personal. Hace 3 meses ingresó en Medicina Interna por cuadro de ictericia obstructiva y epigastralgia, siendo diagnosticada de cáncer de páncreas con metástasis hepáticas múltiples. La ictericia fue tratada mediante colocación de endoprótesis biliar. Valorada en Oncología se propuso tratamiento con gemcitabina que llegó a iniciar, pero finalmente fue suspendido tras nuevo ingreso hace un mes por ictus isquémico hemisférico derecho con secuelas de hemiparesia izquierda y disfagia neurógena que precisa de espesantes con los líquidos. Su calidad de vida ha empeorado, con menos apetito, mayor pérdida de peso y vida cama-sillón. Mantiene

funciones superiores conservadas y ha manifestado su deseo de no ir más al hospital. Realiza seguimiento por su médico de atención primaria en contacto con la Unidad de Cuidados Paliativos de su hospital de referencia. Desde hace tres días presenta cuadro catarral con febrícula, tos y expectoración verdosa, acompañado de cierta disnea e hinchazón de tobillos. A la exploración presenta, crepitantes basales bilaterales, algunos roncus y edemas maleolares.

115 ¿Qué actitud sería la más correcta?

- A) Solicitar una analítica general, radiografía de tórax y cultivo de esputo para valorar el tratamiento a administrar
- B) Remitir a consulta de medicina interna para estudio por sospecha de insuficiencia cardíaca de nueva aparición
- C) Iniciar tratamiento antibiótico empírico y diuréticos en domicilio
- D) Dado que se trata de una paciente con comorbilidades importantes debería ser ingresada

116 Tras el tratamiento administrado la paciente mejoró del cuadro agudo, pero su situación basal se ha deteriorado más, come menos y permanece gran parte del día acostada, las movilizaciones le resultan molestas, ha aparecido una úlcera de decúbito en sacro dolorosa. Señala la actitud más correcta.

- A) Realizar cura exhaustiva de la úlcera para evitar la sobreinfección
- B) Pautar analgésicos y hacer cura superficial diaria con tal de mantener la úlcera limpia y sin mal olor
- C) No realizar curas y colocar un parche hidrocólico para proteger la herida
- D) Insistir en dieta hiperproteica y cambios posturales frecuentes para favorecer la cicatrización y prevenir la aparición de nuevas úlceras

117 La evolución de la paciente no es buena, cada vez está más decaída y casi no come. El equipo de hospitalización domiciliaria ha comenzado a ir al domicilio. Permanece siempre en la cama, se encuentra muy dolorida, conversa poco y duerme más horas. Ha comenzado con ictericia conjuntival y presenta náuseas y atragantamientos frecuentes cuando se le da la comida. Comentamos con ella la situación, refiere que quiere descansar y no sufrir más. ¿Qué actitud aconseja?

- A) Retirar la medicación innecesaria en esta situación e iniciar el tratamiento apropiado por vía subcutánea que asegure un buen control sintomático
- B) Poner una sonda de alimentación que facilite la ingesta y la toma de su medicación habitual
- C) Colocar una vía intravenosa que asegure una buena hidratación y control de síntomas
- D) Lo ideal sería una sedación profunda para evitar sufrimiento

118 Una semana después la paciente permanece somnolienta, con quejidos frecuentes, cualquier mínima movilización durante el aseo le desencadena dolor. La ictericia es franca y la respiración es ruidosa y con secreciones, lo cual preocupa mucho a la familia. Además presenta náuseas y arcadas continuas a pesar de la medicación indicada. Señale la actitud correcta:

- A) Iniciar sedación mediante morfina y midazolam por la mala situación clínica, la irreversibilidad de la situación y la existencia de síntomas refractarios
 - B) Informar a la familia de la situación y de la conveniencia de sedarla para aliviar su sufrimiento
 - C) Añadir al tratamiento bromuro de hioscina para controlar los estertores
 - D) Todas son correctas
-

CASO PRACTICO 6:

Paciente de 65 años, divorciado sin hijos, diagnosticado de adenocarcinoma de sigma con metástasis pulmonares en el 2019, que ha recibido 5 ciclos de quimioterapia ese año, más 3 ciclos posteriores en el 2020, con PET -TAC posterior realizado con progresión de la enfermedad, presentando implantes abdominales. Ha recibido radioterapia paliativa a nivel rectal y en implantes musculares. Se deriva desde Oncología para seguimiento y cuidados paliativos a nuestra consulta. Acude solo, actualmente en tratamiento con fentanilo parches transdérmicos de 125 microgr /h cada tres días, precisando rescates cada 4-5 horas con fentanilo 200 microgramos sublingual por mal control del dolor a nivel abdominal, en región genital y a nivel de la cadera que le obliga a permanecer de pie toda la visita.

119 Según el proceso asistencial integrado “Cuidados Paliativos”, y dada la situación de este paciente, ¿qué no sería correcto?

- A) Registro por parte del paciente de voluntades anticipadas
- B) Identificar la situación terminal por parte del médico responsable
- C) Centrar siempre la atención principal en su equipo del centro de salud
- D) Valoración multidimensional individualizada por su equipo responsable

120 Con respecto al manejo de este paciente ¿qué actitud no sería correcta?

- A) Rotación de opiodes, por mal control del dolor
- B) Solicitar TAC abdomen
- C) Plantear -si persiste mal control del dolor- una bomba de infusión continua subcutánea elastomérica de mórficos
- D) Realizar una valoración completa personal, socio-familiar y espiritual, priorizando el control del dolor en estos momentos.

121 Según el IDC-Pal (Instrumento Diagnóstico de la Complejidad en Cuidados Paliativos, recogido como documento de apoyo dentro del Plan Andaluz de Cuidados Paliativos, Junta de Andalucía, 2014) se trata de una situación "altamente compleja" por :

- A) Dificil control de los síntomas
- B) Insuficiente soporte familiar
- C) Presenta progresión tumoral de difícil manejo
- D) Todas son correctas

122 Con respecto al uso de la vía subcutánea (hipodermocclisis) señala lo incorrecto:

- A) Favorece el cuidado del paciente en el domicilio
- B) Permite también la infusión de líquidos entre 1000-1500 ml en 24 horas
- C) Todos los fármacos se pueden usar por esta vía, en bolos no más de 2 ml
- D) La equivalencia de morfina oral con respecto a la subcutánea es 2:1

CASO PRÁCTICO 7:

Se presenta el caso de un paciente varón, de 71 años. No constan antecedentes patológicos familiares significativos. Antecedentes personales: Tabaquismo de 35 paquetes-año, suspendido hace 8 años. Hipertensión arterial, fecha de primer diagnóstico desconocida, con controles ambulatorios esporádicos, y habitualmente con cifras adecuadas a su objetivo. Hipercolesterolemia. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, sin ingresos hospitalarios por reagudización en los últimos 5 años. Su tratamiento farmacológico habitual incluye: Enalapril 20 mgr al día, simvastatina 20 mgr al día y tiotropio en aerosol. Es remitido desde Atención Primaria por apreciarse, en controles analíticos sucesivos a lo largo de los 2 últimos años, un descenso progresivo del filtrado glomerular (FG), con las siguientes cifras en los últimos 3 controles: 68 ml/min-45 ml/min-31 ml/min. A la exploración, los hallazgos más reseñables son un IMC de 32, un perímetro abdominal de 115 cm y dificultad para la palpación de los pulsos pedios, sin edemas evidentes. Presión arterial 132/77 mm Hg. Frecuencia cardíaca 78 lpm. El control analítico reciente muestra, además del FG referido, los siguientes datos: glucemia basal 83 mgr/dL, hemoglobina glicosilada 5,6%, LDL-colesterol 116 mgr/dL, sodio 138 mEq/L, potasio 5,1 mEq/L, fósfor 4,2 mgr/dL, calcio 8,6 mgr/dL, bicarbonato 23 mgr/dL, pH 7,36, albuminuria 438 mg/gr Creatinina (en control previo, 6 meses antes, 49 mg/gr Cr). Glucosuria negativa. Hemoglobina 11,5 gr/dL, hematocrito 35%, VCM 90 Fl, TSH normal. Una ecografía abdominal muestra un parénquima renal normal con discreto adelgazamiento cortical generalizado bilateral y algunos quistes renales corticales simples, sin otros hallazgos. Se le solicita eco-doppler arterial renal, que no muestra estenosis significativa, pero sí un incremento difuso del índice de resistencia vascular sugestivo de nefroangioesclerosis.

123 En relación con el manejo terapéutico de este paciente, ¿cuál de las siguientes medidas le parece más apropiada como siguiente paso?

- A) Programar sesiones de tratamiento con choques de furosemda intravenosa.
- B) Reducir la dosis de simvastatina a 5 mgr al día
- C) Añadir dapagliflozina
- D) Plantear consulta de pre-diálisis con el Servicio de Nefrología

124 En el paciente anterior, todas las afirmaciones que siguen relativas a su manejo terapéutico integral, son correctas, excepto una:

- A) La ingesta dietética de sodio debe ser < 2 gramos al día
- B) Se debe considerar la vacunación anti-neumocócica
- C) El tratamiento de la anemia debe incluir ácido fólico
- D) La restricción de proteínas dietéticas puede frenar la progresión de la proteinuria

125 En el manejo de la anemia del paciente anterior, ¿cuál de las siguientes medidas le parece menos indicada?

- A) Solicitar nivel sérico de hierro y ferritina para valorar la indicación de ferroterapia
- B) Añadir tratamiento precoz con eritropoyetina
- C) Debe solicitarse estudio de sangre oculta en heces
- D) En presencia de macrocitosis, solicitar nivel sérico de ácido fólico y vitamina B12

CASO PRÁCTICO 8:

Han ingresado en medicina interna a una mujer de 21 años, que acudió a urgencias por cuadro constitucional y aumento progresivo de lo que parece una adenopatía en el cuello, con juicio clínico provisional de "*a descartar proceso linfoproliferativo maligno*". Al realizar la historia reglada comprueba que el proceso se inició hace unas 10 semanas cuando se nota incidentalmente un bulto en la región baja lateral derecha del cuello y que comenta que ha ido progresivamente aumentando de tamaño hasta llegar a apreciarse a simple vista; además cuenta febrícula vespertina y sudoración nocturna en las últimas cuatro semanas y una ligera pérdida de peso que relaciona con el estrés de sus estudios universitarios. Ha hecho tratamiento con antitérmicos y 2 ciclos de antibioterapia oral sin notar mejoría alguna. Le realizaron una analítica en su centro de salud que fue básicamente normal salvo por una serología positiva IgG a título alto frente al virus de Epstein-Barr (VEB) siendo negativos los anticuerpos IgM. Entre sus antecedentes personales solo destacar una amigdalectomía a los 13 años y que es fumadora de una media de 10 cigarrillos al día desde los 17 años. No cuenta enfermedades relevantes en la familia. A la exploración tiene un buen estado general y es evidente un bultoma en la base derecha del cuello y una ocupación del hueco supraclavicular homolateral que a la palpación corresponde a varios ganglios aumentados de tamaño, de consistencia elástica, no dolorosos ni adheridos a planos superficiales, siendo más difíciles delimitarlos en profundidad. La auscultación cardio-respiratoria es normal y en el abdomen no se palpan visceromegalias ni masas. Hay pequeñas adenopatías de escaso significado en ambas inglés. La inspección oral y faríngea es normal. Revisa las pruebas complementarias realizadas desde urgencias y comprueba que el hemograma, el estudio básico de coagulación y los parámetros bioquímicos elementales incluyendo la proteína C reactiva son normales. También le

han realizado una radiografía anteroposterior de tórax que no está informada y han dado como normal, pero que a usted le impresiona que tiene un aumento de la silueta mediastínica paratraqueal en el lado derecho.

126 Con estos datos ¿cuál de las siguientes sería la prueba complementaria que aportaría mayor información para orientar el diagnóstico y encauzar diligentemente el manejo clínico de esta paciente?

- A) Un TAC de cuello, tórax y abdomen con contraste intravenoso
- B) Una PCR en suero para detectar DNA del virus de Epstein-Barr
- C) Una punción con aguja fina a ciegas de la adenopatía del cuello
- D) Una esofagogastroduodenoscopia

127 A pesar de sus recomendaciones y de una exhaustiva información sobre su sospecha diagnóstica y las consecuencias de la misma, la paciente rechaza la prueba que usted le había propuesto. Le explica que de cualquier manera habrá que tomar una biopsia ganglionar para llegar a un diagnóstico y plantear un tratamiento, y que en su Servicio hay experiencia en ecografía clínica, por lo que le propone una punción con aguja gruesa (BAG) guiada por ecografía de la adenopatía más grande que tiene en el cuello. Acepta este procedimiento y le solicita ser dada de alta a domicilio a la espera de los resultados histopatológicos. En pocos días el Servicio de Anatomía Patológica saca un informe provisional "*pendiente de inmunohistoquímica y técnicas complementarias*", en el que se describe una destrucción de la arquitectura del ganglio por una intensa infiltración de células inflamatorias constituida por una población heterogénea de linfocitos maduros, eosinófilos, histiocitos y algunas células plasmáticas, visualizándose algunas áreas pseudonodulares por la presencia de tractos de colágena muy evidentes en la tinción con reticulina; se informa también de la presencia de algunos focos de necrosis y de frecuentes "células lacunares", pero el patólogo no da un diagnóstico histológico hasta disponer de un estudio inmunohistoquímico completo. Con los datos clínicos e histopatológicos descritos ¿cuál es su primer juicio diagnóstico en este momento?

- A) Linfoma de Hodgkin clásico variante esclerosis nodular
- B) Linfoma de Hodgkin clásico variante depleción linfocítica
- C) Linfoma de Hodgkin de predominio linfocítico nodular
- D) Linfoma no Hodgkin de tipo difuso de células grandes granulares

128 ¿Qué resultados de la inmunohistoquímica y los estudios citogenéticos dirigidos apoyarían su diagnóstico?

- A) La expresión de los antígenos de activación CD30 y CD15 en las células lacunares
- B) La presencia de ADN del virus de Epstein-Barr en las células tumorales
- C) El reordenamiento clonal del gen de la cadena pesada de las inmunoglobulinas en las células tumorales
- D) Todos ellos

129 Confirmado el diagnóstico, es importante el estudio de extensión, en este caso no solo para establecer el pronóstico sino para plantear el tratamiento y monitorizar posteriormente la respuesta al mismo. Aunque en este momento, usted ya habría consultado con el Servicio de Hematología o la Unidad de Oncohematología para transferir a la paciente, ¿qué procedimiento diagnóstico solicitaría informando de su conveniencia a su paciente?

- A) Una biopsia de médula ósea
- B) Un PET
- C) Una gammagrafía con leucocitos marcados
- D) Un body-TAC

130 La paciente acepta hacerse la prueba anterior, pero acude a un centro privado y le trae el informe para que usted le oriente sobre el estadio de su enfermedad y posibilidades de curación. La prueba detecta adenopatías patológicas localizadas en las cadenas cervicales y supraclavicular derecha y también mediastínicas, no existiendo afectación ganglionar en abdomen, axilas ni en ingles. Tampoco se detecta afectación de médula ósea. ¿Cuál es el estadio de Ann-Arbor de su enfermedad linfomatosa?

- A) IA
- B) IIB
- C) IIA
- D) IIIB

CASO PRÁCTICO 9:

Varón de 79 años de edad que ingresa en planta por trombosis venosa profunda (TVP) femoropoplíteica izquierda sin factores de riesgo provocadores conocidos. Antecedentes personales de HTA, diabetes mellitus, cardiopatía isquémica estable y anemia ferropénica leve crónica por pérdidas digestivas. Última colonoscopia hacía 6 meses con extirpación de pólipo (histología de adenoma tubular de bajo grado) y angiodisplasias colónicas que precisaron termocoagulación. Sigue tratamiento con Losartan 100 mg, Metformina 850 mg cada 12 h, Bisoprolol 5 mg y AAS 100 mg. Al ingreso el paciente está asintomático salvo el dolor e inflamación en miembro inferior izquierdo, sin otros síntomas asociados. En la analítica destaca: Hb 10,1 gr/dL, dímero D 5.700 ng/mL, y aclaramiento de creatinina 60 ml/min.

131 Con respecto al tratamiento de la fase aguda, ¿qué actitud le parece más adecuada?

- A) HBPM a dosis terapéuticas durante al menos 7 días
- B) HBPM a dosis intermedias
- C) Recomendaría filtro en vena cava inferior por contraindicación para la anticoagulación
- D) Esperaría a una nueva colonoscopia antes de iniciar la anticoagulación

132 Con respecto al riesgo y posible estudio de neoplasia oculta en este paciente, ¿qué opción le parece la más adecuada?

- A) Recomendaría estudio de neoplasia oculta basado en historia clínica y body-TAC
- B) Recomendaría estudio de neoplasia oculta basado en historia clínica y PET-TAC
- C) No existe suficiente evidencia sobre la efectividad de la búsqueda exhaustiva de neoplasia oculta
- D) En este paciente la recomendaría por la edad y TVP de origen no provocado

133 A los 6 meses de tratamiento con acenocumarol, el paciente está asintomático sin signos posttrombóticos; se repitió colonoscopia con nuevas lesiones de angiodisplasia que se trataron, y se mantiene con Hb estable en 11,0 gr/dL. Con respecto al riesgo de recurrencia de la TVP en este paciente si se suspende la anticoagulación, ¿qué le parece más cierto?

- A) Riesgo de recurrencia del 5% anual
- B) Riesgo de recurrencia del 10% anual
- C) Riesgo de recurrencia del 30% anual
- D) Riesgo de recurrencia del 25% anual

134 Y con respecto al riesgo de hemorragia mayor, si al paciente decidimos mantenerlo anticoagulado, ¿qué riesgo le parece más acertado?

- A) Riesgo de hemorragia mayor del 3% anual
- B) Riesgo de hemorragia mayor de más del 6% anual
- C) Riesgo de hemorragia mayor de más del 20% anual
- D) Riesgo de hemorragia menor del 3% anual

135 Por tanto, y teniendo en cuenta el riesgo de recidiva si se suspende la anticoagulación y el riesgo de hemorragia si se mantiene, ¿cuál sería su recomendación una vez completado 6 meses de tratamiento anticoagulante?

- A) Recomendaría continuar con acenocumarol de forma extendida por evento no provocado
- B) Recomendaría mantener con acenocumarol hasta completar un año y luego reevaluar
- C) Recomendaría mantener acenocumarol mientras no tenga una hemorragia mayor
- D) Recomendaría suspender anticoagulación

CASO PRÁCTICO 10:

Mujer de 67 años con antecedentes de cirugía bariátrica, que nos derivan por alteraciones en el metabolismo fosfo-calcico consistentes en calcio sérico 8,6 mg/dL y corregido 8,8 mg/dL (normal 8,8-10,6), fósforo 3,4 mg/dL (normal 2,3-4,5), magnesio 2 mg/dL (normal 1,9-2,5), paratirina intacta 217,4 pg/dL (normal 12-88) y 25-Hidroxi-Vitamina D 8 ng/mL (normal 14-100), con calciuria de 24 horas de 3,8 mg/dL (normal 7-24).

136 ¿Cuál es la enfermedad más probable en esta paciente?

- A) Hiperparatiroidismo primario normocalcémico
- B) Hiperparatiroidismo secundario a déficit de vitamina D
- C) Hipercalcemia hipocalciúrica familiar
- D) Pseudohipoparatiroidismo

137 Si a la paciente del caso anterior le realizamos una densitometría ósea y nos encontramos como resultado un T-Score de cadera total -2,8 y un T-Score de L1-L4 -2,0, podemos afirmar que tiene:

- A) Osteopenia vertebral y osteoporosis de cadera
- B) Osteoporosis vertebral y de cadera
- C) Osteopenia vertebral y de cadera
- D) Osteopenia vertebral y de cadera

138 Si la paciente del caso anterior no tiene historia de fracturas por fragilidad previas ni detectamos fracturas asintomáticas en columna vertebral, ¿cuál sería el tratamiento más adecuado a implementar?

- A) Suplementos de calcio
- B) Suplementos de calcio y de vitamina D
- C) Suplementos de calcio y de vitamina D y un antirresortivo
- D) Suplementos de calcio y de vitamina D y teriparatida

CASO PRÁCTICO 11:

Mujer de 26 años sexualmente activa, presenta secreción vaginal homogénea, purulenta, amarilla y abundante, irritación vulvar con inflamación visible del epitelio vaginal y vulvar y petequias en el cuello uterino (cuello uterino "en frambuesa") en la colposcopia.

139 En relación a este caso, señale la respuesta cierta:

- A) La paciente puede ser tratada con éxito con fluconazol oral
- B) El tratamiento de elección es metronidazol en gel al 0.75%
- C) La paciente puede ser tratada con éxito con metronidazol 2 gr en monodosis
- D) Ninguno de los tratamientos previos sería correcto

CASO PRÁCTICO 12:

Varón de 22 años con proctocolitis ulcerosa grave, se nos informa de detección de NAAT (nucleic acid amplification test) para Chlamydia trachomatis en exudado rectal.

140 Señale la respuesta cierta:

- A) Las variantes más frecuentes asociadas a este cuadro son L1, L3 y L5
- B) Se indica tratamiento con doxiciclina 100 mg vía oral cada 12 horas durante dos semanas
- C) No se indica el estudio de contactos
- D) Ninguna es cierta

CASO PRÁCTICO 13:

Varón de 31 años, acude a urgencias por fiebre, tos y disnea de dos semanas de evolución, de instauración progresiva. Dos días antes ha recibido resultados de Western Blott para VIH, que son positivos. Presenta una LDH tres veces por encima del límite superior de la normalidad y una presión arterial de oxígeno respirando aire ambiente de 67 mmHg; la PCR para SARS-CoV-2 es negativa, así como los antígenos en orina de neumococo y legionella.

141 Con estos datos, el diagnóstico más probable en este caso es:

- A) Neumonía por *P. jirovecii*
 - B) Nocardiosis
 - C) Coccidiomicosis
 - D) Isosporiasis
-

CASO PRÁCTICO 14:

A un hombre de 45 años se le diagnostica feocromocitoma después de la presentación con hipertensión marcada (de hasta 250/140 mmHg), taquicardia, cefalea y rubor. Sus metanefrinas plasmáticas fraccionadas muestran un nivel de normetanefrina de 560 pg/mL y un nivel de metanefrina de 198 pg/mL (valores normales: normetanefrina 18 a 111 pg/mL; metanefrina 12 a 60 pg/mL). La tomografía computarizada del abdomen con medio de contraste intravenoso muestra una masa de 3 cm en la glándula suprarrenal derecha. Se le pide que aconseje con respecto al tratamiento.

142 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera con respecto al tratamiento del feocromocitoma en este enfermo?

- A) El bloqueo β está absolutamente contraindicado para la taquicardia incluso después de que se haya logrado un bloqueo α adecuado
 - B) Está indicada la extirpación quirúrgica inmediata de la masa, porque el paciente presentó crisis hipertensiva con encefalopatía
 - C) Debe restringirse la ingesta de sal y líquidos para evitar una mayor exacerbación de la hipertensión del paciente
 - D) La fentolamina intravenosa está indicada para el tratamiento de la crisis hipertensiva
-

CASO PRÁCTICO 15:

Una mujer de 54 años de edad con hipotiroidismo de larga evolución consulta por cansancio y estreñimiento moderado. Desde su última visita, su hipercolesterolemia y su hipertensión arterial han sido estables. Le detectaron miomas uterinos y comenzó hace poco tiempo a recibir hierro. También toma levotiroxina, atorvastatina e hidroclorotiazida. La TSH es de 15 mU/L.

143 ¿Cuál de las siguientes es la causa más probable de la elevación de la TSH?

- A) Celiaquía
 - B) Cáncer de colon
 - C) Falta de adherencia a la medicación
 - D) Absorción deficiente de levotiroxina por el sulfato ferroso
-

CASO PRÁCTICO 16:

Mujer de 63 años que acudió al servicio de urgencias con una historia de 2 días de fiebre y debilidad generalizada. Refería un episodio de síncope ese día. Vivía sola en casa y negaba el consumo de alcohol o tóxicos. La medicación que usaba era: gabapentina, insulina degludec, insulina aspart, un antipsicótico no precisado y pravastatina. El examen reveló una mujer con sobrepeso, febril a 40° C, con 16 respiraciones/min, saturando O₂ 94% con aire ambiente, taquicardia a 115 latidos/min y una presión arterial de 85/49 mmHg. Estaba alerta y orientada a la persona, el lugar y el tiempo. No mostró déficits neurológicos focales. El examen físico no aportó ningún otro dato relevante.

144 ¿Cuál de las siguientes explica más probablemente la hipotensión y el síncope de esta paciente?

- A) Síndrome neuroléptico maligno
 - B) Síndrome serotoninérgico
 - C) Embolia pulmonar aguda
 - D) Sepsis
-

CASO PRÁCTICO 17:

Unos 5 meses después del cierre de la orejuela izquierda con un dispositivo intracardiaco, nos consultan acerca de la actitud que debe adoptar para realizarse una limpieza dental.

145 ¿Qué recomendación le daría al paciente respecto al uso de antibióticos?

- A) 2 g de ampicilina intramuscular/intravenosa 30 minutos antes del procedimiento
 - B) 600 mg de clindamicina oral 60 minutos antes del procedimiento
 - C) 2 gramos de amoxicilina oral entre 30-60 minutos antes del procedimiento
 - D) No precisa profilaxis antibiótica
-

CASO PRÁCTICO 18:

Una mujer de 37 años acudió a urgencias por disnea de 5 horas de duración. Hacía tres semanas que se había sometido a una fijación interna de reducción abierta de una fractura de tobillo izquierdo. No tiene otras comorbilidades y su único medicamento es un anticonceptivo oral combinado. Exploración: Afebril, presión arterial de 130/90 mmHg, frecuencia cardíaca de 95 latidos/min, frecuencia respiratoria de 22 respiraciones/min y una saturación basal de oxígeno del 87%. Se administró oxígeno gafa nasal a 3 L/min con mejoría en la saturación de oxígeno hasta 94%. El examen

físico destacó taquicardia, presión venosa yugular normal y ruidos respiratorios normales. No tenía edema ni dolor en miembros inferiores y con un lecho quirúrgico de apariencia normal en el tobillo izquierdo. Datos complementarios: El test de gestación fue negativo. El electrocardiograma reveló taquicardia sinusal sin alteraciones del segmento ST. Las radiografías de tórax fueron normales. Según los criterios de Wells, tenía una probabilidad moderada de tener embolia pulmonar (EP).

146 ¿Cuál sería la prueba indicada en este caso?

- A) NT-proBNP
 - B) Ecografía pulmonar
 - C) Troponina
 - D) Dímero D
-

CASO PRÁCTICO 19:

La Sra. Fernández ha sido diagnosticada en fecha reciente de un feocromocitoma.

147 En el control de la presión arterial y preparación previa a la cirugía de se deberían usar de manera habitual todos los siguientes, excepto uno:

- A) Alfa-bloqueadores
 - B) Suplementos de Na
 - C) Beta-bloqueadores
 - D) Antagonistas de la aldosterona
-

CASO PRÁCTICO 20:

Paciente joven que acude a urgencias por mala situación general. Tiene la siguiente gasometría: pH 7.33, PaCO₂ 25 mmHg, HCO₃ 12 mEq/L, PaO₂ 89 mmHg, Na 145 mEq/L, Cl 97 mEq/L, K 4 mEq/L.

148 ¿Qué alteración tiene la paciente?

- A) Acidosis metabólica
- B) Alcalosis metabólica
- C) Acidosis metabólica compensada con alcalosis respiratoria
- D) Acidosis respiratoria

149 ¿Cuál es su hiato aniónico (anión gap)?

- A) 28 mEq/L
- B) 30 mEq/L
- C) 32 mEq/L
- D) 34 mEq/L

150 ¿Cuál de las siguientes situaciones o entidades no justificaría el problema metabólico que presenta la paciente?

- A) Cetoacidosis diabética
- B) Intoxicación por salicilatos
- C) Acidosis láctica
- D) Pérdida intestinal de bicarbonato

- 151 En el síndrome de realimentación, al inicio del tratamiento de la malnutrición crónica, pueden aparecer todas las alteraciones analíticas, salvo una. Indique cual:**
- A) Hiperglucemia
 - B) Hiperfosfatemia
 - C) Hipopotasemia
 - D) Hipertrigliceridemia
- 152 En el estudio de una neumopatía intersticial, los tests de función pulmonar pueden mostrar frecuentemente todas las alteraciones siguientes, excepto una:**
- A) Incremento de la capacidad de difusión alveolar (DLCO)
 - B) Desaturación de oxígeno durante el test de deambulación de 6 minutos
 - C) Reducción de la capacidad pulmonar total (TLC)
 - D) Valores normales en la relación entre el volumen espiratorio forzado en el primer segundo y la capacidad vital forzada (VEF1/FVC)
- 153 En relación con el tratamiento de la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida señale cuál de los siguientes no ha demostrado mejoría en el pronóstico (muerte cardiovascular + hospitalizaciones):**
- A) Betabloqueantes
 - B) Inhibidor de renina-angiotensina
 - C) Antialdosterónicos
 - D) Diuréticos de asa



Junta de Andalucía

Consejería de Salud y Familias