

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

ACCESO: LIBRE

CONCURSO-OPOSICIÓN 2023 PARA CUBRIR PLAZAS BÁSICAS VACANTES DE:
FEA MEDICINA INTERNA

ADVERTENCIAS:

- **ESTÁ PROHIBIDA LA ENTRADA AL AULA Y PUESTO DE EXAMEN con TELEFONO MÓVIL (o dispositivo electrónico conectado a datos, en general).**
- **EN LA CONTRAPORTADA DE ESTE CUADERNILLO ENCONTRARÁ INSTRUCCIONES QUE DEBE SEGUIR EN CASO DE HABER OLVIDADO DEJAR EL TELEFONO MÓVIL ANTES DE ACCEDER AL AULA DE EXAMEN.**
- **ESTÁ PROHIBIDO HABLAR DESDE EL INICIO DE LA PRUEBA.**
- **NO ABRA EL CUADERNILLO HASTA QUE SE LE INDIQUE.**
- **EL INCUMPLIMIENTO DE LAS INSTRUCCIONES SUPONDRÁ LA EXPULSIÓN DEL PROCESO.**

- 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.**
- **Para abrir este cuadernillo, rompa el precinto cuando se indique.**
- Si observa alguna anomalía en la impresión del cuadernillo, solicite su sustitución. **PARA ELLO LEVANTE LA MANO Y ESPERE EN SILENCIO A SER ATENDIDO POR LAS PERSONAS QUE ESTAN VIGILANDO EL EXAMEN.**
- 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 teórica 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 y sumarían un máximo de 50 puntos.
- 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 práctica 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 y sumarían un máximo de 50 puntos.
- 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.

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

ESTE CUADERNILLO DEBERÁ ENTREGARSE EN SU TOTALIDAD AL FINALIZAR EL EJERCICIO. Si desea un ejemplar puede obtenerlo en la página web del Organismo.

CONTINÚA EN LA CONTRAPORTADA

-
- 1 La Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM) tiene como objetivo el desarrollo y gestión de recursos de apoyo social para personas con dependencia y discapacidad derivada de padecer trastornos mentales graves. Señale a qué órgano directivo de la actual Consejería de Salud y Consumo está adscrita esta entidad instrumental, y tiene asignados la orientación, tutela y gestión técnica de FAISEM:**
- A) Viceconsejería.
 - B) Secretaría General Técnica.
 - C) Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo.
 - D) Dirección General de Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Adicciones.
- 2 En el artículo 22 del Estatuto de Autonomía de Andalucía se reconoce la Salud como un derecho, haciéndose eco el legislador del mandato de la Constitución que garantiza la protección de la salud como derecho constitucional. Señale a través de qué instrumento o medio se garantizará este derecho, según se dicta en este mismo artículo del Estatuto de Autonomía (Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo):**
- A) Mediante un sistema sanitario público de carácter universal.
 - B) A través de Mutuas colaboradoras de la Seguridad Social.
 - C) Mediante convenios y conciertos entre el proveedor público de servicios sanitarios y las entidades privadas del sector sanitario.
 - D) A través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
- 3 Según el artículo 11 de la Ley 55/2003 (del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud), el Foro Marco para el Diálogo Social depende de:**
- A) La Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud.
 - B) El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
 - C) El Ministerio de Sanidad.
 - D) La Mesa Sectorial de Sanidad.
- 4 Según la Ley 41/2002 (básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica), los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, aunque no necesariamente en el soporte original, para la debida asistencia al paciente durante el tiempo adecuado a cada caso y, como mínimo:**
- A) 4 años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.
 - B) 5 años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.
 - C) 10 años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.
 - D) 15 años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.

- 5 El vigente RGPD (Reglamento General de Protección de Datos) aprobado por el Parlamento Europeo y el Consejo de la Unión Europea (Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos) establece unos principios generales relativos al tratamiento de los datos personales, entre los que se encuentran los siguientes, EXCEPTO:**
- A) Principios de licitud, lealtad y transparencia.
 - B) Principio de limitación del plazo de conservación.
 - C) Principio de seguridad digital.
 - D) Principio de minimización de datos.
- 6 Referido al "Modelo de Acreditación de Competencias Profesionales" en el ámbito del SSPA, son correctas todas las respuestas que siguen, EXCEPTO:**
- A) La acreditación consiste en el reconocimiento expreso por parte de la Administración Sanitaria del desarrollo alcanzado por un profesional que se ha sometido a un proceso voluntario de evaluación para la mejora continua de sus labores asistenciales, docentes y de investigación.
 - B) La certificación se realiza verificando la presencia de competencias clave en la práctica real, de acuerdo a estándares determinados por la evidencia científica y el consenso de expertos.
 - C) El sistema de acreditación del nivel de la competencia profesional de los profesionales sanitarios del SSPA está regulado por el Decreto 18/2007, de 23 de enero.
 - D) La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA), actualmente adscrita a la Consejería de Salud e integrada en la Fundación Progreso y Salud, es el órgano competente para la acreditación de la competencia profesional.
- 7 El instrumento de que se dota la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud para establecer las actividades a realizar por sus centros y los recursos de que éstos dispondrán a lo largo de un año, enmarcados en el planteamiento de una sanidad pública gestionada con los profesionales, basada en los resultados en salud y orientada a prestar la mejor asistencia posible a los pacientes, se conoce por:**
- A) Plan Estratégico Anual.
 - B) Programa de Racionalización Operativa Anual (PROA).
 - C) Acuerdo de Gestión Clínica.
 - D) Contrato Programa.

8 La segunda opinión médica (SOM) es un derecho de las personas usuarias del Servicio Andaluz de Salud cuando estas padecen una enfermedad diagnosticada como de pronóstico fatal, incurable o que compromete gravemente su calidad de vida, o bien cuando el tratamiento propuesto conlleva un elevado riesgo vital. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre este derecho de segunda opinión médica y su regulación y acceso a la prestación del mismo en el ámbito del SAS es INCORRECTA?

A) Cuando una persona solicita una SOM, y esta resulta estimatoria según lo establecido en la normativa, un facultativo experto estudia la información procedente de su historia clínica y emite un informe que se envía directamente a la persona solicitante, o a quien esta haya autorizado para actuar en su nombre.

B) Para solicitar una SOM la persona solicitante debe haber sido diagnosticada previamente y no requerir tratamiento urgente o inmediato.

C) El ejercicio del derecho a la SOM, en los casos previstos en la normativa regulatoria, conlleva la libre elección de especialista y centro hospitalario por parte de la persona solicitante.

D) Es un requisito que el diagnóstico de la enfermedad o el tratamiento propuesto para la persona solicitante lo haya sido en cualquier centro dependiente del Servicio Andaluz de Salud.

9 Referido a la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) y su valoración, es cierto que:

A) La valoración de la CVRS se centra en una evaluación objetiva de las tres dimensiones fundamentales de funcionamiento de la persona: física, psicológica-cognoscitiva y social.

B) La valoración de la CVRS tiene interés sólo en estudios de investigación (como medición de resultados percibidos por el paciente), no siendo aplicable en la práctica clínica por su complejidad y variabilidad.

C) La mayoría de los instrumentos de evaluación de la CVRS son cuestionarios, que deben poseer cualidades psicométricas como validez, fiabilidad y sensibilidad a los cambios.

D) Todas las respuestas anteriores son ciertas.

10 Usted está leyendo un artículo que publica los resultados de un gran ensayo clínico aleatorizado y doble ciego, de gran interés en su ámbito profesional. En concreto le llama la atención el resultado que muestra este estudio sobre la mortalidad global al comparar un nuevo tratamiento experimental con la terapia estándar hasta este momento, en una población de pacientes que tienen un perfil muy similar a los que se tratan en su Unidad. Este resultado publicado es: $RR = 0.71$ (IC95% 0.98-0.59, $p=0.046$). ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

A) El valor p asociado al contraste no es significativo estadísticamente.

B) La reducción relativa del riesgo (RRR) para la variable "mortalidad global" es aproximadamente del 29%.

C) El NNT (número de pacientes que necesitaría tratarse con el nuevo tratamiento en vez del estándar para reducir un resultado de muerte por cualquier causa) sería 71.

D) La probabilidad de que estos resultados se deban al error del muestreo es del 95%.

- 11 Referido a las pruebas paramétricas en Estadística Inferencial, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?**
- A) Cuantifican la asociación o independencia entre una variable cuantitativa y una categórica.
 - B) Exigen ciertos requisitos previos para su aplicación: distribución Normal de la variable cuantitativa en los grupos que se comparan, homocedasticidad de varianzas en las poblaciones de las que proceden los grupos y un tamaño muestral n no inferior a 30.
 - C) T de Student y ANOVA son las pruebas paramétricas más habituales.
 - D) Todas son correctas.
- 12 Un estudio de investigación analiza la posible relación entre el consumo de carnes rojas y el desarrollo de determinadas neoplasias digestivas, en concreto cáncer colorrectal (CCR), bajo un diseño epidemiológico de "casos y controles". Está claro que la población de la que se obtendrían los "casos" serían pacientes diagnosticados de CCR, pero ¿cuál sería la población de la que se obtendrían los "controles" para llevar a cabo este estudio y obtener una estimación no sesgada del riesgo de CCR asociado a la ingesta de carnes rojas?**
- A) Pacientes diagnosticados de otras neoplasias digestivas y que reconozcan no ser vegetarianos.
 - B) Pacientes sin CCR que sean vegetarianos.
 - C) Pacientes sin CCR que provengan de la misma población de la que la provienen los casos.
 - D) Pacientes con CCR que reconozcan no comer carnes rojas.
- 13 Según la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica, ¿cuál de los siguientes estudios NO requerirá de la preceptiva evaluación y aprobación por un Comité de Ética de la Investigación (CEI)?**
- A) Un estudio descriptivo de las características clínicas, inmunológicas, genéticas y demográficas de una serie multicéntrica de pacientes diagnosticados de esclerodermia sistémica.
 - B) Una tesis doctoral que evalúa la correlación entre varios tipos de analgesia local y el control del dolor secundario a extracción dental, que se va a llevar a cabo con pacientes atendidos en un gabinete odontológico conveniado con la universidad.
 - C) Un estudio experimental en conejos para evaluar una nueva molécula de posible efecto antiangiogénico, aplicándola intraocularmente.
 - D) Un estudio de tipo cualitativo con diseño de investigación-acción participativa que evalúa un programa de atención paliativa en domicilio involucrando a profesionales, pacientes y familiares.
- 14 Referida a las técnicas de muestreo en estudios de investigación, solo una de las siguientes es de tipo aleatorio o probabilístico:**
- A) Muestreo "bola de nieve".
 - B) Muestreo por cuotas.
 - C) Muestreo por conveniencia.
 - D) Muestreo estratificado.

- 15 El sistema de información sanitaria que recoge datos clínicos y del uso de recursos sanitarios de cada una de las personas que reciben asistencia sanitaria en el Servicio Andaluz de Salud, se conoce por:**
- A) BPS (Base Poblacional de Salud).
 - B) BDU (Base de Datos de Usuarios).
 - C) Historia Clínica Digital DIRAYA.
 - D) COANhYd.
- 16 En relación con la prescripción por principio activo...**
- A) Consiste en prescribir según la denominación común internacional, forma farmacéutica, vía de administración y dosificación.
 - B) Consiste en prescribir una especialidad farmacéutica genérica.
 - C) Pueden prescribirse por principio activo todos los medicamentos, con independencia del origen, margen terapéutico, formulación o vía de administración.
 - D) Puede limitar la libre prescripción del médico, ya que ésta se basa en la capacidad del médico de prescribir un nombre comercial u otro.
- 17 En relación con la revisión de la medicación del paciente polimedcado, todo lo que se afirma en las respuestas siguientes es cierto, EXCEPTO que:**
- A) Debería evitarse el uso continuado durante más de 8 semanas de inhibidores de bomba de protones, excepto en pacientes con alto riesgo de sangrado digestivo, uso de corticoides orales, toma crónica de AINEs u otros medicamentos gastrolesivos, esofagitis erosiva, esófago de Barret o hipersecreción patológica.
 - B) Debería evitarse el uso de Trimetazidina, salvo como terapia adicional para tratamiento sintomático en adultos con angina de pecho estable no adecuadamente controlados, o que no toleran antianginosos de primera línea.
 - C) Debería retirarse Memantina en pacientes con demencia avanzada GDS > 6.
 - D) Debería evitarse el uso de Calcio en la profilaxis de fracturas óseas en aquellos pacientes con índice de Barthel > 60.
- 18 ¿Cuál de los siguientes es uno de los dos ritmos cardiacos desfibrilables?**
- A) Asistolia.
 - B) Taquicardia ventricular sin pulso.
 - C) Fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida.
 - D) Actividad eléctrica sin pulso.
- 19 Según las Guías de RCP (European Resuscitation Council, 2021), ¿cuál de las siguientes combinaciones de fármaco–dosis es recomendable como medida inicial en pacientes con asistolia?**
- A) Adrenalina 3 mg i.v.
 - B) Adrenalina 1 mg i.v.
 - C) Atropina 0,5 mg i.v.
 - D) Atropina 3 mg i.v.

- 20 En el diagnóstico diferencial del shock, una de las siguientes características NO suele asociarse con el shock distributivo:**
- A) Función ventricular izquierda conservada en la ecocardiografía.
 - B) Presión venosa central de 10 mmHg.
 - C) Imagen ecográfica normal de la vena cava inferior.
 - D) Distensión de venas yugulares.
- 21 Con respecto a la intubación orotraqueal en la reanimación cardiopulmonar avanzada, señale la opción verdadera:**
- A) Solo deben intentarlo aquellos reanimadores con elevada tasa de éxito con esa técnica.
 - B) Se recomienda parar las compresiones torácicas durante menos de 5 segundos mientras se hace la intubación.
 - C) Una vez inserto el tubo orotraqueal o dispositivo supraglótico, debe ventilarse a una frecuencia de 10 ventilaciones al minuto.
 - D) Todas las respuestas anteriores son verdaderas.
- 22 De las siguientes afirmaciones, relacionadas con el tratamiento parenteral de una emergencia hipertensiva en una paciente gestante, indique la afirmación INCORRECTA:**
- A) Labetalol se considera una de las primeras opciones de tratamiento.
 - B) En la mayoría de los casos se consigue reducción de la presión arterial con la administración de Sulfato Magnésico.
 - C) Hidralacina puede ser una alternativa cuando no haya respuesta adecuada a Labetalol.
 - D) Cuando no se disponga de acceso rápido a una vía venosa, puede utilizarse Nifedipino oral.
- 23 Ante una fibrilación auricular de novo en un paciente hipertenso de 63 años, en el que se ha conseguido el paso a ritmo sinusal con tratamiento farmacológico, ¿cuál de los siguientes fármacos considera más apropiado para intentar mantener el ritmo sinusal?**
- A) Amiodarona.
 - B) Flecainida.
 - C) Propafenona.
 - D) Sotalol.
- 24 En el abordaje farmacológico inicial de la hipertensión arterial primaria, uno de los siguientes grupos de fármacos NO se considera de primera línea. Señálelo:**
- A) Beta-bloqueantes.
 - B) Calcio-antagonistas.
 - C) Bloqueantes del receptor de angiotensina.
 - D) Diuréticos tiazídicos.

- 25 En la endocarditis infecciosa sobre válvula aórtica nativa, está indicado el tratamiento quirúrgico precoz en todas las situaciones siguientes, EXCEPTO en una:**
- A) Desarrollo de absceso peri-aórtico.
 - B) Desarrollo de insuficiencia cardiaca.
 - C) Aparición de hemorragia intracraneal.
 - D) Bacteriemia persistente tras 7 días de antibioterapia adecuada.
- 26 De las siguientes situaciones, indique la que NO se relaciona con un incremento del riesgo cardiovascular:**
- A) Score de calcio coronario = 0.
 - B) Nivel sérico de lipoproteína a (Lp(a)) superior a 50 mgr/dl.
 - C) Filtrado glomerular inferior a 30 ml/min.
 - D) Nivel sérico de apolipoproteína B (apo B) superior a 130 mgr/dl.
- 27 En relación con los factores de riesgo para el desarrollo de enfermedad arterial periférica (EAP) de miembros inferiores, indique la afirmación INCORRECTA de las siguientes:**
- A) Los niveles séricos elevados de homocisteína favorecen el desarrollo de arterioesclerosis.
 - B) La reducción del nivel sérico de homocisteína disminuye la progresión de la EAP.
 - C) Los niveles séricos elevados de proteína C reactiva de alta sensibilidad (PCR-US) se relacionan con un mayor riesgo de desarrollo de la EAP.
 - D) La lipoproteína a (Lp(a)) es un factor de riesgo independiente para la EAP.
- 28 Para la mayoría de pacientes con enfermedad tromboembólica venosa, siempre que no se trate de mujeres gestantes y/o pacientes con enfermedad renal avanzada, ¿cuál de los siguientes tratamientos anticoagulantes se considera de primera línea para el tratamiento a largo plazo?**
- A) Fondaparinux.
 - B) Warfarina.
 - C) Apixaban.
 - D) Enoxaparina.
- 29 La ferritina suele estar elevada en cualquiera de los siguientes procesos, EXCEPTO:**
- A) Enolismo crónico.
 - B) Síndrome hemofagocítico.
 - C) Anemia ferropénica.
 - D) Infección por SARS-CoV-2 con afectación pulmonar grave.
- 30 Una de las siguientes alteraciones analíticas NO es característica del síndrome de malabsorción:**
- A) Descenso del ácido oxálico urinario.
 - B) Descenso de la albúmina sérica.
 - C) Descenso del nivel sérico de vitamina B12.
 - D) Aumento del tiempo de protrombina.

- 31 De las siguientes causas de ascitis, indique cuál es la que NO suele asociarse a un incremento del gradiente de albúmina suero-ascitis superior a 1,1 gr/dl:**
- A) Hígado metastásico.
 - B) Insuficiencia cardiaca congestiva.
 - C) Tuberculosis peritoneal.
 - D) Trombosis venosa portal.
- 32 Ante la sospecha de una enfermedad celiaca del adulto, ¿cuál de los siguientes tests serológicos considera de elección en el estudio inicial?**
- A) IgA anti-endomisio.
 - B) IgG anti-gliadina.
 - C) IgA anti-gliadina.
 - D) IgA anti-transglutaminasa tisular.
- 33 ¿Cuál de las siguientes situaciones considera MENOS indicada para la aplicación de ventilación mecánica no invasiva?**
- A) Insuficiencia respiratoria aguda hipercápnica debida a exacerbación de una EPOC.
 - B) Insuficiencia respiratoria aguda no hipercápnica en paciente con neumonía bilateral sin respuesta a oxigenoterapia de alto flujo.
 - C) Insuficiencia respiratoria aguda por edema agudo pulmonar cardiogénico.
 - D) Insuficiencia respiratoria aguda debida a obstrucción de la vía aérea por una masa laríngea.
- 34 De los siguientes hallazgos en estudios diagnósticos, ¿cuál NO considera característico de una neumopatía intersticial?**
- A) Incremento en la capacidad de difusión pulmonar (DLCO).
 - B) Descenso de la capacidad vital forzada (CVF).
 - C) Infiltrado difuso de aspecto reticular en la radiografía simple de tórax.
 - D) Valor normal del cociente entre el volumen espiratorio forzado en el primer segundo (VEMS) y la capacidad vital forzada (CVF).
- 35 En pacientes con síndrome de apnea del sueño, ¿cuál de las siguientes considera que NO es una indicación adecuada para tratamiento con presión positiva continua de la vía aérea (CPAP)?**
- A) Pacientes con índice apnea-hipopnea (IAH) en el estudio polisomnográfico superior a 15.
 - B) Pacientes con obesidad abdominal e índice de masa corporal superior a 30.
 - C) Pacientes con IAH inferior a 5, frecuentes despertares y somnolencia diurna.
 - D) Pacientes con IAH superior a 5 y con hipertensión arterial refractaria.
- 36 En las reagudizaciones de enfermedad pulmonar obstructiva crónica debidas a infección respiratoria, ¿cuál de los siguientes gérmenes se aísla con mayor frecuencia en la mayoría de series?**
- A) Streptococcus pneumoniae.
 - B) Pseudomonas aeruginosa.
 - C) Moraxella catarrhalis.
 - D) Haemophilus influenzae.

37 En relación con las manifestaciones pulmonares de enfermedades sistémicas, indique la afirmación INCORRECTA de las siguientes:

- A) La pleuritis asociada al lupus eritematoso sistémico, se trata inicialmente con anti-inflamatorios no esteroideos.
- B) El tratamiento inicial de la hemorragia pulmonar asociada al lupus eritematoso sistémico, debe incluir corticoides a altas dosis y un fármaco inmunosupresor como Rituximab.
- C) El paciente con esclerodermia puede desarrollar hipertensión arterial pulmonar secundaria a afectación del árbol vascular pulmonar.
- D) En la esclerodermia, la afectación intersticial pulmonar es infrecuente, apareciendo en menos del 5% de casos.

38 En el análisis de un derrame pleural, ¿cuál de las siguientes características NO corresponde con un exudado?

- A) Gradiente de proteínas líquido pleural-suero inferior a 0,5.
- B) Nivel de proteínas en líquido pleural superior a 3 gr/dl.
- C) Nivel de colesterol en líquido pleural superior a 55 mgr/dl.
- D) Nivel de lactato-deshidrogenasa (LDH) en líquido pleural superior a 0,67 veces el límite superior del rango normal en sangre.

39 Señale la opción INCORRECTA en relación a los criterios definitorios de insuficiencia renal aguda y su clasificación funcional según KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes):

- A) Un criterio que define la insuficiencia/daño renal aguda (Acute kidney injury –AKI-) es el aumento de la creatinina sérica a $\geq 1,5$ veces el valor inicial, que se sabe o se supone que ocurrió en los siete días anteriores.
- B) Un criterio que define la insuficiencia/daño renal agudo (Acute kidney injury –AKI-) es el aumento de la creatinina sérica en $\geq 0,3$ mg/dL respecto a las cifras de las 48 horas previas.
- C) Se define estadio 2 (AKIN-2) si el paciente tiene una diuresis inferior a 0.5 mL/kg/hora durante al menos 12 horas.
- D) El parámetro creatinina (incremento de cifras de creatinina) tiene predominio en la estratificación del estadio de gravedad de la insuficiencia renal aguda, frente al parámetro diuresis (reducción de diuresis).

40 Señale la causa más frecuente de insuficiencia renal aguda en el global de pacientes adultos ingresados en hospitales de agudos:

- A) Necrosis tubular aguda.
- B) Hipovolemia verdadera por reducción de volumen circulante.
- C) Obstrucción del tracto urinario.
- D) Nefritis intersticial aguda por fármacos.

41 Señale la opción correcta respecto a los cilindros identificados en el examen microscópico del sedimento de orina:

- A) Los cilindros de glóbulos rojos aparecen exclusivamente en las glomerulonefritis.
- B) Los cilindros de glóbulos blancos aparecen exclusivamente en la inflamación glomerular.
- C) Los cilindros de células epiteliales tubulares renales se pueden observar exclusivamente en la nefritis intersticial aguda.
- D) Los cilindros granulares pigmentados se observan característicamente en la necrosis tubular aguda.

42 Señale la opción INCORRECTA en relación a la alteración del metabolismo del calcio y fósforo en la enfermedad renal crónica:

- A) En un paciente con enfermedad crónica estadio 4 ó 5 con hiperfosfatemia e hipoparatiroidismo, el quelante (captor) de fosforo que se aconseja es el que no contenga calcio.
- B) Si un paciente desarrolla calcifilaxis y está utilizando Warfarina, se aconseja sustituir la Warfarina por un medio alternativo de anticoagulación.
- C) La osteoporosis es la forma clínica más frecuente de la osteodistrofia renal.
- D) Si a pesar de controlar la fosfatemia, se observa una elevación progresiva o persistente del nivel de PTH intacta, está recomendado iniciar tratamiento con Vitamina D y/o Calcitriol.

43 Indique cuál de la siguientes glomerulopatías primarias se presenta habitualmente con expresión de síndrome nefrótico:

- A) Glomerulonefritis rápidamente progresiva.
- B) Glomerulonefritis aguda postinfecciosa.
- C) Nefropatía IgA.
- D) Nefropatía por lesiones mínimas.

44 Señale la opción correcta respecto al diagnóstico de artritis por gota:

- A) La aparición en una mujer sin factores de riesgo cardiovascular, de un primer episodio de artritis aguda en articulación metatarsfalangica de primer dedo del pie derecho, expresada por dolor y aumento de partes blandas, que se desarrolla durante un día, con liquido sinovial inflamatorio sin identificar cristales ni bacterias, y con niveles de ácido úrico en sangre elevados (por encima de 11 mg/dl) en dos determinaciones, le permite establecer el diagnóstico de artritis gotosa con probabilidad alta.
- B) La artritis aguda en pequeñas articulaciones de miembros superiores (excepto la interfalángica proximal de 1^{er} dedo), con niveles normales en sangre de ácido úrico, excluye el diagnóstico de gota.
- C) El momento más preciso para el establecimiento de un valor de referencia del urato sérico, es a partir de la segunda semana tras la completa desaparición de un ataque de gota.
- D) La aparición de un brote de artritis poliarticular en un paciente con hiperuricemia por un trastorno mieloproliferativo, que se mejora con 30 mg diarios de Prednisona durante 2 días, permite establecer el diagnóstico de artritis por gota.

45 Señale la opción correcta respecto al Síndrome SAPHO:

- A) El acrónimo SAPHO, designa un síndrome caracterizado por afectación osteoarticular, cutánea e hipertensión (Sinovitis, Acné, Pustulosis, Hipertensión, Osteítis).
- B) Las articulaciones más frecuentemente afectadas son las periféricas.
- C) La afectación sacroilíaca es similar a la que se produce en la espondilitis anquilosante clásica.
- D) La pustulosis palmo-plantar es una expresión cutánea más frecuente que el acné noduloquístico.

46 Señale la opción correcta respecto a la osteoporosis asociada a corticoides:

- A) Debe considerarse la realización de densitometría para diagnosticar osteoporosis, en los pacientes tratados con glucocorticoides durante más de 6 meses, independientemente de la dosis.
- B) Se sugiere que todos los pacientes que toman 10 mg o más de Prednisona al día o equivalente, con una duración prevista de al menos 6 meses, deben mantener una dosis recomendable de Calcio y Vitamina D bien con la dieta o con suplementos.
- C) En osteopenia -en hombres de más de 50 años de alto riesgo o en mujeres posmenopáusicas-, que estén utilizando glucocorticoides a cualquier dosis o duración, se sugiere iniciar tratamiento antiosteoporótico.
- D) El tratamiento de primera elección en hombres o mujeres postmenopáusicas con osteoporosis y que utilizan corticoides es la Teriparatida.

47 Señale en cuál de las siguientes situaciones, se cumplirían criterios clasificatorios de LES (lupus eritematoso sistémico) según la Systemic Lupus International Collaborating Clinics (SLICC) 2012, en un/una paciente con diabetes mellitus.

- A) Fotosensibilidad con diagnóstico previo de dermatomiositis, alopecia no cicatricial, derrame pleural y nivel de anticuerpos anti-dsDNA por encima del rango de referencia del laboratorio.
- B) Lesiones policíclicas anulares que se resuelven dejando telangiectasias, aftas vaginales, CH50 bajo y nivel de ANA por encima del rango de referencia del laboratorio.
- C) Parálisis facial con debilidad en parte superior e inferior de la cara, artralgia y rigidez de 1ª, 2ª y 3ª MCF proximales de más de 30 minutos, nivel de ANA por encima del rango de referencia del laboratorio y presencia de anticuerpos contra el antígeno nuclear Sm.
- D) C4 bajo, test de Coombs directo positivo sin anemia hemolítica, resultado falso positivo de la prueba de reagina plasmática rápida y 750 mg de proteínas en orina de 24 horas.

48 Señale la opción correcta respecto al Síndrome Antifosfolipídico (SAF):

- A) La livedo reticularis suele presentarse junto con necrosis ósea aséptica.
- B) La trombosis de la arteria central de la retina no se considera un criterio clínico de diagnóstico de SAF.
- C) Se considera que es un criterio diagnóstico, la presencia de tres o más abortos espontáneos, consecutivos y no justificados por otros mecanismos, antes de la décima semana de gestación.
- D) Se considera que es un criterio diagnóstico de laboratorio, la presencia de anticuerpos anti- β 2-glicoproteína I (IgG y/o IgM) a título medio o alto en dos o más ocasiones, en un intervalo superior a 12 días.

49 En la evaluación diagnóstica de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, indique la afirmación INCORRECTA de las siguientes:

- A) Puede confirmarse si el cociente entre el volumen espiratorio forzado post-broncodilatación en el primer segundo (VEMS) y la capacidad vital forzada (CVF) es inferior a 0,7.
- B) El test de distancia caminada en 6 minutos no aporta información pronóstica.
- C) En el estudio etiológico debe incluirse la determinación del nivel sérico de alfa-1-antitripsina.
- D) Debe cuantificarse el grado de disnea con alguna escala validada, como la MMRC.

50 En relación con los síndromes paraneoplásicos asociados al cáncer de pulmón, indique la afirmación INCORRECTA de las siguientes:

- A) El 10% de los pacientes con cáncer de pulmón de célula pequeña presenta síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIADH).
- B) El síndrome paraneoplásico neurológico más frecuente es el síndrome miasteniforme de Lambert-Eaton.
- C) La poliglobulia se asocia al carcinoma pulmonar escamoso.
- D) La síntesis de corticotropina (ACTH) por el tejido tumoral puede originar un síndrome de Cushing.

51 Señale en cuál de las siguientes situaciones, propondría al paciente la realización de biopsia renal:

- A) A un paciente ingresado para evaluación de trastornos del movimiento, y que desarrolla insuficiencia renal aguda con FG estimado establecido entre 45-60 ml/min/1,73 m², y no tiene antecedentes personales de interés ni fármacos, en el que no ha habido historia de depleción de volumen o hipertensión, y la autoinmunidad, el estudio de orina y la ecografía renal son normales, y se ha descartado además lisis tumoral o disección aórtica.
- B) A un paciente diabético, con aumento de albuminuria inferior a 3 veces respecto a la existente en los 5 años previos y sin diagnóstico alternativo.
- C) A un paciente con síndrome nefrítico agudo, salvo que se tenga elevada sospecha de glomerulonefritis asociada a endocarditis o a infección estreptocócica.
- D) A un paciente con hematuria glomerular microscópica aislada y asintomática, sin insuficiencia renal ni hipertensión.

52 Señale la opción correcta respecto a las espondiloartritis:

- A) En las espondiloartritis indiferenciadas, la sinovitis tiene una afectación clínica predominantemente axial.
- B) En un paciente de menos de 45 años y dolor lumbar de más de 3 meses de evolución, con psoriasis, uveítis anterior y HLA B27 positivo, la ausencia de sacroileítis en la RMN excluye el diagnóstico de espondiloartritis axial.
- C) La ausencia de HLA-B27 orienta a la asociación con enfermedad inflamatoria intestinal.
- D) En la artritis reactiva es característico que la afectación articular se inicie entre la 4^o y 8^o semana del inicio de la infección causante.

- 53 Señale la opción correcta respecto al tratamiento del síndrome de Sjögren:**
- A) Para la xerostomía, el tratamiento inicial es Pilocarpina 5 mg tres veces al día.
 - B) La Difenhidramina es útil para tratar la fotofobia.
 - C) Para la xeroftalmia, el tratamiento inicial es colirio de Ciclosporina A.
 - D) La Hidroxicloroquina no consigue reducir la progresión de la artritis no erosiva.
- 54 Señale la opción INCORRECTA en relación a las enfermedades autoinflamatorias:**
- A) En las enfermedades autoinflamatorias hereditarias, uno de los objetivos del tratamiento es disminuir el riesgo de amiloidosis secundaria.
 - B) El tratamiento de elección de los síntomas durante un episodio agudo de la Fiebre Mediterránea Familiar (FMF), es la Colchicina (0,5-1 mg/día) por vía oral.
 - C) En la FMF, la pleuritis es más frecuente que la pericarditis.
 - D) En el TRAPS (Síndrome periódico asociado al receptor 1 del TNF), la duración de los episodios sintomáticos es más prolongada que en el resto de síndromes hereditarios de fiebre periódica.
- 55 Una de las siguientes patologías endocrinológicas NO suele estar relacionada con el síndrome de apnea del sueño:**
- A) Hipertiroidismo.
 - B) Diabetes mellitus tipo 2.
 - C) Acromegalia.
 - D) Síndrome de ovario poliquístico.
- 56 Indique cuál de la siguientes glomerulopatías primarias se puede presentar con expresión de síndrome nefrítico o síndrome nefrótico:**
- A) Glomerulonefritis aguda postinfecciosa.
 - B) Glomerulonefritis rápidamente progresiva.
 - C) Glomerulonefritis membranoproliferativa.
 - D) Enfermedad de cambios (lesiones) mínimos.
- 57 Esta usted atendiendo en consulta a un hombre de 47 años, natural de Suecia, que le han remitido desde Oftalmología por un episodio de uveítis anterior. El paciente indica haber sido diagnosticado de enfermedad de Behçet. Señale cuál de los siguientes hallazgos es más frecuente que pueda presentar:**
- A) Test de patergia positivo.
 - B) Ulceras orales que dejan cicatriz.
 - C) Ulceras escrotales que dejan cicatriz.
 - D) Lesiones cutáneas.
- 58 Respecto a la amiloidosis, señale la opción correcta:**
- A) La amiloidosis AL no ocurre con el linfoma no Hodgkin.
 - B) La amiloidosis AL produce depósitos de amiloide en el SNC.
 - C) Los síntomas que produce la amiloidosis AA, permiten diferenciarla con fiabilidad de la amiloidosis AL.
 - D) En la amiloidosis por depósito no hereditario de proteína TTR (transtirretina), es frecuente que la afectación de tejidos blandos preceda en 10-20 años a los síntomas cardiacos.

- 59 Señale la opción correcta en relación a la afectación pulmonar de los pacientes con sarcoidosis:**
- A) Actualmente, la TAC de tórax se debe utilizar frente a la radiografía simple de tórax, para realizar el estadiaje de la afectación pulmonar.
 - B) Los infiltrados pulmonares afectan característicamente a los lóbulos inferiores.
 - C) Cuando el paciente comienza con disnea y/o presenta ya anormalidad en radiografía simple de tórax, en más del 95% de los casos tiene también afectación de los volúmenes pulmonares.
 - D) Aproximadamente la mitad de los pacientes con sarcoidosis presentan un cociente (FEV1/FVC) igual o inferior a 0,7.
- 60 Hablando de "la pérdida de peso clínicamente significativa" -como componente esencial del síndrome constitucional-, todas las siguientes afirmaciones son ciertas, EXCEPTO:**
- A) El diagnóstico diferencial es muy amplio.
 - B) Se define como la pérdida involuntaria de más de un 5% del peso total en un plazo de 6 a 12 meses.
 - C) Las causas psiquiátricas son muy raras (menos del 5% en la mayor parte de las series publicadas).
 - D) La evaluación debe comenzar con la verificación de la pérdida de peso (los pacientes pueden referir una pérdida de peso sin que exista una pérdida de peso objetiva), seguida de una historia clínica y un examen físico cuidadoso.
- 61 Con respecto a los principios del tratamiento con opiáceos mayores en el paciente oncológico, señale la opción que es INCORRECTA:**
- A) Deben pautarse solo a demanda, si el paciente tiene dolor.
 - B) Debemos anticiparnos a los efectos secundarios.
 - C) La vía de administración debe ser la mejor tolerada, habitualmente la vía oral.
 - D) Podemos asociar coadyuvantes según el tipo de dolor.
- 62 Con respecto al uso de Fentanilo transdérmico en pacientes en cuidados paliativos, señale la respuesta FALSA:**
- A) Debemos rotar la zona de aplicación del parche.
 - B) No debemos utilizarlo cuando se requiera un ajuste rápido de analgesia.
 - C) Es de utilidad en la disnea.
 - D) Da una menor incidencia de estreñimiento que con la Morfina oral.
- 63 ¿Cuál de los siguientes pacientes diría que NO reúne los criterios de paciente pluripatológico, según establece el Proceso Asistencial Integrado "Atención a pacientes pluripatológicos" (Consejería de Salud, 3ª edición, 2018)?**
- A) Varón de 82 años con hipertensión, diabetes mellitus, hipotiroidismo y osteoporosis.
 - B) Varón de 63 años con insuficiencia cardíaca con disnea grado II de la NYHA y elevación persistente del índice albúmina/creatinina.
 - C) Mujer de 91 años con deterioro cognitivo moderado y EPOC, con SatO₂ basal de 88%.
 - D) Paciente con retinopatía diabética proliferativa foto-coagulada y fractura de cadera osteoporótica.

- 64 La valoración integral exhaustiva del paciente pluripatológico incluye, ¿cuál de las siguientes dimensiones?**
- A) Pronóstica.
 - B) Farmacológica.
 - C) Preferencias y valores.
 - D) Todas ellas.
- 65 Entre las consecuencias o complicaciones del llamado síndrome de inmovilidad del paciente anciano (uno de los grandes síndromes geriátricos), se encuentra:**
- A) Úlceras por presión.
 - B) Estreñimiento.
 - C) Síndrome depresivo.
 - D) Todas las respuestas son correctas.
- 66 Señale la respuesta INCORRECTA respecto a los síndromes paraneoplásicos con afectación neurológica:**
- A) El suero de pacientes con cáncer sin síndromes neurológicos paraneoplásicos puede contener anticuerpos paraneoplásicos, aunque los títulos suelen ser inferiores a los de pacientes sintomáticos.
 - B) Diferentes anticuerpos pueden asociarse con el mismo síndrome neurológico paraneoplásico y, a la inversa, el mismo anticuerpo puede asociarse con diferentes síndromes.
 - C) Varios anticuerpos paraneoplásicos (bien y/o parcialmente caracterizados) pueden coexistir en el mismo paciente, especialmente si el tumor subyacente es cáncer de pulmón de células pequeñas.
 - D) Los anticuerpos paraneoplásicos bien caracterizados contra antígenos intracelulares (anticuerpos paraneoplásicos u onconeuronales clásicos) son detectados en LCR, y no son detectables en suero.
- 67 Es una contraindicación de la terapia trombolítica intravenosa en el ictus agudo:**
- A) Cirugía intracraneal los tres meses previos al ictus.
 - B) Hemorragia intracraneal previa.
 - C) Tumor maligno gastrointestinal.
 - D) Todas las anteriores son contraindicaciones para esta terapia.
- 68 Dentro de las manifestaciones clínicas del ictus lacunar, se encuentran todas las enumeradas en las respuestas siguientes, EXCEPTO:**
- A) Síndrome sensitivo-motor.
 - B) Síndrome de hemiparesia-ataxia.
 - C) Síndrome motor puro.
 - D) Síndrome de hemianopsia homónima aislada.

69 Con respecto a la atrofia multisistémica (AMS), señale la opción correcta:

- A) Es un trastorno neurodegenerativo progresivo.
- B) Incluye tres trastornos que antes se consideraban diferentes: atrofia olivopontocerebelosa, degeneración estriatonigra y síndrome de Shy-Drager.
- C) Sus síntomas pueden incluir ataxia o inestabilidad, disautonomía y rigidez.
- D) Todas las opciones anteriores son correctas.

70 En el diagnóstico diferencial de la enfermedad de Parkinson debemos incluir:

- A) Parkinsonismo inducido por fármacos.
- B) Temblor esencial.
- C) Parálisis supranuclear progresiva.
- D) Todas las anteriores.

71 Señale la afirmación correcta con respecto al diagnóstico de la E. de Alzheimer:

- A) Su diagnóstico se basa en la suma de un adecuado estudio neuropsicológico, la presencia de marcadores biológicos y pruebas iconográficas.
- B) El diagnóstico de certeza solo se obtiene con la biopsia cerebral, que muestra el hallazgo patognomónico de depósitos de sustancia amiloide y ovillos neurofibrilares formados por la proteína tau fosforilada, sobre todo en la parte media de la corteza del lóbulo temporal.
- C) Debe de realizarse siempre una punción lumbar para evidenciar la presencia de biomarcadores definitorios (por ejemplo, la proteína tau fosforilada) en líquido cefalorraquídeo, lo que en unión de las pruebas de imagen nos dará un diagnóstico definitivo.
- D) Las pruebas iconográficas (TAC/RNM/PET) muestran habitualmente y, desde el inicio, una atrofia e hipocaptación metabólica en ciertas áreas específicas, lo que apoya fuertemente el diagnóstico.

72 Ante una crisis epiléptica debemos:

- A) Mantener la vía aérea permeable.
- B) Determinar la glucosa capilar.
- C) Colocar al enfermo en decúbito lateral evitando que se lesione.
- D) Todas son correctas.

73 ¿Qué es cierto sobre el consumo continuado de alcohol?

- A) Después de 1 a 2 semanas de bebida diaria, se observa una tolerancia metabólica y farmacocinética, con un incremento de hasta 30% en la tasa de metabolismo hepático del etanol.
- B) Aparece tolerancia celular o farmacodinámica, a través de cambios neuroquímicos que mantienen un funcionamiento fisiológico relativamente normal, pese a la presencia de alcohol.
- C) Los individuos aprenden a adaptar su conducta, de manera que pueden funcionar mejor que lo esperado bajo la influencia del alcohol (tolerancia aprendida o conductual).
- D) Todas las respuestas anteriores son ciertas.

- 74 En el paciente con enfermedad neoplásica metastásica de origen desconocido, se recomiendan realizar de rutina todas estas pruebas complementarias, EXCEPTO:**
- A) TAC de tórax-abdomen-pelvis.
 - B) Mamografía en mujeres.
 - C) PET.
 - D) Bioquímica hepática.
- 75 Los objetivos del tratamiento del delirium en el paciente hospitalizado son todos los que se enumeran, EXCEPTO:**
- A) Corregir la causa subyacente.
 - B) Proporcionar un ambiente tranquilo y con objetos familiares.
 - C) Como tratamiento farmacológico puede ser necesario el uso de neurolépticos.
 - D) Realizar una historia farmacológica detallada, pues la toxicidad por fármacos representa el 50% de las causas de los delirium.
- 76 Entre los factores de riesgo de recurrencia de una crisis epiléptica, se encuentra:**
- A) Electroencefalograma patológico.
 - B) Neuroimagen patológica.
 - C) Examen clínico neurológico patológico.
 - D) Todas las respuestas anteriores son correctas.
- 77 Ante un paciente que presenta una anemia megaloblástica con niveles disminuidos de vitamina B12, pero con anticuerpos anti-factor intrínseco y anti-células parietales gástricas negativos, debería valorarse la posibilidad de un origen medicamentoso. ¿Cuál de los siguientes fármacos puede generar esta anemia por déficit de B12?**
- A) Metformina.
 - B) Omeprazol.
 - C) Colestiramina.
 - D) Todos los anteriores.
- 78 En relación a la Hemoglobinuria Paroxística Nocturna, todas las siguientes aseveraciones que siguen son correctas, EXCEPTO:**
- A) Se debe a mutaciones del gen PIG-A.
 - B) Suele darse en adultos jóvenes.
 - C) Su diagnóstico se establece mediante la prueba de Ham, el test de la sacarosa y, más recientemente, la demostración del déficit de distintos inhibidores del complemento, como el decay accelerating factor (DAF).
 - D) En su tratamiento se están obteniendo resultados esperanzadores con el uso de Tocilizumab.
- 79 Señale cuál de los siguientes parámetros es más discriminativo para diferenciar una anemia ferropénica de una anemia de origen infamatorio:**
- A) Sideremia.
 - B) Volumen corpuscular medio.
 - C) Índice de saturación de transferrina.
 - D) Ferritina sérica.

- 80 ¿Cuál de las siguientes mutaciones es característica de la Policitemia Vera, habiéndose establecido como un criterio mayor en los que propone para el diagnóstico de esta entidad la OMS en 2007?**
- A) Mutación de JAK2.
 - B) Mutación de BCR/ABL.
 - C) Mutación de NPM1.
 - D) Mutación de CEBPA.
- 81 El elemento imprescindible desde el punto de vista histopatológico, para establecer el diagnóstico de Linfoma de Hodgkin es:**
- A) La célula de Reed-Sternberg.
 - B) La célula de Rosai-Dorfman.
 - C) La presencia de histiocitosis sinusal marcada en los ganglios.
 - D) La presencia de granulomas epiteloideos en los ganglios.
- 82 A su unidad de día (Hospital de Día o Unidad de Continuidad Asistencial) le es remitida una mujer de 75 años para valorar inclusión en programa de transfusiones periódicas. Como antecedente relevante, presenta prótesis mitral metálica anticoagulada. El origen de la anemia crónica es secundario a angiodisplasias múltiples de intestino delgado identificadas en la video-cápsula endoscópica, no accesibles al tratamiento enteroscópico. Ha realizado tratamiento con Octeotride sin éxito, descartándose el resto de opciones terapéuticas. Señale la opción correcta respecto a la hemosiderosis postransfusional:**
- A) Es característico que aparezca a partir de la séptima unidad transfundida en un año.
 - B) Un hallazgo característico, que facilita el diagnóstico, es la elevación de la ferritina sérica por encima de 200 ng/mL, o del índice de saturación de transferrina (IST) por encima del 45%.
 - C) Se aconseja iniciar tratamiento a partir de una ferritina superior a 2.500-3.000 ng/mL.
 - D) El quelante de elección inicial es la Deferoxamina.
- 83 El diagnóstico de diabetes mellitus se basa en todos los siguientes criterios, EXCEPTO uno de los referidos a continuación:**
- A) Síntomas de diabetes más concentración de glucemia al azar ≥ 200 mg/dL o bien hemoglobina A1c $> 6,5\%$.
 - B) Glucemia capilar en ayunas ≥ 126 mg/dL.
 - C) Glucosa plasmática en ayunas ≥ 126 mg/dL.
 - D) Glucosa plasmática a las 2 h ≥ 200 mg/dL durante una prueba oral de tolerancia a la glucosa.

- 84 Referido al/los mecanismo/s de acción y efectos de los fármacos usados en el control glucémico y tratamiento de la diabetes mellitus, ¿cuál es la respuesta INCORRECTA de las siguientes?**
- A) Los análogos de GLP-1 intensifican la secreción de insulina estimulada por glucosa, suprimen el glucagón, enlentecen el vaciamiento gástrico, reducen el apetito y facilitan una pérdida de peso moderado.
 - B) Los inhibidores de la α -glucosidasa reducen la hiperglucemia postprandial estimulando la enzima que desdobra los oligosacáridos en azúcares simples en la luz intestinal.
 - C) Los inhibidores de DDP-IV inhiben la degradación de GLP-1 nativo y, por tanto, estimulan la secreción de insulina en ausencia de hipoglucemia; y no se asocian a aumento de peso.
 - D) Las tiazolidinedionas reducen la resistencia a la insulina mediante la unión al receptor nuclear PPAR-gamma, pero se asocian a un aumento de peso.
- 85 En relación a los fármacos inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (SGLT2), señale la respuesta correcta de entre las siguientes:**
- A) Los inhibidores SGLT2 inhiben la reabsorción de glucosa en el túbulo contorneado proximal renal, y aumentan así la excreción urinaria de glucosa.
 - B) El uso de inhibidores SGLT2 se asocia a un efecto diurético por arrastre de sodio y potasio.
 - C) El uso de inhibidores SGLT2 no se asocia a cetoacidosis, pues su mecanismo de acción no se relaciona con la secreción pancreática de insulina.
 - D) Los inhibidores SGLT2 pueden usarse de forma segura en pacientes con diabetes mellitus tipo LADA.
- 86 En el binomio "diabetes mellitus" y "riesgo cardiovascular", todas las siguientes proposiciones son correctas, EXCEPTO que:**
- A) En diabéticos tipo 2 e hipertensos deben conseguirse cifras de colesterol LDL menores a 70 mg/dL.
 - B) Resulta de utilidad la búsqueda de enfermedad arterial subclínica en pacientes diabéticos sin síntomas de enfermedad coronaria.
 - C) El riesgo vascular en pacientes diabéticos se relaciona con las cifras de glucemia y la duración de la diabetes.
 - D) En relación con el riesgo vascular, existe una sinergia entre hiperglucemia y otros factores de riesgo vascular.
- 87 ¿En qué situación de las siguientes NO es apropiado el uso de la insulina en un diabético tipo 2?**
- A) En el paciente hospitalizado.
 - B) En el paciente obeso con mala tolerancia a la Metformina.
 - C) En pacientes con mal control glucémico y HbA1c mayor de 10% o glucemia basal mayor de 300 mg/dL.
 - D) En pacientes con mal control glucémico (glucemia basal > 200 mg/dL) por la administración de corticoides.

88 En el manejo clínico del hipotiroidismo primario:

- A) En ancianos, sobre todo con cardiopatías, debe iniciarse el tratamiento con Levotiroxina a dosis de 1,6 mcg/Kg de peso/día.
- B) Existe criterio de tratamiento de un varón con hipotiroidismo subclínico si las cifras de TSH son superiores a 9 mUI/L.
- C) El parámetro fundamental a determinar es la tirotropina.
- D) Si se detecta una cifra elevada de TSH, debe determinarse la concentración de T3 libre para confirmar la presencia de un hipotiroidismo clínico.

89 En relación con el metabolismo del calcio, es cierto que:

- A) La PTH actúa directamente tanto en hueso como en riñón, e indirectamente en tubo digestivo, incrementando las concentraciones de calcio en plasma.
- B) Calcio iónico, vitamina D y FGF23 retroalimentan negativamente la producción de PTH.
- C) La calcitonina es una hormona hipocalcemiante con escaso papel en la homeostasis del calcio.
- D) Alrededor del 50% del calcio en sangre se encuentra ionizado, y la parte restante está unida iónicamente a proteínas de carga negativa (de manera predominante albúmina e inmunoglobulinas).

90 En un paciente normotenso, sin edemas, que no use diuréticos, con sodio en plasma de 125 mEq/L, osmolalidad de 261 mOsm/Kg y creatinina de 1 mg/dL, sospecharemos un síndrome de secreción inapropiada de ADH en todos los siguientes casos, EXCEPTO:

- A) Una bioquímica urinaria con sodio de 45 mEq/L y osmolalidad de 250 mOsm/kg.
- B) Una bioquímica urinaria con sodio de 19 mEq/L y osmolalidad de 100 mOsm/Kg.
- C) Ausencia de clínica y analítica de hipotiroidismo o insuficiencia suprarrenal.
- D) Uso de antidepresivo inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina.

91 Señale lo INCORRECTO en relación con la dislipemia familiar combinada:

- A) El origen de la dislipemia familiar combinada es un trastorno poligénico, con herencia autosómica dominante, y aparece en 1-2% de la población.
- B) Su prevalencia es hasta el 20% en los supervivientes de un infarto de miocardio en menores de 60 años, y alcanza el 38% en los que sobreviven a un infarto de miocardio antes de los 40 años.
- C) Los pacientes con dislipemia familiar combinada deben disminuir el consumo de carbohidratos sencillos, realizar ejercicio aeróbico, evitar el sobrepeso y ser tratados preferentemente con fibratos.
- D) En la dislipemia familiar combinada hay un incremento de VLDL, LDL, apoB y frecuentemente una menor concentración de HDL, provocando un fenotipo variable a lo largo del tiempo de hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia o ambas.

- 92 Según los criterios del NCEP-ATPIII (Programa Nacional de Educación sobre Colesterol; III Panel de Expertos sobre Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipercolesterolemia en Adultos), NO forma parte de la definición del síndrome metabólico:**
- A) HDLc menor de 40 mg/dL en varones y menor de 50 mg/dL en mujeres.
 - B) Triglicéridos en ayunas por encima de 150 mg/dL.
 - C) Obesidad central.
 - D) Presión arterial sistólica mayor de 140 mmHg y diastólica mayor de 90 mmHg.
- 93 Señale el enunciado correcto en relación con la obesidad:**
- A) Un IMC entre 25 y 30 implica la existencia de sobrepeso y, por encima de 30, obesidad.
 - B) La obesidad está relacionada con la diabetes mellitus tipo 2, enfermedad cardiovascular, trastornos reproductivos, enfermedad pulmonar, enfermedad hepatoiliar, enfermedad osteoarticular y cáncer.
 - C) La obesidad está relacionada con dislipemia, esteatosis hepática y demencia a edad avanzada.
 - D) Todas las respuestas anteriores son ciertas.
- 94 En relación con la prevención de infecciones nosocomiales de vías urinarias, NO es una recomendación general acertada:**
- A) Colocar sondas vesicales sólo cuando haya una necesidad absoluta.
 - B) Usar equipos y técnica asépticos para colocar sonda uretral, y para la instrumentación de la vía urinaria.
 - C) Minimizar la manipulación o abertura de sistemas de drenaje urinario.
 - D) En el paciente ingresado, una vez colocada una sonda vesical, se retirará antes del alta hospitalaria.
- 95 Para el tratamiento por el VIH, NO es cierto que:**
- A) Los regímenes basados en inhibidores de la transferencia de cadenas de la integrasa se toleran mejor y provocan menos interrupciones del tratamiento que los basados en inhibidores de la proteasa potenciados.
 - B) No debería iniciarse tratamiento con Abacavir sin disponer de negatividad frente a HLA-B5701.
 - C) Bictegravir/Emtricitabina/Tenofovir alafenamida puede ser un régimen adecuado en mujeres embarazadas.
 - D) Debe evitarse Tenofovir en caso de insuficiencia renal; y en pacientes con trastornos psiquiátricos deben evitarse Efavirenz y Rilpivirina.
- 96 En un paciente transplantado con células madre hematopoyéticas, que muestra signos y síntomas de infección, una de las siguientes afirmaciones es cierta:**
- A) En la diarrea de aparición precoz, es más frecuente la infección por Citomegalovirus.
 - B) En la infección respiratoria tardía, hay que valorar infecciones por Pneumocystis y Nocardia entre otros patógenos.
 - C) En la infección respiratoria precoz, es frecuente la participación de Toxoplasma y Citomegalovirus.
 - D) No es frecuente la infección tardía del sistema nervioso central por Toxoplasma.

97 Señale la respuesta FALSA en relación con la COVID-19:

- A) Muchos expertos recomiendan la profilaxis farmacológica de la enfermedad tromboembólica venosa para todos los pacientes hospitalizados con COVID19.
- B) Remdesivir ha demostrado clara eficacia en la reducción de mortalidad de pacientes con COVID-19 grave.
- C) Muchos expertos sugieren agregar Tocilizumab al tratamiento con Dexametasona en pacientes con COVID19 grave o progresiva.
- D) La evidencia más sólida de reducción de la mortalidad o de beneficio clínico hasta la fecha respalda el uso de Dexametasona, el antiviral Remdesivir, el anticuerpo monoclonal Tocilizumab y los anticuerpos monoclonales humanos específicos de SARS-CoV-2.

98 En relación a la atención sanitaria al paciente inmigrante o con enfermedades importadas, señale la respuesta INCORRECTA:

- A) En la población inmigrante suele existir una mayor incidencia de tuberculosis de localizaciones extrapulmonares, y mayores porcentajes de cepas resistentes a los fármacos antituberculosos de primera línea.
- B) Es frecuente el prurito en personas de raza negra durante el tratamiento con Cloroquina.
- C) Cualquier proceso febril, en un paciente que proviene de una zona endémica de malaria, ha de ser evaluado como si se tratase de una posible infección por el género Plasmodium.
- D) La diarrea en el inmigrante se asocia principalmente a agentes como amebas, Giardia, Cryptosporidium, Cyclospora y Balantidium coli, plasmodios y esquistosomas.

99 En el tratamiento de la artritis séptica, señale lo correcto:

- A) La administración de antibióticos sistémicos tras la toma de muestras para cultivo, y el drenaje de la articulación enferma, pueden evitar la destrucción del cartílago, la artropatía degenerativa posinfecciosa, la inestabilidad y la deformidad articular.
- B) Deben esperarse los resultados de los cultivos de líquido sinovial y hemocultivos para iniciar un tratamiento antimicrobiano bien dirigido.
- C) El tratamiento empírico debe incluir la administración de Vancomicina i.v. y esperar el resultado de los cultivos tomados para realizar un tratamiento dirigido.
- D) En general el pronóstico es favorable, y no es necesario el drenaje o el lavado de la articulación.

100 Con respecto al síndrome constitucional (asociación de astenia, anorexia y pérdida significativa de peso), señale la afirmación correcta:

- A) La anorexia y la pérdida de peso están presentes entre el 15 y el 40% de los pacientes con cáncer en el momento del diagnóstico.
- B) Las causas de síndrome constitucional incluyen un amplio diagnóstico diferencial y, por tanto, hay que hacer una historia clínica detallada para orientar los estudios complementarios.
- C) En pacientes mayores, determinados fármacos pueden ser responsables de la anorexia y el adelgazamiento.
- D) Todas las afirmaciones anteriores son verdaderas.

CASO PRÁCTICO 1:

Ante un paciente con focalidad neurológica aguda:

101 ¿Cuál de los siguientes criterios nos haría sospechar que estamos ante un ictus hemorrágico?

- A) Clínica de disartria-mano torpe.
 - B) Antecedente previo de ictus y tratamiento antiagregante.
 - C) Inicio brusco y cefalea intensa acompañante.
 - D) Febrícula.
-

CASO PRÁCTICO 2:

Hombre de 57 años y antecedentes de intolerancia a la lactosa, que ingresa por episodio de miopericarditis aguda sin diagnóstico etiológico. Durante el ingreso, la evolución fue favorable y sin complicaciones, salvo infección del tracto urinario por *Ureaplasma urealyticum*. Es dado de alta, manteniendo buena adherencia al tratamiento con AAS y Colchicina. Reingresa a los 15 días por episodio de pancreatitis litiasica grado E de Balthazar. Al 4º día del ingreso presenta un primer episodio de gonartritis izquierda, expresada por dolor y aumento de partes blandas sin eritema, que alcanzan la mayor intensidad en 72 horas. Analíticamente: leucocitosis de $15.200/\text{mm}^3$ (N 94%), VSG 45 mm/h, PCR 14,5 mg/dl, A. úrico 5,5 mg/dl con FGe de 74 ml/min/m². ANA, FR, Ac antipeptido citrulinado, Serologías VIH, sífilis y virus hepatotropos negativos. HLA- B27 positivo. Se realiza artrocentesis diagnóstica, con extracción de 7 cc de líquido turbio con $23.075 \text{ leuc}/\text{mm}^3$ de predominio neutrófilo, con tinción de Gram sin identificación de gérmenes, ni cristales (microscopio de luz polarizada) y sin crecimiento microbiológico.

102 Señale el diagnóstico MENOS probable, con los datos referidos:

- A) Artritis gotosa.
- B) Artritis reactiva.
- C) Artritis asociada a psoriasis.
- D) Artritis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal.

103 En los días siguientes, el paciente presenta dolor en la región posterior del calcáneo, conjuntivitis bilateral e indolora y vesículas indoloras en el glande, que se rompen fácilmente, dejando úlceras superficiales y eritematosas. Indique, en esta situación, el origen más frecuente de la artritis:

- A) Artritis asociada a psoriasis.
- B) Artritis asociada a Lupus.
- C) Espondiloartritis anquilosante.
- D) Artritis reactiva.

104 Con el diagnóstico de presunción establecido, señale el fármaco y dosis que utilizaría como primera elección en el tratamiento de esta monoartritis:

- A) Naproxeno 250 mg en monodosis diaria.
- B) Naproxeno 500 mg cada 12 horas.
- C) Colchicina 1,5 a 2 mg al día.
- D) Prednisona oral, a dosis máxima de 40 mg al día.

105 Tras utilizar tratamiento con dos tipos distintos de AINEs a dosis aconsejadas durante 4 semanas, corticoides intraarticulares en dos ocasiones y 10 mg de prednisona oral durante un total de 6 meses, el paciente continúa con síntomas. ¿Cuál es el tratamiento que propondría a continuación?

- A) Metotrexato a dosis iniciales de 25 mg a la semana, ascendiendo hasta un máximo de 50 mg al día.
- B) Azatioprina a dosis entre 50 y 150 mg, una o dos veces al día.
- C) Sulfasalazina hasta un máximo de 3 gramos al día.
- D) Terapia biológica con un anti-TNF.

CASO PRÁCTICO 3:

Un paciente varón, de 57 años de edad, refiere antecedentes de tabaquismo (42 paq-año), consumo enólico crónico no cuantificado, hipertensión arterial y broncopatía crónica obstructiva. Su tratamiento farmacológico habitual incluye Tiotropio inhalador y una combinación fija diaria de Enalapril 20 mgr + Hidroclorotiazida 12,5 mgr. Refiere una historia de 8 meses de evolución de crecimiento progresivo del volumen de su abdomen, junto con sensación de hinchazón. No refiere dolor abdominal ni cambios significativos en el aspecto y ritmo de las deposiciones. No ha tenido fiebre. En la exploración se aprecian algunas telangiectasias cutáneas, marcado incremento del perímetro abdominal con signos sugestivos de ascitis y edemas distales de miembros inferiores sin signos de trombosis. No se aprecian visceromegalias ni ingurgitación yugular, y la auscultación cardio-pulmonar no muestra alteraciones.

106 Al realizar pruebas diagnósticas a este paciente, ¿cuál de los siguientes resultados esperaría encontrar con MENOS probabilidad?

- A) Sodio plasmático de 126 mEq/l.
- B) Recuento plaquetario de 850.000/mm³.
- C) Urea en plasma de 86 mgr/dl.
- D) Serología positiva para virus de la hepatitis C.

107 En el análisis del líquido ascítico obtenido tras paracentesis en este paciente, esperaría encontrar con MENOS probabilidad una de las siguientes alteraciones:

- A) Recuento leucocitario de 150/mm³.
- B) Nivel de proteínas de 1,5 gr/dl.
- C) Aspecto claro, sin turbidez.
- D) Gradiente de albúmina suero-ascitis de 0,5 gr/dl.

108 Uno de los siguientes hallazgos ecográficos es MENOS probable en este paciente:

- A) Diámetro de la vena porta de 9 mm.
- B) Velocidad del flujo portal de 7 cm/segundo.
- C) Visualización de colaterales espleno-renales.
- D) Esplenomegalia sin lesiones nodulares.

109 En el tratamiento farmacológico de este paciente, ¿cuál de los siguientes fármacos NO utilizaría?

- A) Eplerenona.
- B) Furosemida.
- C) Amiloride.
- D) Acetazolamida.

110 Si nuestro paciente comienza con fiebre y dolor abdominal, y el recuento leucocitario en líquido ascítico asciende a $550/\text{mm}^3$, ¿cuál de las siguientes medidas terapéuticas le parece MENOS adecuada?

- A) Beta-bloqueante como tratamiento de la hipertensión portal.
- B) Tratamiento antibiótico empírico con Ceftriazona.
- C) Tratamiento antibiótico empírico con Ciprofloxacino si existe intolerancia a beta-lactámicos.
- D) Tratamiento antibiótico empírico con Cefotaxima.

CASO PRÁCTICO 4:

Acude a nuestra consulta un varón de 65 años porque se le han detectado cifras de TA elevada, para su estudio. Niega alergias a fármacos, es fumador, no padece patologías interrogado por aparatos. Tiene una estatura de 165 cm, un peso de 85 Kg, un perímetro abdominal 96 cm. Nos aporta registro de TA y calculamos una media de 145/95 mmHg.

111 Señale la respuesta correcta:

- A) El paciente tiene un IMC de 29, por lo que debemos recomendarle que reduzca peso.
- B) El paciente tiene un IMC en rango de obesidad, y el perímetro abdominal indica que hay un predominio de grasa visceral (obesidad central).
- C) Podemos decir que el paciente tiene un síndrome metabólico y actuaremos en consecuencia.
- D) Se considera que un perímetro abdominal en varones > 94 cm es indicador de obesidad central, con independencia de la etnia de enfermo, según el criterio de la Federación Internacional de Diabetes.

112 Al enfermo anterior le hemos solicitado algunas analíticas y se muestran los resultados. Glucemia basal 115 mg/dL, urea 35 mg/dL, Cr 0.95 mg/dL, colesterol total 201 mg/dL, triglicéridos 162 mg/dL, HDLc 45 mg/dL, LDLc 124 mg/dL, úrico 8 mg/dL. Señale la respuesta INCORRECTA:

- A) Se puede calcular que el Score de riesgo vascular de este enfermo implica un riesgo moderado de muerte por evento vascular a 10 años.
- B) La hiperuricemia del enfermo no forma parte de la definición de síndrome metabólico.
- C) El enfermo acumula 4 de los 5 criterios definitorios de síndrome metabólico según la Federación Internacional de Diabetes de 2005.
- D) El enfermo presenta una glucemia basal alterada.

113 Continuando con el enfermo anterior, usted le propondría las siguientes recomendaciones terapéuticas, EXCEPTO:

- A) Dieta pobre en sal e hipocalórica (enriquecida en frutas, verduras, cereales integrales, aves magras y pescado) y ejercicio aeróbico al menos 1 hora al día casi a diario, adaptado a su capacidad funcional, con el objetivo de perder al menos un 10% del peso en los próximos meses.
- B) Inicio de un fármaco hipotensor, por ejemplo un IECA. Además, una estatina de alta potencia para reducir la cifra de LDLc por debajo de 70 mg/dL.
- C) Puede ofrecerse el uso de Metformina para reducir la resistencia a la insulina. Indicaremos una estatina con el objetivo de reducir la cifra de colesterol LDL por debajo de 100 mg/dL.
- D) Puede ofrecerse el uso de Pioglitazona para reducir la resistencia a la insulina.

CASO PRÁCTICO 5:

En su actividad de soporte de las áreas quirúrgicas, le avisan para valorar un hombre de 74 años, que estando en espera de artroplastia total de cadera derecha, presenta lo que por la descripción que le realizan el familiar y la enfermería, ha parecido ser una crisis convulsiva tónico-clónica generalizada, con posible aspiración de contenido gástrico. En la revisión de su historia, no hay antecedentes de interés salvo la osteoartritis de cadera derecha y, excepto analgésicos, no utiliza otra medicación. Su familia indica que desde hace unos meses presentaba cialgia derecha sin respuesta completa al tratamiento analgésico de primera línea/antiinflamatorio habitual, con progresivo cansancio y, en los últimos días, tendencia al sueño. Dispone hace dos meses -durante evaluación del dolor pélvico/cialgia- de hemograma, función renal y TAC con contraste de abdomen sin hallazgos significativos. Cuando lo valora, aún está postcrítico, sin fiebre, movilizando espontáneamente los 4 miembros, con glucemia capilar 106 mg/l, estabilidad hemodinámica, frecuencia respiratoria 16 v/m y SatO2 99% con cánulas nasales a 1 litro/m. No hay semiología de neumonitis aspirativa ni hallazgos significativos en su exploración general más reglada. En los exámenes complementarios actuales presenta Hb de 8,2 g/dL normocítica/normocrómica con IST 16% y Ferritina 142 µg/dL, con cifras normales de leucocitos y plaquetas y con normalidad de bioquímica hepática, incluyendo LDH. Creatinina 2,9 mg/d con FGe de 48 ml/min/m². Calcio (corregido por proteínas totales) de 13,73 gr/dl, calcio iónico elevado y normalidad del resto de iones, incluyendo el fósforo. Proteínas totales 10,1 g/dL. El TAC de cráneo con contraste y la radiografía de tórax urgente muestran parénquima

cerebral y pulmonar normales respectivamente.

114 Con estos datos, ¿a cuál de las siguientes causas atribuiría con mayor probabilidad la crisis convulsiva?

- A) Epilepsia por enfermedad vascular cerebral.
- B) Hipercalcemia por gammapatía monoclonal.
- C) Hipercalcemia por hiperparatiroidismo secundario.
- D) Hipercalcemia por metástasis óseas secundarias a adenocarcinoma de colon.

115 El laboratorio le informa que, en la extensión de sangre periférica, se visualizan hematíes agrupados en forma de pilas de monedas, y que ha identificado mediante inmunofijación una elevación de cadenas ligeras. Con estos hallazgos, ¿cuál sería su primer diagnóstico de presunción?

- A) El diagnóstico más probable es mieloma múltiple.
- B) Consideraría que es un mieloma quiescente.
- C) La primera opción sería una enfermedad metastásica de un plasmocitoma extramedular intestinal.
- D) La primera opción sería un plasmocitoma óseo de cadera.

116 Tras el diagnóstico de presunción que ha establecido, ¿qué prueba considera que le será más rentable para asegurar el diagnóstico?

- A) Colonoscopia.
- B) Gammagrafía ósea.
- C) Inmunofijación de una muestra de orina.
- D) Muestra de médula ósea.

117 Ante el desarrollo de una insuficiencia renal AKI-II en el contexto de la enfermedad de este paciente, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

- A) La causa del daño renal es la toxicidad glomerular de la hipercalcemia.
 - B) La corrección de la hipercalcemia en esta situación clínica, no condiciona la evolución de la insuficiencia renal AKIN-II.
 - C) El daño renal es probablemente debido a microangiopatía trombótica asociada al cáncer de colon.
 - D) En este caso, la proteinuria es más probable que tenga un patrón tubular.
-

CASO PRÁCTICO 6:

Se le consulta un paciente varón de 56 años de edad, que refiere como únicos antecedentes tabaquismo prolongado no cuantificado, además de hipertensión arterial que trata de manera efectiva con una combinación diaria de Ramipril 5 mgr y Amlodipino 5 mgr. Refiere una historia de 1 año de evolución consistente en disnea ante esfuerzos moderados, que se ha ido incrementando progresivamente, llegando a limitar sus actividades cotidianas y la capacidad de deambulación. No refiere dolor torácico, ortopnea, crisis de disnea paroxística nocturna, ni claudicación, y sí tos intermitente con expectoración mucoide clara. No ha tenido fiebre ni ingresos hospitalarios por esta sintomatología. En la exploración, no hay disnea en reposo, y la pulsioximetría muestra una saturación de oxígeno de 93%. No hay cianosis,

ingurgitación yugular, visceromegalias ni edemas. Existe hipoventilación pulmonar global, sin estertores y obesidad abdominal (perímetro=121 cm). En análisis disponibles de sangre y orina no hay alteraciones significativas, a excepción de una hipertrigliceridemia de 198 mgr/dl. El electrocardiograma muestra ritmo sinusal con imagen de hemibloqueo izquierdo anterior. La Rx de tórax muestra tendencia a la horizontalidad de los arcos costales y cierto aplanamiento de ambos hemidiafragmas, sin condensaciones, nódulos, infiltrados ni derrame pleural.

118 ¿Cuál de los siguientes diagnósticos considera inicialmente más probable?

- A) Neumopatía intersticial.
- B) Infección COVID.
- C) Asma bronquial.
- D) Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

119 En el paciente anterior, ¿cuál de las siguientes alteraciones en pruebas diagnósticas NO esperaría encontrar?

- A) Nivel sérico normal de péptido natriurético (NT-proBNP).
- B) Incremento de la capacidad de difusión de monóxido de carbono (DLCO).
- C) Nivel sérico normal de alfa-1-antitripsina.
- D) Presión arterial de carbónico (PaCO₂) en valor normal.

120 ¿Cuál de las siguientes alteraciones espirométricas NO esperaría encontrar en este paciente?

- A) Descenso de la capacidad vital (CV).
- B) Descenso del volumen residual (VR).
- C) Aumento de la capacidad residual funcional (CRF).
- D) Descenso del volumen espiratorio máximo post-broncodilatación en el primer segundo (VEMS).

121 Según la iniciativa global para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (GOLD) y el grado de disnea referido por el paciente, que puede etiquetarse como grado de 2 de la mMRC (escala modificada del Medical Research Council), podemos clasificar a este paciente como:

- A) GOLD A.
- B) GOLD B.
- C) GOLD D.
- D) GOLD E.

122 Aparte de las medidas no farmacológicas, ¿cuál de las siguientes pautas de tratamiento inhalatorio indicaría en este paciente?

- A) Agonista beta de larga duración + antagonista muscarínico de larga duración.
- B) Antagonista muscarínico de larga duración + agonista beta de corta duración.
- C) Si el recuento de eosinófilos en sangre es superior a 300/microlitro, corticoide inhalado a dosis altas en monoterapia.
- D) Antagonista muscarínico de acción prolongada en monoterapia.

CASO PRÁCTICO 7:

Varón de 86 años que es llevado a consulta por su hijo porque desde hace tiempo suele comer mal; no ha perdido peso ni tampoco especialmente el apetito. Vida poco activa, sale poco a la calle. Es hipertenso y no refiere otros antecedentes patológicos por aparatos. En la exploración física no hay nada llamativo. En la analítica general se observa una función renal normal, perfil lipídico normal, albúmina 3 g/dL, calcio 10.6 mg/dL y fósforo 2.3 mg/dL.

123 Ante este paciente, ¿cuál de las siguientes considera que es la actitud más correcta?

- A) No hay nada preocupante. Hay cierto grado de desnutrición proteica que podría corregirse con suplementos nutricionales.
- B) Hay un cierto grado de desnutrición proteica que podría corregirse con suplementos nutricionales. No parece existir un cuadro constitucional completo, pero sería adecuado su seguimiento por si debiera iniciarse un estudio más profundo más adelante.
- C) Además de suplementos nutricionales y vigilancia a medio plazo, solicitaremos PTH intacta y calciuria de 24h.
- D) Cuando se corrija la hipoalbuminemia se valorará si hay algún trastorno metabólico adicional: una hipoalbuminemia provoca múltiples anomalías de laboratorio por ser la albúmina transportadora de hormonas e iones.

124 En el enfermo anterior se han recibido nuevas analíticas: PTH 65 pg/mL (normal 10-55) y calciuria (de 24 horas) 84 mg (normal 100-200). Con estos resultados:

- A) No hay datos suficientes para enfocar el diagnóstico del enfermo.
 - B) Se trata de un hiperparatiroidismo normocalcémico.
 - C) Se trata de un hiperparatiroidismo primario aislado.
 - D) Se trata de un hiperparatiroidismo primario con déficit asociado de vitamina D, o bien un hiperparatiroidismo secundario a déficit de vitamina D. Otras causas quedan descartadas.
-

CASO PRÁCTICO 8:

Mujer de 54 años ingresada en planta de Medicina Interna por cuadro de obstrucción intestinal maligna secundaria a afectación del peritoneo por enfermedad metastásica de un adenocarcinoma de colon. Ha recibido hasta una cuarta línea de quimioterapia y actualmente se constata progresión de enfermedad clínica, bioquímica y radiológicamente (metástasis ganglionares, pulmonares, hepáticas y peritoneales en progresión). Exploración: Consciente y orientada, ECOG 2, caquexia. Hemodinámicamente estable. TA: 120/70mmHg, FC: 80 lpm. Edemas maleolares y en zonas declives. Abdomen timpánico, con palpación de masas, se auscultan ruidos metálicos.

125 Con respecto al tratamiento médico, ¿qué fármaco o qué medidas pueden ayudar a resolver el cuadro de obstrucción intestinal -al menos de forma transitoria- y al control de síntomas de esta paciente?

- A) Opioides.
- B) Dexametasona, Octreotide y Metoclopramida.
- C) Gastrografín.
- D) Todas las respuestas son correctas.

126 El cuadro de obstrucción intestinal es refractario al tratamiento médico, y se desestima tratamiento quirúrgico. Sin embargo los síntomas están controlados satisfactoriamente para la paciente. Ella, concedora de diagnóstico y pronóstico, rechaza sonda nasogástrica e hidratación, y consiente de forma explícita para una sedación paliativa en el momento de la agonía. Este escenario clínico está regulado jurídicamente, ¿en cuál de las siguientes leyes?

- A) Ley 41/2004, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- B) Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.
- C) Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte.
- D) En todas las leyes anteriormente citadas.

127 La evolución clínica de la paciente es muy lenta, de modo que comienza a aparecer en ella un sufrimiento existencial intenso, que consideramos refractario al abordaje integral que estamos realizando, y empieza a verbalizar un deseo de adelantar la muerte. Señale la respuesta INCORRECTA, de entre las siguientes aseveraciones:

- A) El deseo de muerte adelantada está definido como un elemento de complejidad en cuidados paliativos.
- B) Determinar la refractariedad en el sufrimiento existencial requiere continuidad asistencial, y necesita de competencias en atención psicológica y espiritual.
- C) La sedación intermitente podría ser un último recurso terapéutico antes de indicar una sedación paliativa continua por sufrimiento refractario.
- D) Para la indicación de una sedación paliativa, la paciente requiere estar en fase agónica.

CASO PRÁCTICO 9:

Nos es remitida a consulta, una mujer de 37 años que, desde hace 3 años aproximadamente y coincidiendo con los días más fríos del invierno, presenta episodios de palidez en los dedos de las manos seguidos de color violáceo. Además, tiene engrosamiento cutáneo y telangiectasias en los dedos de las manos, sin afectación proximal a codos ni rodillas. No hay otros síntomas y el resto de la exploración es normal. La capilaroscopia identifica dilataciones capilares con escasa pérdida capilar. En la analítica se identifica ANA IFI positivo con patrón nucleolar a título 1/320, anticuerpos anticentrómero, anti-RNA polimerasa III y anti U3-RNP positivos, con Anti Scl-70 negativo. Anti-DNA negativo, C3 y C4 normal.

128 ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

- A) Esclerodermia sistémica difusa.
- B) Esclerodermia sine esclerodermia.
- C) Esclerodermia sistémica limitada.
- D) Preeclerodermia.

129 Con las características clínicas y el patrón inmunológico referido, ¿cuál de las siguientes entidades se asocia con MENOR frecuencia a la enfermedad de la paciente?

- A) Crisis renal esclerodérmica.
- B) Enfermedad intersticial pulmonar.
- C) Insuficiencia pancreática exocrina.
- D) Hipertensión arterial pulmonar.

130 A los 2 años del diagnóstico, la paciente presenta progresiva oliguria e insuficiencia renal con TA 138/86 mmHg, anemia con esquistocitos, trombocitopenia, LDH elevada y un sedimento sin hematuria ni cilindros y con proteinuria leve. En esta situación, señale la opción correcta:

- A) La normotensión descarta que estemos ante una crisis renal esclerodérmica.
- B) Hay evidencia que el tratamiento profiláctico de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina pueda reducir la probabilidad de desarrollo o mejorar el pronóstico de esta entidad renal.
- C) La utilización de más de 15 mg al día de Prednisona en los meses previos, es un factor de riesgo para el desarrollo de esta afectación renal.
- D) La normotensión está asociada generalmente a un mejor pronóstico.

131 Siguiendo con el caso, ¿cuál es la patología pulmonar que tiene mayor prevalencia en los pacientes con estas características?

- A) Enfermedad pulmonar intersticial.
- B) Hipertensión arterial pulmonar.
- C) Tromboembolismo pulmonar.
- D) Bronquiolitis obliterante.

132 Pasados unos 10 años, la paciente es hospitalizada por presentar, desde dos meses previos aproximadamente, tos irritativa y disnea grado funcional II, con auscultación de crepitantes en ambas bases. Tiene una GSA basal con pO₂ 57, pCO₂ 37, pH 7,42 y SatO₂ 90%, y un TACAR de tórax, con patrón no habitual de esclerosis sistémica. En esta situación se decide realizar biopsia pulmonar. ¿Cuál es el tipo de enfermedad intersticial pulmonar que espera encontrar con mayor probabilidad?

- A) Neumonía intersticial descamativa.
- B) Neumonía intersticial linfoide.
- C) Neumonía intersticial usual.
- D) Neumonía intersticial no específica (NINE).

133 Una vez confirmado que la enfermedad pulmonar intersticial de esta paciente está asociada a la enfermedad esclerodérmica, señale cuál de los siguientes es un criterio para el inicio de tratamiento inmunosupresor:

- A) TACAR con afectación intersticial superior al 70% de extensión pulmonar y/o capacidad vital forzada inferior al 70% de la esperada en la espirometría.
 - B) PpaO₂ basal inferior a 70 mmHg.
 - C) Patrón NINE en el TACAR.
 - D) Induración cutánea distal a articulaciones interfalángicas proximales.
-

CASO PRÁCTICO 10:

Le remiten a su consulta a un varón de 52 años por trastorno de la memoria, del lenguaje y del estado anímico, progresivos a lo largo de los 3 años previos. El paciente y su familia referían olvidos fáciles, desorientación espacial en su localidad e incluso en su propio domicilio, torpeza al vestirse (aunque lo hacía y se aseaba de forma autónoma), y errores en la nominación progresivamente más acentuados. Se hallaba en baja laboral por no efectuar adecuadamente sus tareas (mecánico de coches), y no conducía por encontrarse inseguro. Reconocía a familiares y vecinos, pero olvidaba hechos recientes por los que volvía a preguntar de inmediato. Contaba con antecedentes de hipercolesterolemia, hipertensión arterial (leve), esteatosis hepática (diagnosticada 5 años por su digestólogo, aunque no aporta más informes), y síntomas depresivos. No consumía alcohol en exceso, y refería adelgazamiento en estos dos años (unos 15 kg), con ocasionales dolores abdominales tras las comidas, por lo que había sido medicado de manera empírica con Omeprazol, además de Pravastatina, Mirtazapina y AINES para dolores articulares erráticos y ocasionales (muñecas, hombros, rodillas), que había atribuido a artrosis por su trabajo. Su madre sufrió una demencia (no catalogada) iniciada a la edad de 75 años. En su primera exploración, usted comprueba que está alerta, pero lento y dubitativo en sus respuestas, bien orientado en espacio y medianamente en tiempo (confunde fecha, día e incluso mes), olvidando detalles acerca de hechos acaecidos el mismo día. Nomina de manera apropiada los objetos usuales, pero con errores disfásicos en su lenguaje espontáneo, así como discalculia y dispraxia del vestido. La exploración física solo muestra exaltación difusa en los reflejos de estiramiento, sin Babinski, siendo el resto de su examen y fondo de ojo normales. Resultó normal la siguiente analítica de sangre: hemograma, VSG, TSH, T4 libre, bioquímica general, hepática y renal, B12, fólico, calcio, cobre, ceruloplasmina, complemento, serología a lúes y Brucella spp. Una resonancia magnética cerebral sin contraste se informó como normal.

134 Con la información aportada hasta este momento, ¿cuál de estos diagnósticos le parece más probable?

- A) Enfermedad de Alzheimer.
- B) Demencia vascular.
- C) Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.
- D) Síndrome paraneoplásico.

135 El paciente había sido evaluado, seis meses antes, por un neurólogo privado que le prescribió tratamiento con Rivastigmina, en dosis ascendentes hasta 6 mg diarios. No obstante, su evolución clínica había sido desfavorable, acentuándose el deterioro cognitivo y apareciendo un parkinsonismo tembloroso, así como alucinaciones visuales, muy ocasionales, por lo que se había añadido tratamiento con Ropinirol (1,5 mg/día), Memantina (20 mg/día), Bromazepam (6 mg/día), y 800 mg/día de L-Dopa/Carbidopa, también sin respuesta. Usted decide entonces ampliar el estudio. ¿Cuál de las siguientes pruebas complementarias realizaría?

- A) EEG.
- B) SPECT cerebral.
- C) Estudio genético.
- D) Todas las anteriores.

136 Se efectuó un EEG que sólo mostró discreta lentificación difusa inespecífica. La SPECT cerebral mostró hipocaptación bilateral, más acusada en estriado izquierdo. Una nueva resonancia magnética cerebral (de nuevo sin contraste, a pesar de solicitarlo) mostró atrofia cerebral difusa, sin predominio focal. El estudio genético de la proteína asociada a microtúbulos Tau no detectó mutaciones en dicho gen. En los siguientes tres meses aparecieron, como hallazgo relevante, amiotrofias difusas y una miorritmia óculo-masticatoria, consistente en movimientos continuos rítmicos de convergencia de los ojos con contracciones de los músculos masticatorios. En este momento, ¿qué nueva prueba indicaría para confirmar el diagnóstico?

- A) Determinación de anticuerpos antireceptor de acetilcolina en sangre.
- B) Biopsia duodenal.
- C) RNM cerebral con contraste.
- D) Electromiograma.

CASO PRÁCTICO 11:

Se le remite para estudio un paciente varón de 35 años de edad por hipertensión arterial recientemente detectada. No constan antecedentes familiares significativos. Entre sus antecedentes personales no figuran hábitos tóxicos. Realiza ejercicio físico suave irregularmente. Consta una intervención en la infancia por torsión testicular. No tiene antecedentes patológicos ni toma medicación alguna de forma habitual, excepto que ahora tiene una reciente prescripción de Enalapril 10 mgr al día. Las auto-medidas ambulatorias de tensión arterial muestran cifras en torno a 160-170/90-95 mm Hg, sin predominio horario específico, con frecuencias cardíacas en torno a 75 spm. En la exploración, el peso es de 71 Kgr y la talla de 175 cm (IMC=23,2), y no hay hallazgos patológicos generales. El valor del índice tobillo-brazo es de 1,1. En los análisis, el filtrado glomerular es de 92 ml/min, el nivel sérico de TSH es normal, el sodio plasmático es de 138 Meq/l y el potasio de 2,4 Meq/l. La orina es normal, con un cociente albúmina/creatinina de 2,3 mgr/gr de creatinina. Constan valores similares en análisis previos. La radiografía simple de tórax es normal y el electrocardiograma muestra un ritmo sinusal normal, sin alteraciones del eje cardíaco ni de la repolarización.

137 En los estudios complementarios que realizaría a continuación, ¿cuál de los siguientes hallazgos esperaría encontrar con MENOR probabilidad?

- A) Actividad de renina plasmática reducida.
- B) Cociente entre la concentración de aldosterona y la actividad de renina en plasma incrementado.
- C) Nivel de potasio urinario descendido.
- D) Concentración de renina en plasma reducida.

138 Aunque no aparecen en nuestro paciente, todas las siguientes alteraciones electrocardiográficas podrían esperarse en este caso, SALVO una:

- A) Onda T prominente.
- B) Onda U visible.
- C) Prolongación del QT.
- D) Descenso del ST.

139 En el caso anterior, ¿cuál de los siguientes estudios complementarios ordenaría con MENOS probabilidad?

- A) Gammagrafía adrenal (Yodo-metil-bencil-guanidina).
- B) Tomografía axial computerizada abdominal.
- C) Eco-doppler de arterias renales.
- D) Resonancia nuclear magnética abdominal.

140 Todas las entidades relacionadas a continuación pueden producir alteraciones iónicas similares a las del paciente anterior y, por tanto, deben considerarse en el diagnóstico diferencial, EXCEPTO una. Indíquela:

- A) Acidosis tubular renal tipo 1.
- B) Síndrome de Liddle.
- C) Acidosis tubular renal tipo 2.
- D) Insuficiencia suprarrenal primaria.

141 En el tratamiento farmacológico de este paciente, ¿cuál de los siguientes medicamentos NO utilizaría?

- A) Amiloride.
- B) Hidroclorotiazida.
- C) Eplerenona.
- D) Espironolactona.

CASO PRÁCTICO 12:

Al llegar al hospital, usted revisa la historia de un paciente que ha ingresado en una de sus camas: se trata de un paciente de 81 años ex-fumador de unos 20 cigarrillos/día desde los 15 hasta los 63 años, hipertenso y diabético tipo 2, con una cardiopatía isquémico-hipertensiva crónica, una EPOC tipo bronquitis crónica, y una enfermedad renal crónica manejando creatinina basal de 1,5-1,8 mg/dL. Ahora ingresa por cuadro de Insuficiencia Cardíaca descompensada en el contexto de una fibrilación auricular (FA) con respuesta ventricular rápida, de cronología incierta. Revisando las pruebas realizadas hasta ahora, presenta: RX de tórax: hilos congestivos y redistribución vascular a vértices pulmonares. EKG: FA a 120 lpm. Analítica básica con Hb de 10,5

g/dL y creatinina de 2,2 mg /dL. Resto normal. Cuando entra en la habitación el paciente se encuentra con buen nivel de conciencia con TA de 140/90 mmHg, saturando al 95% con gafas nasales a 2 l/min, con crepitantes en bases y ligeros edemas maleolares.

142 ¿Cuál sería el siguiente paso en la valoración del paciente?

- A) Completar la historia clínica, incluyendo una valoración geriátrica integral.
- B) Solicitar una ecocardiografía, dado el episodio de descompensación actual.
- C) Solicitar un NT- proBNP, como marcador pronóstico de insuficiencia cardiaca.
- D) Solicitar estudio Holter de frecuencia cardiaca durante 24 horas, para valorar los periodos de FA.

143 Funcionalmente el paciente es independiente para todas las actividades básicas (con un I. Barthel calculado en 95 puntos), vive solo (viudo), tiene una buena pensión, y sus cuatro hijos le apoyan en lo necesario. Su medicación habitual prescrita es AAS 100 mg al día, Candesartán 16 mg al día, Furosemida 40 mg al día, Bisoprolol 2.5 mg al día, parche de Nitroglicerina de 10 mg de 9 a 23 horas, Atorvastatina 80 mg al día, Metformina-Alogliptina 1.000/12.5 mg cada 12 horas, Omeprazol 20 mg al día, Tiotropio-Olodaterol 2.5/2.5 una vez al día e Ipratropio 3-4 veces al día. El paciente refiere aumento de su disnea habitual en las últimas dos semanas junto con aumento de edemas de miembros inferiores. No refiere fiebre ni dolor torácico. Se realiza ecocardiografía a pie de cama que muestra unas cavidades izquierdas no dilatadas con fracción de eyección cualitativamente conservada. TAPSE de 20 mm y ausencia de derrame pericárdico. La determinación de NT- proBNP es de 1.956 pg/mL y las enzimas cardiacas seriadas no muestran curva. La PCR es de 7 mg/L. A las 48 horas del ingreso, a pesar de tratamiento correcto con diuréticos y control de la frecuencia cardíaca, el paciente entra en fallo ventricular izquierdo, que no responde a las medidas iniciadas en planta, que han incluido administración de Morfina, bolos de diuréticos, perfusión de Nitroglicerina endovenosa así como ventilación mecánica no invasiva. En esas circunstancias avisa usted a UCI. Cuando acuden los intensivistas a valorar al paciente, les surgen dudas sobre la indicación de traslado e ingreso en UCI, dado que por sus comorbilidades, edad y situación, estiman que la intubación y ventilación mecánica invasiva serían puro encarnizamiento terapéutico. ¿Cuál piensa que es la actitud más correcta por su parte?

- A) Probablemente el techo terapéutico del paciente esté en lo que se está haciendo en la planta de hospitalización de agudos, dada su edad y su comorbilidad; trasladarlo a UCI podría considerarse encarnizamiento-uso indebido de recursos.
- B) Es un paciente pluripatológico y mayor, pero con una situación basal buena, por lo que habría que estratificar su pronóstico con alguna herramienta validada, como el índice PROFUND, para así tomar la mejor decisión.
- C) Es un paciente con muchas comorbilidades y avanzada edad; el índice de Charlson, que es el índice más actualizado en la valoración pronóstica de pacientes de edad avanzada, es de 9 puntos (ajustado por edad), lo que le supone un riesgo de muerte a los 12 meses del 85%. No escalaría por tanto en medidas más agresivas.
- D) Se trata de una situación de emergencia vital por un edema agudo de pulmón refractario y, en estos casos, siempre hay que escalar con todas las medidas a nuestro alcance, por lo que insistiría en el ingreso en UCI.

144 El paciente se traslada finalmente a la UCI, en la que permanece dos semanas. Estuvo 6 días sometido a ventilación mecánica, con soporte de aminas. Tras la extubación, progresivamente fue mejorando su situación cardiorrespiratoria y general, pudiendo realizarse de nuevo el traslado a planta de hospitalización en el día de ayer. En las últimas pruebas complementarias antes del alta de la UCI, destacaba un ECG en fibrilación auricular con un ritmo ventricular controlado a 80 spm, y en la analítica la Hb estaba en 9.2 g/dL, sin alteraciones en el resto de las series, la creatinina estaba en 1.5 mg/dL, y el resto de parámetros básicos e iones séricos estaban en rango. Se había realizado una ecocardiografía transtorácica que mostró una HVI con cavidades izquierdas de tamaño normal, calcificación del anillo mitral y aórtico con presencia de una doble lesión aórtica mínima, contractilidad conservada con una FE = 55-60%, cavidades derechas normales sin datos de disfunción sistólica (TAPSE = 20 mm); y un leve derrame pericárdico posterobasal. El tratamiento al alta de UCI consiste en: AAS 100 mg al día, Ramipril 2.5 mg cada 12 horas, Furosemida 20 mg i.v. cada 6 horas, Bisoprolol 2.5 mg al día por la noche, parche de Nitroglicerina de 10 mg de 9 a 23 horas, Atorvastatina 80 mg al día, Omeprazol 20 mg al día, Tiotropio 2.5 una vez al día, Formoterol-Budesonida dos inhalaciones cada 12 horas, aerosoles de Ipratropio nebulizado 4 veces al día, insulino-terapia en pauta bolo-basal, Bemiparina 7.500 mg s.c. al día, y Bromazepam 1.5 mg cada 12 horas. Cuando va a verlo encuentra al paciente con aceptable estado general, algo pálido, somnoliento y desorientado. Eupneico, con mínimos estertores húmedos en la auscultación en bases, pero saturando (con O2 en gafas a 2 l/m) a 97%. La temperatura es de 37.2 °C. El resto de la exploración por órganos y aparatos resulta anodina. Trae una vía con sueroterapia, y una sonda vesical, así como protectores acolchados en los talones y recomendación de cambios posturales frecuentes por úlcera (de pequeño tamaño y grado 2) en región sacra. ¿Qué atención priorizaría ahora en el abordaje de este paciente?

- A) Tratar la anemia (lo cual mejoraría secundariamente el resto de patologías) y descartaría entidades como una neoplasia gastrointestinal, o un síndrome mielodisplásico: le haría un TAC abdominal, una endoscopia oral y una colonoscopia.
- B) Priorizaría en la reestratificación de su cardiopatía coronaria: haría un test de isquemia miocárdica (gammagrafía de perfusión miocárdica o ecocardiografía de estrés) y, según resultados, eventualmente una nueva coronariografía.
- C) Priorizaría en el abordaje de los síndromes geriátricos que presenta tras dos semanas de hospitalización por enfermedad grave (delirio, inmovilidad, úlceras por presión, desnutrición...); así mismo, comenzaría actuaciones de abordaje sociofamiliar.
- D) Priorizaría en el abordaje del síndrome confusional: hay que descartar por tanto patología estructural cerebral, por lo que realizaría una TAC de cráneo, un EEG y eventualmente una punción lumbar para descartar una infección del SNC.

CASO PRÁCTICO 13:

Mujer de 65 años, con síndrome obesidad-hipoventilación en la que han ido apareciendo edemas que han ido aumentando progresivamente y que se han tratado con dosis progresivamente crecientes de Furosemida hasta alcanzar 120 mg al día. En la analítica la glucemia es de 95 mg/dL, urea 60 mg/dL, Cr 1.2 mg/dL, sodio 145 mEq/L, potasio 3 mEq/L, pH 7.44, paO2 55 mmHg, paCO2 58 mmHg, y HCO3 38.

145 ¿Qué trastorno del equilibrio ácido-base presenta la enferma?

- A) Ninguno, el pH es normal.
- B) Se trata de una acidosis respiratoria crónica compensada.
- C) Presenta una alcalosis metabólica pura.
- D) Se observa un trastorno mixto, una alcalosis metabólica y una acidosis respiratoria.

146 En la paciente discutida en la pregunta anterior, ¿cuál sería la actitud terapéutica más adecuada?

- A) Añadir BIPAP a su tratamiento.
- B) Investigar la toma subrepticia de fármacos.
- C) Intensificar el tratamiento diurético con Furosemida, y vigilar los gases arteriales por si precisara iniciar BIPAP.
- D) Retirar el tratamiento con Furosemida, e iniciar tratamiento con Acetazolamida oral durante unos días.

CASO PRÁCTICO 14:

En una endocarditis infecciosa sobre válvula nativa por Staphylococcus meticilín-resistente:

147 ¿Cuál de los siguientes antibióticos considera más apropiado?

- A) Cloxacilina.
- B) Nafcilina.
- C) Cefazolina.
- D) Vancomicina.

CASO PRÁCTICO 15:

Está elaborando una dieta equilibrada para una de sus pacientes de consulta, que es una mujer de 52 años de edad y 60 kg de peso (con IMC normal), con actividad física moderada.

148 Son correctas las siguientes recomendaciones generales, EXCEPTO:

- A) Necesita 1 - 1,5 mL de agua/Kcal consumida.
- B) Su dieta debería contener un mínimo de 10 - 14% de calorías en proteínas.
- C) Su dieta debería contener un mínimo de 45 - 55% de calorías en carbohidratos.
- D) Su dieta debería contener un mínimo de 35% de calorías en grasas, menos de una tercera parte de ellas en forma saturada o trans.

CASO PRÁCTICO 16:

Ingresa en sus camas una paciente de 81 años con un síndrome febril de foco respiratorio. Entre sus antecedentes destaca una HTA de 5 años de evolución, en tratamiento con Enalapril 10 mg al día, y un hipotiroidismo en tratamiento sustitutivo con 75 ugr de Levotiroxina. Además tiene prescrito AAS 100 mg al día y Lorazepam 1 mg por la noche. La paciente es dependiente para las actividades básicas de la vida diaria, con un índice de Barthel de 50 puntos, y tiene un deterioro cognitivo leve con Pfeiffer de 3 errores. Vive con una cuidadora asalariada. La clínica actual es de fiebre,

tos y expectoración purulenta de 3 días de evolución. Desde el punto de vista analítico destaca leucocitosis de 17.000/mm³ con neutrofilia, Hb de 10,9 g/dl (normocítica-normocrómica) y plaquetas normales. Función renal e iones normales. PCR de 129 mg/dl. Antigenuria a neumococo y Legionella spp negativas. RX de tórax con condensación basal derecha. Usted inicia tratamiento antibiótico, con buena evolución desde el punto de vista respiratorio, pero la paciente presenta cuadros de agitación nocturna con somnolencia diurna. Al tercer día de ingreso aún no se ha sentado, y no tiene deposiciones desde hace seis días.

149 Con respecto al delirium en esta paciente, ¿con cuál de las siguientes combinaciones de actuaciones lo manejaría?

- A) Traslado a habitación individual y benzodiazepinas de acción ultracorta para conseguir el descanso nocturno; movilización precoz; suplementos nutricionales y abordaje de la impactación fecal con enema de limpieza.
- B) Movilización precoz; medidas de preservación cognitiva y Haloperidol intravenoso si agitación nocturna.
- C) Asegurar la renutrición, si es necesario con colocación precoz de sonda nasogástrica; evitar benzodiazepinas, iniciar Olanzapina a dosis bajas nocturna y rescates puntuales nocturnos con Haloperidol i.m.
- D) Abordaje de la impactación fecal mediante laxantes y enemas; sedestación precoz; medidas de preservación cognitiva; suspender Bromazepam, iniciar Olanzapina a dosis bajas nocturnas y rescates puntuales nocturnos con Haloperidol i.m.

150 ¿Cuál cree que es la actitud más correcta, desde la perspectiva del apoyo a la movilización de la paciente, mientras está hospitalizada?

- A) Realizar un informe de traslado a centro específico de rehabilitación y convalecencia, para que se atiendan integralmente todos estos aspectos.
- B) Alta a domicilio aunque aún no se haya sentado, e iniciar la rehabilitación precozmente en su domicilio.
- C) Marcar unos objetivos de movilización progresiva por días mientras esté en el hospital: realizar paulatinamente movilizaciones en la cama, sedestación y control del tronco en la cama, sedestación a sillón, bipedestación y finalmente deambulación con ayudas a la marcha.
- D) La fragilidad y secuelas actuales de la paciente no permiten mucha progresión rehabilitadora, por lo que llamaría al Servicio de Rehabilitación para programa de adiestramiento y adaptación a la dependencia y terapia ocupacional en cama.

151 En relación con el hipotiroidismo, señale la respuesta correcta:

- A) Cansancio, sensación de frío, metrorragia, estreñimiento y caída del pelo son síntomas frecuentes en el hipotiroidismo.
- B) Más del 95% de pacientes con hipotiroidismo autoinmune presentan anticuerpos anti-TPO y hasta un 20% anticuerpos contra el receptor de TSH.
- C) El hipotiroidismo tras tratamiento de una enfermedad de Graves, requiere dosis de Levotiroxina superiores a los pacientes con hipotiroidismo autoinmune.
- D) Si la tirotropina no está elevada, se descarta un hipotiroidismo primario o secundario.

152 Sobre la evaluación clínica del dolor abdominal agudo en poblaciones específicas, todas las afirmaciones que siguen son correctas, EXCEPTO una:

- A) En el paciente con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana adquirida (VIH), hay que considerar el sarcoma de Kaposi entre las posibles etiologías.
- B) En la anemia por células falciformes, es excepcional la afectación hepática con dolor del cuadrante abdominal superior derecho.
- C) El abdomen agudo de causa infecciosa puede cursar sin fiebre en pacientes de edad avanzada.
- D) En el sexo femenino siempre debe considerarse la enfermedad pélvica inflamatoria.

153 Paciente de 58 años, que presenta desde hace unas 4 semanas, temperatura entre 37,5 y 38 °C, mialgias y artralgias, con desarrollo en la última semana de pápulas purpúricas no pruriginosas en zonas declives, y en las últimas 48 horas, oliguria, hemoptisis y disnea. La saturación basal arterial periférica de oxígeno es del 92% y no hay eosinofilia periférica. Presenta por primera vez, una reducción del filtrado glomerular estimado (criterios CKD-EPI) de 54 ml/min/m², con hematuria microscopica y proteinuria no nefrótica en el sedimento. En la radiografía de tórax se observan infiltrados pulmonares no cavitados diseminados en ambos campos. La determinación ANCA es positiva con patrón perinuclear y especificidad antigénica para la mieloperoxidasa. No hay anticuerpos antimembrana basal glomerular. En la biopsia renal se identifica una glomerulonefritis necrosante con proliferación extracapilar con depósitos de C5a y sin depósitos significativos de inmunoglobulinas. En esta situación, señale la opción correcta:

- A) Es más probable que presente una granulomatosis con poliangeítis que una poliangeítis microscópica.
- B) El tratamiento de inducción sería con pulsos de Metilprednisolona i.v. de 500-1.000 mg/día y con Ciclofosfamida en forma de pulsos i.v. trisemanales o mensuales.
- C) Para el mantenimiento de la remisión, el fármaco de primera opción –salvo contraindicación-, es el Metotrexate a dosis de 20-25 mg semanales durante un máximo de 6 meses.
- D) La existencia de depósito glomerular de C5a se ha asociado a un mejor pronóstico.

INSTRUCCIONES PARA LAS PERSONAS Opositoras:

Las personas opositoras están obligadas a colaborar en el correcto desarrollo del examen cumpliendo las siguientes instrucciones; en caso contrario nos veríamos obligados a pedirle que abandone el examen.

EL INCUMPLIMIENTO DE LAS INSTRUCCIONES QUE A CONTINUACIÓN LE DETALLAMOS SUPONDRÁ LA EXPULSIÓN DEL PROCESO.

SOBRE LA UTILIZACIÓN DE TELÉFONOS MÓVILES Y OTROS DISPOSITIVOS ELECTRÓNICOS:

- ESTÁ PROHIBIDA LA ENTRADA AL AULA Y PUESTO DE EXAMEN con TELÉFONO MÓVIL (o cualquier otro dispositivo electrónico conectado a datos).
- En caso de que necesite algún dispositivo electrónico por tema médico o relacionado con medidas de seguridad en el ámbito de la violencia de género, informe de ello a su entrada en el aula, y le indicarán qué instrucciones específicas debe seguir.
- SI SE LE HUBIERA OLVIDADO DEJAR EL MÓVIL EN CASA O A UN ACOMPAÑANTE, TIENE QUE PONERLO EN CONOCIMIENTO Y ENTREGÁRSELO A LOS RESPONSABLES DEL AULA, QUE LO CUSTODIARÁN HASTA FINALIZAR SU PRUEBA:
- Para ello le entregarán un sobre con autopegado, en el que deberá escribir su DNI, nombre y apellidos, introducir el dispositivo apagado en el sobre, cerrarlo y dejarlo claramente visible en su mesa de examen para que, antes del inicio del reparto de los cuadernillos de examen, sea depositado por las personas de la organización en la mesa del responsable del aula.
- Finalizada la prueba, podrá recoger su móvil tras la presentación de su DNI.

SOBRE EL CORRECTO DESARROLLO DE LA PRUEBA:

- ENCIMA DE LA MESA DE EXAMEN SÓLO PUEDEN ESTAR su documento identificativo (DNI, pasaporte), el cuadernillo de examen y la hoja de respuesta que se le entreguen, el/ los bolígrafo/s y, en su caso, una botella de agua y caramelos. Los enseres personales, como bolsos, carteras, mochilas, etc., debe colocarlos en el suelo, a sus pies.
- ESTÁ TOTALMENTE PROHIBIDO CUALQUIER TIPO DE COMUNICACIÓN ENTRE LAS PERSONAS Opositoras Y ENTRE ÉSTAS Y EL EXTERIOR, ASÍ COMO EL USO Y TENENCIA DE DISPOSITIVOS MÓVILES.
- NO ESTÁ PERMITIDO LEVANTARSE DEL ASIENTO NI SALIR DEL AULA EN NINGUNA CIRCUNSTANCIA HASTA EL MOMENTO EN QUE SE INICIE EL EJERCICIO. Después, podrá ir al baño, siempre acompañado por uno de los vigilantes del aula.

SOBRE EL CONTENIDO DEL CUADERNILLO DE EXAMEN:

- Iniciada la prueba, si observa alguna anomalía en la impresión del cuadernillo, levante la mano y, cuando le atiendan, solicite su sustitución.
- Si entiende que existen preguntas confusas, incorrectamente formuladas o con respuestas erróneas, **LE RECORDAMOS QUE LA/S ALEGACIÓN/ES A LA/S PREGUNTA/S HA DE REALIZARSE A TRAVÉS DE LA V.E.C. EN LOS TRES DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA REALIZACIÓN DEL EXAMEN.**

NO ESTÁ PERMITIDO INTERRUPIR EL CORRECTO DESARROLLO DEL EXAMEN.

ANTE CUALQUIER CUESTIÓN O INCIDENCIA QUE TENGA, LEVANTE LA MANO Y ESPERE SENTADO/A Y EN SILENCIO A QUE LE ATIENDAN LAS PERSONAS QUE ESTAN VIGILANDO EL DESARROLLO DE LA PRUEBA.

