Osakidetza



FACULTATIVO/A ESPECIALISTA MÉDICO/A HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

PREGUNTAS

1.- ¿Dónde y cuándo surgió la hospitalización a domicilio?

a) Hospital Tenón de Paris en 1951.
b) Hospital Guido Montefiori de Nueva York en 1949.
c) Hospital Tenon de parís en 1950.
d) Hospital Guido Montefiori de Nueva York en 1947.

2.- La atención en hospitalización a domicilio se caracteriza por proporcionar cuidados especializados definidos por:

a) Intensidad (una o más visitas diarias), complejidad propia hospitalaria y duración ilimitada en el tiempo.
b) Escasa complejidad, duración limitada con baja intensidad.
c) Duración limitada y transitoria, intensidad de visitas y complejidad propia hospitalaria.
d) Baja intensidad de visitas, duración ilimitada y escasa complejidad.

3.- En hospitalización a domicilio, las personas cuidadoras son el pilar básico que sostiene, por un lado, a las personas pacientes y, por el otro, a los y las profesionales. Con la enseñanza del personal sanitario, pueden aprender a manejar y a responsabilizarse de numerosas técnicas, entre las que se incluyen las siguientes, EXCEPTO:

a) Manipulación de catéter venoso para administración de medicación (antibióticos, diuréticos…).
b) Inyecciones subcutáneas (morfina, insulina…).
c) Cambios de sonda vesical permanente.
d) Cuidados de sonda nasogástrica o de gastrostomía y alimentación por las mismas con bomba o por gravedad.

4.- Cuál NO es una característica de la atención ofrecida en las Unidades de Hospitalización a Domicilio:

a) Complejidad.
b) Intervención social.
c) Intensidad.
d) Transitoriedad.

5.- Señale la afirmación que NO define la hospitalización a domicilio:

a) Alternativa asistencial capaz de realizar en el domicilio procedimientos diagnósticos, terapéuticos y cuidados similares a los dispensados en los hospitales.
b) Es proporcionada por personal profesional de la salud especializado, durante un período de tiempo limitado, a pacientes que de otra manera habrían precisado atención en un hospital.
c) Está orientada hacia los cuidados a largo plazo, las medidas preventivas y la educación para la salud.
d) La falta de definición de los objetivos de algunas unidades de hospitalización a domicilio ha motivado conflictos de competencias entre la atención primaria y los hospitales.

6.- Para la medición del objetivo estratégico "mejorar productividad y optimizar costes" que indicador utilizaremos:

a) % pacientes con demora en la valoración > 48h.
b) Nº de pacientes ingresados/as.
c) Altas ponderadas.
d) Estancia media.

7.- La finalidad principal de la hospitalización a domicilio es asegurar el tratamiento más efectivo y eficaz posible, en el entorno sociofamiliar, con una oferta de atención personalizada que potencia su autonomía funcional y personal. ¿Cuál de los siguientes modelos de actuación representa mejor la actividad asistencial en hospitalización a domicilio?

a) Modelo de alta precoz: pacientes procedentes del área de hospitalización, con la finalidad de disminuir la estancia media.
b) Modelo de sustitución: pacientes procedentes de urgencias, consultas, atención primaria y centros sociosanitarios, con la finalidad de evitar la hospitalización convencional.
c) Modelo de hospital de día: pacientes que precisan de atención o realización de técnicas a nivel hospitalario, pero no de hospitalización (recambios de PEG, medicación iv, paracentesis, transfusiones, etc.)
d) a) b) y c) son correctas

8.- En relación con la escala de valoración funcional de Karnofsky, señale la respuesta correcta:

a) Permite conocer la capacidad de la persona paciente para poder realizar actividades cotidianas.
b) Es un elemento predictor independiente de mortalidad, tanto en patologías oncológicas y no oncológicas.
c) Sirve para la toma de decisiones clínicas en el ámbito hospitalario, así como para valorar el impacto de un tratamiento y el pronóstico de la enfermedad de las personas pacientes.
d) a) b) y c) son correctas

9.- **Uno de los requisitos fundamentales para que una persona paciente ingrese en hospitalización a domicilio es que disponga de una persona cuidadora que sea válida, capaz y esté dispuesta para desempeñar esta función. En cuanto a la valoración de esta persona cuidadora, es cierto sobre el test de Zanit que:**

a) Permite medir el grado de sobrecarga subjetiva de las personas cuidadoras.
b) Consta de 25 items en las que la persona cuidadora expone sus quejas respecto al cuidado de la persona enferma.
c) Una vez establecido el nivel de sobrecarga de la persona cuidadora solo se realiza reevaluación si ésta lo solicita
d) Una puntuación superior al 75% indica una sobrecarga intensa de la persona cuidadora.

10.- **En relación con la estructura de soporte de cuidados de las Unidades de Hospitalización a Domicilio, señale la afirmación INCORRECTA:**

a) Se engloban en las alternativas a la hospitalización tradicional.
b) Se organizan en Unidades Básicas de Atención formadas por una persona facultativa médica y 2 o 3 profesionales de enfermería.
c) La atención a pacientes con necesidades paliativas en el medio comunitario es realizada exclusivamente por la Unidad de Hospitalización a Domicilio con independencia del nivel de complejidad.
d) a) y b) son correctas

11.- **La hospitalización a domicilio es una alternativa a la hospitalización convencional en todas las fases de la enfermedad oncológica en población infantil, que posibilita trasladar al domicilio de la persona paciente la experiencia profesional y el material propios del hospital. El establecimiento de esta modalidad asistencial permite al niño o a la niña y a su familia estar más tiempo en casa. En este contexto, señale la afirmación correcta :**

a) La primera visita domiciliaria se realiza generalmente poco después del alta, en pacientes con diagnóstico reciente. La finalidad de esta primera visita es valorar a la persona paciente y garantizar la continuidad en los cuidados, además de permitir evaluar desde una perspectiva básica las condiciones familiares y de la vivienda.
b) Para las madres y los padres, la presencia del equipo sanitario en el domicilio en esta primera visita supone una fuente de confianza y una oportunidad adicional para resolver dudas generadas por la enfermedad y su tratamiento.
c) La comunicación por vía telefónica es frecuente y depende de la situación clínica de la persona paciente; así, la frecuencia de las llamadas es habitualmente mayor cuando el diagnóstico es muy reciente o en la fase terminal de la enfermedad.
d) a) b) y c) son correctas

12.- **Dentro de la cartera de servicios o funciones que se deben desarrollar en la hospitalización a domicilio, señale la correcta:**

a) Asistencial o Atención domiciliaria basada en el hospital.
b) Estudios de investigación de tipo clínico, social y epidemiológico.



c) Actividad de formación continua mediante sesiones clínicas, talleres de trabajo y cursos de formación.
d) a) b) y c) son correctas

13.- NO es criterio de inclusión de una persona paciente para ingresar en hospitalización a domicilio:

a) Persona paciente estable clínicamente remitida desde atención primaria.
b) Paciente con diagnóstico establecido que continúa precisando cuidados hospitalarios.
c) Persona paciente que únicamente permanece ingresada en el hospital pendiente de realización de alguna prueba diagnóstica diferida, y continúa precisando tratamiento hospitalario.
d) Paciente que reúne condiciones sociofamiliares adecuadas para continuar tratamiento en su domicilio.

14.- Señale la respuesta correcta:

a) La hospitalización a domicilio disminuye el riesgo de infecciones nosocomiales y minimiza el deterioro funcional de la persona paciente.
b) La estancia en hospitalización a domicilio no mejora la adherencia a los tratamientos crónicos.
c) El tratamiento antimicrobiano endovenoso domiciliario no ha influido en la disminución de la transmisión intrahospitalaria de las infecciones.
d) Los antibióticos más utilizados en hospitalización a domicilio son los que pueden administrarse en dosis fraccionadas al día.

15.- La cartera de servicios de la hospitalización a domicilio en materia de salud mental incluye procedimientos diagnósticos y terapéuticos sobre las siguientes patologías psiquiátricas EXCEPTO:

a) Trastornos psicóticos crónicos.
b) Trastornos depresivos.
c) Trastornos de la conducta alimentaria.
d) Fases maniacas estabilizadas.

16.- En relación con el modelo asistencial de la hospitalización a domicilio, señale la afirmación correcta:

a) La hospitalización a domicilio debe funcionar de forma independiente del resto de niveles asistenciales.
b) La coordinación con atención primaria, servicios hospitalarios y recursos sociales es un elemento clave del modelo.
c) La coordinación clínica solo es necesaria en personas pacientes en situación de cuidados paliativos complejos procedentes de servicios hospitalarios.
d) La continuidad asistencial no forma parte de los objetivos de la hospitalización a domicilio si no de atención primaria.

17.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la evidencia disponible en hospitalización a domicilio es la más correcta?

a) La hospitalización a domicilio ha demostrado ser universalmente superior a la hospitalización convencional en cualquier tipo de paciente.
b) La evidencia apoya su utilidad en personas pacientes seleccionadas, especialmente como alternativa al ingreso o al alta precoz, manteniendo resultados clínicos comparables a la hospitalización convencional en muchos casos.
c) La hospitalización a domicilio solo mejora resultados económicos, pero no clínicos ni de satisfacción de pacientes y familiares.
d) No existe evidencia científica relevante sobre esta modalidad asistencial que permita establecer conclusiones.

18.- En la atención de pacientes con enfermedades crónicas complejas, la hospitalización a domicilio aporta valor especialmente porque:

a) Elimina la necesidad de estratificación y seguimiento longitudinal.
b) Favorece el abordaje integral de agudizaciones y transiciones asistenciales en personas pacientes complejas.
c) Sustituye por completo los cuidados informales familiares.
d) Reduce la importancia del plan terapéutico individualizado.

19.- Respecto a la comunicación clínica en hospitalización a domicilio, señale la opción correcta:

a) La información clínica relevante debe darse preferentemente solo a la familia, aunque la persona paciente conserve capacidad, en caso de que así lo soliciten sus familiares.
b) El domicilio reduce la importancia de la información clínica estructurada.
c) La comunicación debe adaptarse al contexto domiciliario, respetando la autonomía de la persona paciente y su derecho a la información.
d) Comunicar malas noticias en el domicilio está contraindicado por regla general.

20.- En relación con la seguridad de la persona paciente en hospitalización a domicilio, señale la afirmación correcta:

a) En el domicilio no son necesarios protocolos, porque la atención es individualizada.
b) La seguridad de la persona paciente depende fundamentalmente de la experiencia y formación del personal médico responsable.
c) La protocolización, la selección adecuada de pacientes y la monitorización clínica son elementos esenciales para una práctica segura.
d) La seguridad clínica es menos importante que la comodidad de la perrsona paciente.

21.- ¿Cuál de los siguientes elementos forma parte del enfoque de calidad y gestión clínica aplicable a una unidad de hospitalización a domicilio?

a) Ausencia de indicadores, para preservar la flexibilidad del modelo y permitiendo una innovación constante en la práctica clínica diaria.

b) Evaluación periódica de resultados, actividad organizada por procesos y adecuación de recursos.
c) Organización en secciones independientes especializadas por tipo de patología de las personas pacientes.
d) Supresión de la coordinación por considerar que aumenta costes.

22.- ¿Cuál de los siguientes elementos NO constituye, por sí solo, un requisito imprescindible para el ingreso en hospitalización a domicilio?

a) Aceptación de la persona paciente y/o persona cuidadora de esta modalidad asistencial.
b) Estabilidad clínica suficiente.
c) Existencia de soporte domiciliario razonable y adecuado al plan de cuidados necesario para la persona paciente.
d) Convivencia obligatoria con una persona familiar de primer grado que se encargue de la autoadministración de fármacos.

23.- En el proceso de selección de pacientes para hospitalización a domicilio, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es la MÁS adecuada?

a) La enfermedad de base determina fundamentalmente el ingreso, con independencia del entorno.
b) La valoración debe integrar situación clínica, domicilio, capacidad de cuidados y accesibilidad al equipo.
c) La decisión corresponde exclusivamente al personal médico evaluador.
d) El domicilio solo debe valorarse cuando la persona paciente precisa antibioterapia intravenosa.

24.- En una unidad de hospitalización a domicilio, ¿cuál de los siguientes se considera un indicador de resultado más que de actividad?

a) Número de ingresos, altas y exitus mensuales.
b) Estancia media estructurada por patologías.
c) Número de visitas domiciliarias realizadas.
d) Satisfacción de la persona paciente y la familia.

25.- Respecto a la calidad asistencial en hospitalización a domicilio, señale la afirmación correcta:

a) Los eventos adversos relacionados con catéteres o visitas imprevistas a Urgencias no deben incluirse en la evaluación de calidad.
b) La evaluación de la calidad debe incluir indicadores de actividad, proceso, resultado y seguridad.
c) La comodidad del domicilio hace muy difícil e innecesaria la protocolización.
d) La satisfacción de la persona paciente y de las personas cuidadoras carece de valor como medida de calidad.

26.- En personas pacientes pluripatológicas con insuficiencia cardiaca, EPOC y deterioro funcional progresivo atendidas en hospitalización a domicilio tras varios ingresos en el último año, ¿cuál de las siguientes actuaciones refleja MEJOR el enfoque asistencial adecuado?

a) Mantener un abordaje exclusivamente episódico, centrado en resolver la descompensación aguda actual.
b) Priorizar la atención de la enfermedad que motivó el ingreso, posponiendo la revisión del resto de problemas hasta seguimiento ambulatorio.
c) Integrar tratamiento de la descompensación, valoración funcional, revisión terapéutica, planificación de cuidados y coordinación con atención primaria.
d) Limitar la intervención a confirmar estabilidad clínica para acelerar el alta.

27.- En personas pacientes atendidas en hospitalización a domicilio, con enfermedad crónica avanzada, fragilidad y múltiples ingresos previos, ¿cuál de los siguientes enfoques se ajusta MEJOR al modelo asistencial de alta calidad?

a) Centrar la atención exclusivamente en el motivo clínico inmediato que originó el ingreso.
b) Resolver el episodio agudo y diferir la valoración funcional, pronóstica y terapéutica al siguiente nivel asistencial.
c) Combinar tratamiento del episodio agudo, valoración integral, conciliación terapéutica y planificación de la continuidad asistencial.
d) Priorizar el alta precoz frente a cualquier otra consideración para maximizar la rotación del recurso.

28.- En la atención domiciliaria de pacientes con enfermedad avanzada y progresiva, ¿cuál de las siguientes afirmaciones sobre la comunicación clínica es la MÁS adecuada?

a) La familia debe actuar como receptor principal de la información siempre que conviva con la persona paciente.
b) La veracidad debe modularse según el deseo expreso de la persona paciente, su capacidad de comprensión y el contexto clínico.
c) Para evitar sufrimiento, el pronóstico debe omitirse de forma sistemática.
d) La información relevante debe ofrecerse en una única entrevista inicial para evitar contradicciones posteriores.

29.- En relación con el abordaje multidisciplinar en hospitalización a domicilio, señale la respuesta MÁS correcta:

a) La participación de distintos perfiles profesionales incrementa la complejidad organizativa, por lo que debe reservarse solo para casos paliativos o de cronicidad compleja.
b) El modelo multidisciplinar permite responder mejor a necesidades clínicas, funcionales, sociales y educativas de la persona paciente en su domicilio.
c) La intervención de profesionales de diferentes ámbitos solo se justifica cuando existe soporte tecnológico complejo.

d) La presencia de varios perfiles profesionales dificulta la continuidad asistencial y debe evitarse siempre que sea posible.

30.- En un episodio de hospitalización a domicilio en el que se detectan dificultades sociofamiliares que comprometen la viabilidad del plan terapéutico, ¿cuál es la actuación MÁS adecuada?

a) Mantener el episodio mientras el tratamiento médico pueda cumplirse, aunque el entorno sea claramente insuficiente.
b) Considerar que las dificultades sociales quedan fuera del ámbito de Hospitalización a Domicilio.
c) Valorar de forma coordinada con trabajo social y otros recursos la adecuación del plan asistencial y las medidas de apoyo necesarias.
d) Suspender de forma automática el ingreso en domicilio ante cualquier problema social detectado, ya que el soporte socio-familiar adecuado es requisito para esta modalidad asistencial.

31.- Según la definición clásica de gestión clínica, esta puede entenderse como:

a) La aplicación exclusiva de medidas de control presupuestario.
b) El uso de recursos intelectuales, humanos, tecnológicos y organizativos para el mejor cuidado de las personas enfermas.
c) La sustitución de la clínica por la gestión administrativa.
d) La delegación de las decisiones clínicas en órganos externos.

32.- En la metodología de implantación de la gestión clínica, el instrumento que delimita la actividad de una unidad, sus procedimientos y sus criterios de adecuación es:

a) La memoria económica anual.
b) El reglamento interno del centro.
c) La cartera de servicios
d) La encuesta de satisfacción.

33.- Uno de los fundamentos de la gestión clínica es situar una mayor capacidad de decisión en:

a) El personal profesional con contacto directo con el proceso asistencial.
b) Los órganos políticos externos al centro.
c) Los proveedores tecnológicos.
d) Los servicios no asistenciales.

34.- La gestión clínica se relaciona de forma más directa con:

a) La mejora de procesos asistenciales apoyada en el conocimiento clínico.
b) La reducción lineal de plantillas.
c) La homogeneización administrativa ajena a resultados en salud.

d) La limitación de la variabilidad clínica mediante criterios exclusivamente contables.

35.- El argumento principal para considerar la gestión clínica como un área que requiere capacitación específica es que:

a) Sus decisiones tienen escasa repercusión asistencial.
b) Se trata de una función de baja complejidad técnica.
c) Exige competencias específicas por el impacto de sus decisiones en la salud de las personas pacientes.
d) Debe quedar al margen de la formación reglada.

36.- Uno de los factores que más impulsa el desarrollo de nuevos modelos asistenciales es:

a) La desaparición progresiva de las enfermedades crónicas.
b) El aumento de la esperanza de vida y de las situaciones de dependencia.
c) La reducción de la complejidad clínica en la población mayor.
d) La innecesariedad de la coordinación sociosanitaria.

37.- En el marco de la asistencia sociosanitaria, la respuesta más adecuada para pacientes con necesidades sanitarias y de dependencia es:

a) Mantener una separación estricta entre recursos sanitarios y sociales.
b) Priorizar solo la atención institucional.
c) Articular modelos coordinados que permitan continuidad de cuidados en el entorno habitual.
d) Reservar la intervención domiciliaria a situaciones exclusivamente terminales.

38.- En una organización sanitaria compleja, el nuevo papel del personal sanitario se orienta principalmente a:

a) Limitar su función a la ejecución técnica aislada.
b) Asumir responsabilidades compartidas, trabajo en red y adaptación a nuevos roles.
c) Reducir la comunicación interdisciplinar.
d) Desvincular la práctica clínica de los objetivos organizativos.

39.- En la "Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi", una herramienta clave para seleccionar sobre qué población intervenir es:

a) La rotación periódica de profesionales.
b) La estratificación de la población según riesgo.
c) La sustitución de la atención primaria por consultas monográficas.
d) El ingreso hospitalario precoz de toda persona pluripatológica.

40.- El paradigma que refuerzan la Estrategia de Cronicidad y el documento de consenso SEMI-semFYC es el de una persona paciente:

a) Informada, activa y comprometida con el manejo de su enfermedad.
b) Receptora pasiva de instrucciones.
c) Alejada de la toma de decisiones.
d) Dependiente exclusivamente del nivel hospitalario.

41.- El modelo promovido para la atención a la persona paciente con enfermedades crónicas se basa en:

a) Atención integral, continuidad asistencial e intersectorialidad.
b) Hiperespecialización aislada y fragmentación deliberada.
c) Centralización exclusiva en el hospital.
d) Atención episódica sin planificación.

42.- En la atención a pacientes con cronicidad, la atención primaria debe ejercer preferentemente un papel de:

a) Nivel periférico sin función coordinadora.
b) Eje coordinador del acceso ordenado a cuidados sanitarios y sociales.
c) Dispositivo centrado solo en tareas administrativas.
d) Recurso subsidiario respecto al hospital.

43.- La historia clínica electrónica virtualmente única resulta especialmente relevante porque:

a) Limita el acceso a la información procedente de otros ámbitos.
b) Permite integrar información clínica, social y preventiva útil para la continuidad asistencial.
c) Sustituye la comunicación entre profesionales.
d) Reduce la necesidad de registrar datos longitudinales.

44.- En el documento de consenso SEMI-semFYC, la educación en autocuidado se diferencia de la mera información a la persona paciente porque:

a) Se limita a transmitir conocimientos técnicos.
b) Enseña habilidades para resolver problemas y mejorar la autoeficacia.
c) Excluye a la familia del proceso.
d) Se reserva a pacientes hospitalizados/as.

45.- Una de las alternativas innovadoras para potenciar la continuidad asistencial en pacientes con cronicidad compleja es:

a) La alianza entre el personal de medicina y de enfermería de familia con internistas y enfermería hospitalaria.
b) La separación funcional entre atención primaria y hospitalaria.

c) La derivación sistemática sin plan compartido.
d) La eliminación del liderazgo clínico.

46.- El análisis del modelo Kaiser Permanente destaca buenas prácticas a nivel macro, meso y micro, respectivamente, en forma de:

a) Financiación capitativa, inspección externa y copago.
b) Salud poblacional, atención integrada y gestión de enfermedades.
c) Atención urgente, hospitalización intensiva y alta precoz.
d) Investigación básica, contratación externa y subespecialización.

47.- En el modelo Kaiser Permanente, la hospitalización se interpreta preferentemente como:

a) El objetivo central del sistema.
b) Un indicador de excelencia del primer nivel.
c) Un evento a minimizar, considerado en gran medida un fallo del sistema.
d) La alternativa de elección en cronicidad estable.

48.- El liderazgo clínico en Kaiser Permanente se caracteriza por:

a) La subordinación completa de la clínica a la gestión administrativa.
b) Un proyecto cooperativo entre personal clínico y personal gestor con responsabilidades compartidas, priorizando los procesos asistenciales.
c) La ausencia de incentivos comunes.
d) La independencia total entre personal médico y organización.

49.- La potenciación de la capacidad resolutiva del primer nivel en Kaiser Permanente se apoya en:

a) Grandes centros de atención primaria con medios diagnósticos y terapéuticos amplios y trabajo conjunto con especialistas.
b) Derivación precoz y sistemática al hospital.
c) Supresión de programas de pacientes con cronicidad.
d) Fragmentación de la atención por niveles estancos.

50.- Cuál de los siguientes rasgos NO se identifica como característico del éxito del modelo Kaiser Permanente?

a) Énfasis en prevención, detección precoz y educación sanitaria.
b) Gestión activa y coordinada de enfermedades crónicas.
c) Atención sanitaria basada en la evidencia.
d) Fragmentación deliberada entre niveles asistenciales.

51.- Según la "Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi", ¿cuál ha sido tradicionalmente el enfoque predominante del sistema sanitario?

a) Atención centrada en prevención comunitaria.
b) Atención centrada en enfermedades agudas y rescate de vidas.
c) Atención prioritaria a la cronicidad compleja.
d) Modelo basado exclusivamente en cuidados domiciliarios.

52.- ¿Qué elemento considera la "Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi" como fundamental para afrontar adecuadamente la cronicidad?

a) Incrementar exclusivamente las camas hospitalarias.
b) Integrar atención primaria, hospitalaria y servicios sociales.
c) Reducir la autonomía profesional.
d) Centralizar toda la asistencia en hospitales terciarios.

53.- Según la "Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi", ¿qué papel debe asumir la persona paciente con cronicidad?

a) Papel pasivo en la toma de decisiones.
b) Dependencia exclusiva del sistema sanitario.
c) Participación activa en la gestión de su enfermedad.
d) Delegación total de cuidados en el personal profesional.

54.- Según la "Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi", ¿qué papel tienen las tecnologías de la información en la transformación del sistema sanitario?

a) Son herramientas exclusivamente administrativas.
b) Tienen una importancia secundaria frente al progreso biomédico.
c) Son fundamentales para mejorar coordinación, seguimiento y atención a la persona paciente con cronicidad.
d) Solo son útiles en hospitales de alta complejidad.

55.- ¿Qué cambio conceptual propone la "Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi" respecto a la gestión sanitaria?

a) Gestionar estructuras hospitalarias aisladas.
b) Priorizar exclusivamente indicadores económicos.
c) Aprender a gestionar sistemas integrados de salud.
d) Reducir la coordinación entre niveles asistenciales.

56.- Según el documento de consenso: Atención al paciente con enferemedades crónicas elaborado por SEMI-semFYC, ¿qué característica define mejor a la persona paciente con cronicidad compleja?

a) Enfermedad aguda autolimitada.

b) Necesidad de continuidad asistencial y coordinación entre niveles.
c) Exclusiva atención hospitalaria.
d) Baja utilización de recursos sanitarios.

57.- ¿Qué modelo organizativo ha inspirado muchas estrategias modernas de atención a personas con cronicidad?

a) Modelo Beveridge.
b) Modelo Kaiser Permanente.
c) Modelo Flexner.
d) Modelo Bismarck.

58.- ¿Qué ventaja principal presenta la hospitalización a domicilio según la revisión Cochrane de 2017?

a) Aumento demostrado de la mortalidad.
b) Incremento obligatorio de institucionalización.
c) Reducción de la estancia hospitalaria.
d) Eliminación total de reingresos.

59.- ¿Qué factores están impulsando principalmente los cambios organizativos en los sistemas sanitarios actuales?

a) Disminución de enfermedades crónicas.
b) Envejecimiento poblacional y aumento de la cronicidad.
c) Reducción de la demanda asistencial.
d) Menor complejidad clínica de las personas pacientes.

60.- Según la revisión Cochrane 2017 sobre hospitalización a domicilio, la mortalidad en hospitalización a domicilio con respecto a la hospitalización convencional:

a) Es significativamente mayor.
b) Es significativamente menor.
c) No presenta diferencias clínicamente relevantes.
d) Solo disminuye en pacientes quirúrgicos/as.

61.- Cuál es una de las principales ventajas organizativas de la hospitalización a domicilio (HaD)?

a) Sustituir completamente la hospitalización convencional.
b) Incrementar la estancia media hospitalaria.
c) Favorecer la continuidad asistencial reduciendo ingresos y estancias convencionales
d) Limitar la atención especializada al ámbito hospitalario

62.- ¿Qué aspecto es prioritario en los modelos modernos de atención a la cronicidad?

a) Atención fragmentada entre niveles asistenciales.
b) Coordinación entre atención primaria, hospitalaria y social.
c) Predominio exclusivo del hospital de casos agudos.
d) Reducción de autonomía de la persona paciente.

63.- ¿Qué factor favorece la expansión de la hospitalización a domicilio?

a) Descenso del envejecimiento poblacional.
b) Aumento de enfermedades agudas aisladas.
c) Incremento de la cronicidad y complejidad clínica.
d) Disminución de innovación tecnológica.

64.- ¿Qué elemento es imprescindible para la seguridad clínica en hospitalización a domicilio?

a) Ausencia de protocolos.
b) Comunicación y coordinación efectiva entre niveles asistenciales.
c) Exclusión de atención primaria.
d) Atención exclusivamente telefónica.

65.- En relación con la gestión clínica, la variabilidad no justificada en la práctica asistencial:

a) Mejora siempre la calidad.
b) Debe reducirse mediante evidencia científica.
c) Es irrelevante para la eficiencia.
d) Incrementa automáticamente la seguridad clínica.

66.- Cuál es un objetivo prioritario de los sistemas integrados de salud?

a) Fragmentar la asistencia.
b) Optimizar la experiencia y resultados de la persona paciente.
c) Priorizar únicamente indicadores económicos.
d) Reducir la accesibilidad sanitaria.

67.- ¿Cuál de los siguientes elementos contribuye más a mejorar la continuidad asistencial en pacientes con cronicidad compleja?

a) Coordinación entre profesionales y niveles asistenciales.
b) Incremento aislado de consultas hospitalarias.
c) Reducción del seguimiento tras el alta.
d) Atención fragmentada por especialidades.

68.- ¿Qué papel desempeñan las tecnologías de la información en hospitalización a domicilio?

a) Escasa utilidad clínica.
b) Facilitan monitorización y coordinación asistencial.
c) Sustituyen completamente la valoración médica.
d) Incrementan necesariamente los ingresos hospitalarios.

69.- ¿Qué enfoque de gestión sanitaria caracteriza al modelo Kaiser Permanente?

a) Atención fragmentada y reactiva.
b) Gestión poblacional proactiva e integrada.
c) Predominio exclusivo de atención hospitalaria.
d) Escasa participación profesional.

70.- ¿Qué principio organizativo resulta clave en hospitalización a domicilio para pacientes con cronicidad compleja?

a) Atención episódica aislada.
b) Integración asistencial multidisciplinar.
c) Exclusividad del hospital de casos agudos.
d) Reducción del seguimiento clínico.

71.- En la evolución histórica de la relación entre personal médico y persona paciente, ¿cuál fue el principal impacto del movimiento bioético surgido en Estados Unidos en las décadas de 1960-1970 sobre el modelo de relación clínica?

a) Consolido definitivamente el paternalismo medico al establecer la beneficencia como principio cardinal irrenunciable de la práctica clínica.
b) Propició el desarrollo del marco principialista —autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia— que reconfiguro la relación médico-paciente hacia un modelo más participativo y respetuoso con la autodeterminación de la persona enferma.
c) Introdujo el modelo informativo puro, en el que el personal médico limita su función a la transmisión de datos objetivos sin ninguna valoración ni implicación relacional.
d) Estableció jurídicamente el modelo deliberativo como obligatorio en todos los sistemas sanitarios occidentales.

72.- En la relación entre personal médico y persona paciente, el modelo deliberativo se diferencia del modelo interpretativo principalmente en que:

a) El modelo deliberativo solo considera los valores médicos, mientras que el interpretativo integra también los de la persona paciente.
b) En el modelo deliberativo el personal médico, además de ayudar a la persona paciente a identificar sus valores, los cuestiona éticamente y razona con ella sobre cuáles deberían orientar su decisión, ejerciendo una función de educación moral compartida.

c) El modelo interpretativo requiere siempre la firma de consentimiento informado, mientras que el deliberativo prescinde de este trámite.

d) El modelo deliberativo es propio de la oncología y los cuidados paliativos; el interpretativo es el estándar en atención primaria.

73.- La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente reconoce el denominado 'privilegio terapéutico'. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe CORRECTAMENTE su regulación?

a) El personal facultativo medico puede limitar la información de forma autónoma y sin necesidad de documentarlo si considera que va a producir daño psicológico grave a la persona paciente.

b) La Ley 41/2002 no reconoce ninguna limitación al derecho de la persona paciente a la información; toda información debe transmitirse integra e inmediatamente.

c) En circunstancias excepcionales en que la información pueda perjudicar objetivamente la salud de la persona paciente, el personal facultativo medico puede limitarla, pero esta limitación debe quedar siempre documentada en la historia clínica y nunca puede contradecir las instrucciones previas de la persona paciente.

d) El privilegio terapéutico es un concepto exclusivo del derecho anglosajón que no ha sido incorporado al ordenamiento jurídico español.

74.- El Comité de Bioética de España, en su informe sobre aspectos bioéticos de la telemedicina en el contexto de la relación clínica (2022), establece que la telemedicina, respecto a la relación entre personal médico y persona paciente:

a) Debe considerarse un sustituto completo de la consulta presencial siempre que la persona paciente disponga de dispositivos digitales adecuados.

b) Debe entenderse como complementaria y nunca como sustituta absoluta de la consulta presencial; debe utilizarse cuando suponga una mejora asistencial, garantizando los mismos principios bioéticos que la medicina tradicional.

c) Excluye estructuralmente a las personas pacientes con discapacidad o brecha digital del ámbito de la atención sanitaria.

d) Libera al personal médico de la obligación de confidencialidad, ya que la comunicación digital no está sujeta a la misma regulación que la presencial.

75.- En relación con las barreras que dificultan al personal profesional la comunicación de información a la persona paciente, ¿cuál de las siguientes se considera una barrera de tipo cognitivo-formativo, a diferencia de las barreras emocionales o sistémicas?

a) El miedo de la persona profesional a generar sufrimiento en la persona paciente con la revelación del diagnóstico.

b) La presión asistencial y la escasez de tiempo en la consulta.

c) La falta de formación específica en habilidades comunicativas y el desconocimiento de estrategias concretas para adaptar la información al nivel comprensivo de la persona paciente.

d) La creencia cultural de la persona profesional de que la persona enferma no desea conocer su diagnóstico.

76.- De los cuatro fines de la medicina establecidos en el Informe del Hastings Center, ¿cuál de los siguientes enunciados reproduce con mayor exactitud el fin relativo al cuidado y la atención?

a) La curación de todas las enfermedades y la extensión máxima de la esperanza de vida.
b) La atención y la curación de los enfermos y el cuidado de los que no pueden ser curados.
c) La prevención de enfermedades crónicas mediante programas de cribado poblacional masivo.
d) La gestión eficiente de los recursos sanitarios para garantizar el acceso universal a la medicina curativa.

77.- El Informe Hastings critica la medicina tecnológica del siglo XX por generar encarnizamiento terapéutico. ¿Qué implicación tiene reconocer la muerte inevitable como parte del proceso vital?

a) La medicina debe luchar contra la muerte en cualquier circunstancia, pues rendirse ante ella es éticamente inadmisible.
b) La evitación de la muerte prematura es un fin legítimo, pero la búsqueda de una muerte tranquila cuando aquella es inevitable constituye también un objetivo medico de pleno derecho.
c) Aceptar la muerte inevitable significa retirar toda intervención médica, incluyendo los cuidados básicos de higiene y confort.
d) El reconocimiento de la muerte inevitable solo tiene relevancia en el ámbito de la oncología, no en la hospitalización domiciliaria.

78.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO refleja correctamente las premisas del Informe Hastings sobre la reforma de los fines de la medicina?

a) La medicina ha tendido a priorizar la curación técnica en detrimento del cuidado y la atención al sufrimiento.
b) La prevención y la promoción de salud deben ser fines primordiales de la medicina en todos sus niveles asistenciales.
c) El informe propone que la medicina debe aspirar a la inmortalidad humana a través del progreso biotecnológico como fin último.
d) El alivio del dolor y el sufrimiento es uno de los fines centrales, independientemente de la curabilidad de la enfermedad.

79.- Una revisión sistemática reciente sobre la comunicación de malas noticias concluye que se trata de un proceso centrado en la persona receptora. ¿Cuál es la implicación practica más directa de este hallazgo?

a) El personal facultativo médico debe limitarse a transmitir la información de forma estandarizada, sin adaptarla a las preferencias individuales de la persona paciente.
b) Las necesidades, preferencias y estado emocional de la persona paciente deben guiar la forma, el ritmo y el contenido de la comunicación, adaptando el proceso a cada persona receptora de manera individualizada.

c) Los protocolos de comunicación de malas noticias han demostrado ser ineficaces y deben abandonarse.
d) La comunicación de malas noticias debe realizarse siempre en presencia de personal de psicología CLÍNICA, que es quien debe liderar el proceso.

80.- La evidencia actual sobre la efectividad del protocolo SPIKES como herramienta de formación en comunicación de malas noticias demuestra que su entrenamiento formal:

a) No ha mostrado ninguna mejora en la satisfacción ni en el desempeño de las personas profesionales entrenadas frente a las no entrenadas.
b) Es superior a cualquier otra intervención comunicativa y elimina por completo el malestar emocional de la persona paciente.
c) Mejora la autoconfianza y el desempeño comunicativo del personal profesional, con impacto positivo en la satisfacción de la persona aprendiz y en los resultados clínicos, aunque la heterogeneidad metodológica limita la posibilidad de metaanálisis.
d) Solo ha demostrado efectividad en contextos de oncología pediátrica y no es aplicable a la hospitalización a domicilio ni a la medicina interna.

81.- En el protocolo SPIKES de comunicación de malas noticias, el paso 'Perception' (P) tiene como objetivo:

a) Explicar a la persona paciente el diagnostico utilizando terminología medica precisa para garantizar la exactitud de la información.
b) Obtener de la persona paciente su autorización explícita para revelar la información clínica antes de proceder.
c) Explorar que sabe la persona paciente sobre su situación clínica, que comprende de lo que le ha ocurrido y que esperaba de la visita, para adaptar la información a sus conocimientos previos y corregir malentendidos.
d) Identificar el nivel socioeconómico de la persona paciente para adaptar las opciones terapéuticas disponibles.

82.- En la comunicación de malas noticias, la respuesta empática ante la emoción de la persona paciente implica una secuencia especifica. ¿Cuál describe correctamente la respuesta empática más adecuada?

a) Ignorar la emoción de la persona paciente y continuar aportando información clínica para evitar amplificar el sufrimiento.
b) Identificar la emoción expresada, nombrarla en voz alta, normalizar la reacción y mostrar disposición para acompañar, antes de continuar con información adicional.
c) Interrumpir a la persona paciente cuando se emociona y resumir el plan terapéutico para redirigir la conversación.
d) Sugerir de inmediato la derivación a salud mental para que sea el personal de psicología quien gestione el impacto emocional.

83.- La técnica del aviso previo o 'frase de transición', utilizada en la comunicación de malas noticias, consiste en:

a) Solicitar a la persona paciente que firme el documento de consentimiento informado antes de revelar cualquier información diagnostica.
b) Comunicar la mala noticia de forma directa e inmediata para respetar la autonomía de la persona paciente y evitar dilaciones innecesarias.
c) Emitir una frase preparatoria que anticipa la gravedad de la información que se va a comunicar —como 'los resultados no son tan buenos como esperábamos'—, dando a la persona paciente tiempo para prepararse emocionalmente antes de recibir la noticia.
d) Informar primero a la familia de la persona paciente sobre el diagnóstico para que sea ella quien se lo transmita a la persona enferma.

84.- En contextos de telemedicina o teleconsulta, el Comité de Bioética de España (2022) recomienda, respecto a la comunicación de malas noticias:

a) La comunicación de malas noticias debe realizarse siempre por vía telefónica o videoconferencia para evitar desplazamientos innecesarios de la persona paciente.
b) Siempre que sea posible, las noticias de especial impacto emocional deben comunicarse en entorno presencial que garantice privacidad, acompañamiento y respuesta empática; la teleconsulta puede ser complementaria pero no la única vía para información de alta carga emocional.
c) La telemedicina elimina la brecha digital y garantiza que todas las personas pacientes tienen acceso equitativo a la comunicación de malas noticias.
d) El personal profesional queda exento de los principios de confidencialidad e intimidad cuando utiliza plataformas de videoconsulta acreditadas.

85.- ¿Cuál de las siguientes conductas durante la comunicación de malas noticias se considera INADECUADA por la evidencia disponible en los protocolos actuales?

a) Usar un lenguaje claro, progresivo y adaptado al nivel comprensivo de la persona paciente, con pausas para verificar la comprensión.
b) Explorar previamente las preferencias de la persona paciente respecto a cómo y cuanta información desea recibir.
c) Transmitir toda la información de forma rápida y sin pausas en una sola sesión para no dilatar el sufrimiento de la persona paciente.
d) Planificar conjuntamente con la persona paciente los próximos pasos, ofreciendo opciones y un plan de seguimiento concreto.

86.- La relación entre personal médico y persona paciente es un vínculo que se basa en todas las siguientes premisas excepto una. Señale cual NO es:

a) La confianza mutua.
b) La gran bondad inherente al personal facultativo.
c) La comunicación efectiva.
d) El respeto mutuo.

87.- La relación entre personal médico y persona paciente es fundamental por los motivos siguientes excepto uno. Señale cual NO lo es:

a) Aporta mejoría terapéutica.
b) Facilita la orientación diagnóstica.
c) Limita la adherencia terapéutica.
d) Puede reducir la necesidad de exploraciones complementarias.

88.- El Código de Ética y Deontología Médica de España de 2022, en relación a las Medicinas alternativas, indica claramente todas las siguientes afirmaciones excepto una. Señale cual NO:

a) El personal médico que las practica está obligado por la norma de compartir los nuevos conocimientos científicos que posea con sus colegas que practiquen las mismas Medicinas alternativas sin ninguna reserva profesional. Por otra parte, no pesa la obligación de aplicar la misma norma con el personal facultativo médico practicante de la Medicina tradicional (artículo 18).
b) Las prácticas carentes de base científica, las inspiradas en el charlatanismo, las pseudociencias, las pseudoterapias, así como los procedimientos ilusorios o insuficientemente probados, la simulación de tratamientos médicos o quirúrgicos y el uso de productos de composición no conocida son contrarias a la Deontología Médica (artículo 23.2).
c) Una práctica profesional correcta implica que el personal facultativo médico solo debe emplear procedimientos diagnósticos y terapéuticos que cuenten con base científica, que estén de acuerdo con una evaluación actualizada, imparcial y rigurosa por parte de la comunidad médica (Artículo 23.1).
d) El intrusismo y las sectas sanitarias son contrarios a la Deontología Médica (Artículo 23.3).

89.- En los cuidados paliativos, la buena comunicación entre equipo y paciente aporta muchos beneficios. Señale el que NO aporta:

a) Reducción del estrés de las personas familiares
b) Mejoría de la adherencia al tratamiento.
c) Facilitación de la toma de decisiones.
d) Ahorro económico en profesionales, debido a la menor cantidad de visitas y carga de trabajo.

90.- De cara a la comunicación de las malas noticias, señale la respuesta INCORRECTA:

a) El personal profesional debe preparase antes de la conversación.
b) El entorno donde se produzca la conversación (pasillo de sala de hospital, domicilio, a la entrada de la UCI) no influye en el resultado de la misma, por lo que no precisa cuidarse.
c) Siempre debe usarse un lenguaje claro y sencillo.
d) Es necesario dar un tiempo para la comprensión de la información y la reflexión sobre la misma.

91.- Todas las siguientes son pautas que se pueden seguir para asegurar una comunicación efectiva en cuidados paliativos excepto una. Señale cual NO:

a) Escucha activa.
b) Mostrar empatía.
c) Evitar sistemáticamente dar información sobre los aspectos de peor pronóstico.
d) Respetar la autonomía de la persona paciente para decidir.

92.- La "conspiración de silencio" que evita hablar sobre la enfermedad incluye a todas las figuras menos una. Señale cual NO:

a) Paciente.
b) Familiares.
c) Equipo médico que atiende a la persona paciente.
d) El equipo de valoración de Servicios Sociales municipales para el soporte en el domicilio.

93.- Para la comunicación eficaz con pacientes de pediatría, son aconsejables los siguientes aspectos excepto uno. Señale cual NO es útil:

a) Saludar al niño o a la niña por su nombre.
b) Hablar exclusivamente con las personas progenitoras, dando por hecho que más tarde serán las que mejor informen a la criatura.
c) Cuidar la comunicación no verbal.
d) Evitar el paternalismo y reconocer a las personas progenitoras como responsables de la crianza del niño o de la niña.

94.- Las opciones para la información adecuada a las personas pacientes que deben tratarse con opiáceos incluyen las siguientes excepto una. Señale la INCORRECTA:

a) Cursos online de Sociedades científicas Médicas.
b) Guías de la Organización Mundial de La Salud.
c) Boletín Oficial del Estado.
d) Informaciones en páginas web de Sociedades científicas como al Sociedad Española de Dolor.

95.- La coordinación entre niveles asistenciales incluye diferentes modalidades. Indique la más importante:

a) Atención Primaria y Medicina Interna hospitalaria.
b) Equipos de soporte paliativo domiciliario y hospitalario.
c) Hospitalización a Domicilio y Atención Primaria.
d) a) b) y c) son todas importantes.

96.- Todas las siguientes son formas adecuadas de comunicación ágil en el día a día entre diferentes recursos médicos asistenciales excepto una. Señale cual NO:

a) Curso clínico compartido a través del Sistema Informático de Salud del territorio.
b) Por teléfono.
c) Burofax.
d) Correo electrónico que cumpla la normativa de confidencialidad y encriptación.

97.- Todas las siguientes son puntos importantes de la entrevista entre el personal médico y la persona paciente excepto una. Señale cual NO:

a) Saludo inicial adecuado.
b) Actitud empática.
c) Registro documental de la entrevista privado y obligatorio.
d) Espacio decorado con las titulaciones enmarcadas de la persona facultativa.

98.- La comunicación no verbal del personal médico ante una persona paciente incluye:

a) Mirada.
b) Gestos.
c) Postura.
d) a) b) y c) son correctas.

99.- Dentro de las cinco C de la comunicación se incluyen todas las siguientes excepto una. Indique cual NO:

a) Claridad.
b) Concisión.
c) Coacción.
d) Concreción.

100.- Para mejorar la adherencia al tratamiento de una persona paciente son importantes los siguientes aspectos excepto uno. Señale cual NO:

a) Actitud protectora paternalista.
b) Comunicación clara.
c) Toma de decisiones compartidas.
d) Adaptación del régimen terapéutico en lo posible a los hábitos y rutinas de la persona paciente

101.- En relación a las enfermedades neurodegenerativas, es cierto que:

a) La mayoría no tienen tratamiento curativo.
b) Pueden afectar a personas adultas jóvenes.
c) Habitualmente provocan una incapacidad progresiva.
d) a) b) y c) son correctas.

102.- Todas las siguientes patologías neurológicas progresivas en personas adultas son de las más prevalentes excepto una. Señale cual NO lo es:

a) La demencia.
b) La enfermedad vascular cerebral.
c) La Atrofia Multisistémica.
d) La enfermedad de Parkinson.

103.- En relación a la enfermedad de Parkinson, señale la respuesta INCORRECTA:

a) Es la segunda enfermedad neurodegenerativa más frecuente después del Alzheimer.
b) La base histológica es la pérdida de neuronas glutamatérgicas.
c) Además del sistema nervioso, puede afectar a otros órganos y sistemas.
d) El temblor no ha de estar siempre presente.

104.- Todos los siguientes son síntomas de la enfermedad de Parkinson avanzada excepto uno. Señale cual NO:

a) Apatía.
b) Trastornos del sueño.
c) Disfagia.
d) Progeria.

105.- Indique la respuesta correcta en relación a la esclerosis múltiple:

a) Es más frecuente en mujeres.
b) Es la enfermedad neurodegenerativa más frecuente en jóvenes.
c) La etiología es desconocida.
d) a) b) y c) son ciertas.

106.- Son causas de muerte frecuentes en la esclerosis múltiple:

a) Infecciones urinarias.
b) Enfermedades intercurrentes.
c) Broncoaspiraciones.
d) a) b) y c) son ciertas.

107.- En relación a la Esclerosis Lateral Amiotrófica, señale la respuesta INCORRECTA:

a) Afecta especialmente a personas entre los 40 y 70 años.
b) Se caracteriza por la pérdida de motoneuronas.
c) La afectación de las motoneuronas es exclusiva de esta enfermedad.
d) La atención por equipos expertos multidisciplinares aumenta considerablemente la calidad de vida de las personas enfermas afectadas.

108.- La enfermedad de Huntington:

a) Es de herencia autosómica dominante.
b) Debuta entre la tercera y la quinta década de la vida.
c) Provoca la discapacidad y muerte generalmente entre los 15 y 20 años tras el diagnóstico.
d) a) b) y c) son ciertas.

109.- El parkinsonismo (clínica similar al Parkinson sin serlo) puede aparecer en diferentes patologías. Señale en cuál de las siguientes se presenta:

a) Parálisis supranuclear progresiva.
b) Atrofia multisistémica.
c) Enfermedad por cuerpos de Lewy.
d) a) b) y c) son ciertas.

110.- En relación a la demanda de eutanasia y el riesgo de suicidio en las enfermedades neurodegenerativas graves:

a) En los países con legalización de la eutanasia, las enfermedades neurológicas son la segunda causa de petición.
b) La ideación suicida es mayor en la parálisis supranuclear progresiva (PSP) que en la enfermedad de Parkinson.
c) La demanda de eutanasia es relativamente frecuente en personas diagnosticadas de enfermedad de Huntington.
d) a) b) y c) son ciertas.

111.- En relación a las demencias, señale la respuesta INCORRECTA:

a) La demencia más común es la enfermedad de Alzheimer.
b) La demencia asociada al Parkinson tiene diferente curso evolutivo que el Alzheimer.
c) Los hombres tienen más riesgo de desarrollar demencia que las mujeres.
d) Cada año hay en el mundo un promedio de 10 millones de casos nuevos.

112.- Son factores que aumentan el riesgo de demencia:

a) Tabaco y alcohol.
b) Depresión.
c) Hipertensión arterial.
d) a) b) y c) son ciertas.

113.- En la escala de deterioro global de demencias (GDS), señale la respuesta correcta:

a) Usted, que está haciendo el examen, es un GDS 1.
b) En el GDS 2 predominan las quejas subjetivas de pérdida de memoria, sin deterioro funcional.



c) El estadio GDS 7 implica una dependencia funcional severa o absoluta.
d) a) b) y c) son ciertas.

114.- La pérdida de apetito (hiporexia-anorexia) es muy común en la demencia. Señale de entre las siguientes una causa NO habitual:

a) Pérdida o atrofia de papilas gustativas.
b) Medicamentos.
c) Ser testimonio de Jehová.
d) Tabaquismo.

115.- En relación al dolor, señale la respuesta INCORRECTA:

a) Es una experiencia sensorial y emocional, subjetiva.
b) Generalmente desagradable, pero no siempre.
c) El ambiente no influye en la percepción del dolor.
d) El tiempo de evolución del dolor influye en su percepción y tolerancia individual.

116.- La escala analgésica de la OMS define los escalones analgésicos. Señale cuál de las respuestas NO es correcta:

a) Primer escalón, dolor leve: No opioides.
b) Segundo escalón, dolor moderado: opioides débiles +/- no opioides.
c) Tercer escalón, dolor severo: Opioides fuertes +/- no opioides.
d) Los fármacos coadyuvantes sólo deben introducirse en el tercer escalón.

117.- Los diferentes receptores endógenos de los opioides son:

a) Mu.
b) Kappa.
c) Delta.
d) a) b) y c) son correctas.

118.- En relación a los opioides, señale la respuesta correcta:

a) Tramadol y codeína son considerados opioides débiles.
b) Metadona y fentanilo son agonistas puros.
c) Naloxona y naltrexona son antagonistas.
d) a) b) y c) son correctas.

119.- De los efectos posibles de los opioides, señale la INCORRECTA:

a) Analgesia.
b) Náuseas y vómitos.
c) Espasmos en vejiga urinaria.
d) Midriasis.

120.- En relación a la naloxona, señale la respuesta INCORRECTA:

a) Es un antagonista puro de los receptores opiáceos.
b) Inhibe los receptores mu, delta y kappa.
c) Posee una vida media larga, >8 horas.
d) Tiene una biodisponibilidad oral <5%.

121.- En relación al tramadol, señale la respuesta correcta:

a) Agonista débil de los receptores mu.
b) Inhibe la recaptación de serotonina y noradrenalina.
c) Tiene una semivida de aprox. 6 horas en personas adultas sanas.
d) a) b) y c) son correctas

122.- En relación a la morfina, señale la respuesta incorrecta:

a) Se le llama morfina en honor a Morfeo, dios griego de los sueños.
b) Su biodisponibilidad oral es de un 20-40%.
c) No es aconsejable su administración via sc si no se pueden monitorizar niveles plasmáticos.
d) La ía iv es 10 veces más potente que el tramadol iv.

123.- Las vías posibles de administración del fentanilo:

a) Oral.
b) Intravenoso.
c) Sublingual.
d) a) b) y c) son correctas.

124.- La metadona:

a) Es un opiáceo sintético.
b) Los efectos vo duran aprox. 6 horas, pero pueden extenderse más del doble de horas ante consumo crónico y función hepática normal.
c) La forma de administración más habitual es la oral, liquida o en comprimidos.
d) a) b) y c) son correctas.

125.- La oxicodona:

a) Es altamente adictiva.
b) Suele administrarse vía oral.
c) Actúa fundamentalmente sobre los receptores mu, como la morfina.
d) a) b) y c) son correctas

126.- En una persona paciente con enfermedad avanzada atendida en domicilio, la planificación anticipada de decisiones debe entenderse como:

a) Un documento legal que debe considerarse prioritario en la toma de decisiones, por encima de toda deliberación clínica posterior.
b) Un proceso deliberativo dinámico para explorar valores, preferencias y objetivos de atención ante situaciones futuras.
c) Un trámite reservado a pacientes con dependencia avanzada o situaciones de final de vida cercano.
d) Una herramienta orientada fundamentalmente a limitar el esfuerzo terapéutico cuando este indicado.

127.- En una persona paciente con disnea refractaria en situación paliativa domiciliaria, señale la opción más correcta:

a) Los opioides están contraindicados por depresión del centro respiratorio.
b) Las benzodiacepinas son el tratamiento de primera línea en toda disnea refractaria.
c) La furosemida nebulizada puede ser una opción en ausencia de respuesta a otras medidas.
d) Solo debe usarse oxígeno si hay disnea intensa, independientemente de la saturación o del contexto clínico.

128.- Para indicar sedación paliativa, uno de los criterios fundamentales es:

a) Deseo familiar de que la persona paciente duerma más horas en casos de insomnio refractario o angustia vital.
b) Existencia de síntoma refractario tras evaluación adecuada, incluyendo el proceso de deliberación clínica y adecuación ética.
c) Supervivencia estimada menor de 72 horas y datos objetivos de sufrimiento.
d) Falta de respuesta a fármacos de primera línea en control de síntomas.

129.- Respecto a la hipodermoclisis en cuidados paliativos domiciliarios, señale la respuesta correcta:

a) Debe utilizarse de forma rutinaria en toda persona paciente en fase terminal para evitar la deshidratación excesiva y mejorar el confort.
b) Puede considerarse en casos seleccionados, según objetivos de confort y contexto clínico.
c) Está siempre contraindicada en domicilio, sobre todo en situaciones de final de vida.
d) Su utilización prolonga la supervivencia de pacientes en cuidados paliativos.

130.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre nutrición enteral en pacientes en cuidados paliativos domiciliarios es la adecuada?

a) Debe indicarse sistemáticamente ante cualquier pérdida ponderal asociada a dificultad para la deglución.
b) Nunca debe utilizarse en contexto paliativo, ya que vulnera los derechos fundamentales de la persona paciente.

c) Su indicación depende del pronóstico, objetivos terapéuticos, funcionalidad digestiva y balance beneficio-carga.
d) Está indicada siempre que exista disfagia, como medida transitoria de soporte a la espera de respuesta a otros tratamientos.

131.- ¿Cuál de los siguientes principios es el más correcto al preparar una mezcla para infusión subcutánea continua en domicilio en pacientes en cuidados paliativos en control de síntomas?

a) Un mayor número de fármacos en infusión se asocia a mayor eficiencia y eficacia del tratamiento.
b) Debe intentarse incluir en el mismo infusor toda la medicación de la persona paciente para evitar la vía oral.
c) Conviene limitar el número de fármacos mezclados a no más de 4, para reducir problemas de incompatibilidad o inestabilidad.
d) La estabilidad de la mezcla depende fundamentalmente del volumen total del diluyente.

132.- En una persona paciente en cuidados paliativos domiciliarios con dolor, disnea, náuseas y agitación psicomotriz, ¿cuál de las siguientes combinaciones sería más correcta en un infusor subcutáneo continuo?

a) Morfina + midazolam + butilbromuro de hioscina + dexametasona.
b) Diazepam + haloperidol + metamizol + metoclopramida.
c) Morfina + haloperidol + ondansetrón.
d) Midazolam + morfina + metoclopramida + butilbromuro de hioscina.

133.- Señale cuál de los siguientes fármacos se considera de uso habitual por vía subcutánea en cuidados paliativos domiciliarios para el control de las náuseas refractarias en pacientes de oncología:

a) Midazolam.
b) Dexametasona.
c) Haloperidol.
d) Metoclopramida.

134.- En relación con la metoclopramida en infusor subcutáneo, señale la afirmación correcta:

a) Es un antiemético procinético útil en algunas personas pacientes, pero no debe asumirse su mezcla universal con cualquier combinación; depende del contexto y de la compatibilidad conocida.
b) Está indicada de forma rutinaria en toda sospecha de obstrucción intestinal completa, en combinación con butilbromuro de hioscina y dexametasona.
c) No tiene utilidad por vía subcutánea en cuidados paliativos ya que el tratamiento con ondansetron es superior.
d) Su principal indicación es el tratamiento del delirium hipoactivo en pacientes dependientes.



135.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la vía subcutánea en cuidados paliativos es correcta?

a) La presencia de edema generalizado puede dificultar la absorción y debe tenerse en cuenta al elegir la zona de punción.
b) La vía subcutánea mantiene siempre una absorción constante y sin picos, por lo que siempre será preferible en cuidados paliativos.
c) La zona de punción es irrelevante si el volumen del infusor es pequeño.
d) La intolerancia local por saturación de la zona es una causa infrecuente de cambio del punto de inserción.

136.- En una persona paciente en cuidados paliativos domiciliarios con insomnio de nueva aparición, ¿cuál de las siguientes opciones sería la más correcta?

a) a) Iniciar de forma inmediata un hipnótico, evitando en la medida de lo posible las benzodiacepinas.
b) Considerar el insomnio como un síntoma secundario a mal control del dolor, por lo que la primera medida será el ajuste del tratamiento analgésico.
c) Valorar causas potencialmente reversibles como dolor, disnea, ansiedad, delirium, nicturia o efectos farmacológicos antes de pautar tratamiento.
d) Indicar siempre una benzodiacepina de vida media larga como primera elección para evitar el despertar precoz.

137.- En relación con el prurito en paciente en cuidados paliativos domiciliarios, señale la respuesta INCORRECTA:

a) En pacientes con prurito relacionado con enfermedad hematológica avanzada, los corticoides sistémicos pueden ser una opción adecuada.
b) La mejor opción en pacientes con prurito de origen oncológico serán los antihistamínicos.
c) En pacientes con prurito secundario a colestasis, uno de los fármacos con mayor evidencia es la rifampicina.
d) El uso de la naltrexona es correcto, aunque complejo en pacientes con tratamiento con opioides.

138.- En una persona paciente en cuidados paliativos domiciliarios con insomnio de conciliación asociado a ansiedad nocturna, sin datos de delirium ni disnea mal controlada, ¿cuál de los siguientes fármacos sería el más razonable como opción sintomática?

a) Midazolam subcutáneo a dosis bajas como primera medida de rutina.
b) Benzodiacepina a dosis bajas, ajustada al contexto clínico y reevaluando respuesta y efectos adversos.
c) El haloperidol oral o subcutáneo será la primera opción.
d) El tratamiento combinado con neurolépticos y antidepresivos, evitando benzodiacepinas, será la mejor opción en esta persona paciente.

139.- En una persona paciente con hipo persistente, refractario a medidas generales, y sospecha de origen central o irritativo mantenido, ¿cuál de los siguientes fármacos puede considerarse entre las opciones terapéuticas útiles en cuidados paliativos?

a) El uso de gabapentina puede ser una opción válida.
b) La administración de insulina rápida puede controlar este síntoma en algunos casos.
c) El butilbromuro de hioscina es el tratamiento etiológico universal del hipo en primera línea.
d) El uso de loperamida de forma mantenida puede ser útil para la prevención de la reaparición del hipo.

140.- Paciente de 89 años con demencia avanzada, Barthel 10, dependencia completa, lenguaje prácticamente ausente, episodios repetidos de broncoaspiración, disfagia grave a líquidos y sólidos, pérdida ponderal progresiva y dos ingresos en los últimos tres meses por infección respiratoria. La familia solicita colocación de gastrostomía "para que no se ahogue y recupere fuerzas". ¿Cuál sería la actitud correcta en un caso así?

a) Indicar gastrostomía de forma preferente, porque reduce de forma demostrada la broncoaspiración y mejora la supervivencia en demencia avanzada.
b) Desaconsejar automáticamente cualquier soporte nutricional, porque la edad avanzada y el deterioro cognitivo lo contraindican.
c) Realizar deliberación clínica y ética sobre objetivos de cuidado, explicando que en demencia avanzada la nutrición enteral no garantiza prevenir aspiraciones ni mejorar de forma consistente supervivencia o calidad de vida.
d) Indicar nutrición parenteral domiciliaria como alternativa menos invasiva que la gastrostomía y, una vez reevaluada la evolución de la persona paciente, considerar la colocación de gastrostomía.

141.- Según la legislación actual en España, uno de los requisitos esenciales para solicitar la prestación de ayuda para morir es:

a) Presentar una única solicitud verbal ante dos testigos que firmen la misma de forma simultánea.
b) Estar afectado exclusivamente por una enfermedad terminal de causa oncológica y sin opciones de tratamiento.
c) Formular una solicitud libre, voluntaria e informada, dentro del procedimiento y garantías previstos por la ley.
d) Que la familia firme el consentimiento por sustitución, dado que en caso contrario se asume que la situación de la persona paciente no justifica el inicio del proceso.

142.- Paciente de 67 años con adenocarcinoma de ovario avanzado, carcinomatosis peritoneal, dos ingresos recientes por suboclusión intestinal, vómitos fecaloideos,

a) Descartar cualquier procedimiento quirúrgico al tratarse de una paciente paliativa, ya que supondría una medida desproporcionada y fuera de la adecuación terapéutica.

b) Indicar colostomía de descarga si se considera técnicamente factible y con expectativa razonable de alivio sintomático proporcionado.
c) Iniciar tratamiento antiemético y antisecretor asociado a sueroterapia en domicilio, dado que la cirugía paliativa no mejoraría calidad de vida de la paciente.
d) Indicar nutrición parenteral total antes de valorar cualquier otra opción para mejorar la situación basal de la paciente.

143.- Paciente de 72 años con cáncer de próstata metastásico óseo conocido, dolor dorsal progresivo, debilidad en miembros inferiores de instauración subaguda, alteración de la marcha y dificultad reciente para la micción. En la exploración presenta déficit motor progresivo y nivel sensitivo compatible con compresión medular. Estado general previo aceptable y expectativa de vida no extremadamente limitada. ¿Qué actitud adoptaría en este caso?

a) Iniciar opioides y reevaluar en domicilio en 72 horas, porque la compresión medular indica una situación de final de vida muy cercano.
b) Considerar la compresión medular una urgencia oncológica y valorar de forma precoz descompresión quirúrgica y/o radioterapia según caso.
c) Evitar corticoides para no enmascarar la evolución neurológica y permitir una reevaluación adecuada.
d) Indicar sedación paliativa precoz por tratarse de una complicación neurológica en paciente avanzado con expectativa de vida muy corta.

144.- Paciente de 70 años con cáncer gástrico avanzado, múltiples metástasis peritoneales y vómitos persistentes por obstrucción de salida gástrica. Mantiene buen nivel cognitivo, dolor controlado, expectativa de vida de varios meses y deseo explícito de poder volver a ingerir pequeñas cantidades por boca si fuera posible. ¿Cuál de las siguientes opciones sería la más razonable si se considera técnicamente factible?

a) a) Descartar cualquier procedimiento invasivo por la situación basal de la persona paciente y colocar una sonda nasogástrica para vaciamiento gástrico.
b) Valorar una prótesis endoscópica o un procedimiento de derivación con finalidad claramente sintomática.
c) Indicar nutrición parenteral domiciliaria como tratamiento de elección inicial y posteriormente reevaluar la situación.
d) Mantener dieta absoluta, sueroterapia y tratamiento con corticoides y octreótido como única opción.

145.- Paciente de 76 años con neoplasia pélvica avanzada, ureterohidronefrosis bilateral, deterioro progresivo de función renal y dolor lumbar, pero con deterioro funcional severo, delirium intermitente, encamamiento casi permanente y enfermedad claramente en fase final. La familia pregunta por una nefrostomía percutánea "para que el riñón vuelva a funcionar". ¿Qué actitud tomaría en este caso?

a) Indicar siempre nefrostomía bilateral, porque las posibilidades de recuperación de función renal justifican el procedimiento.
b) Rechazar la colocación de nefrostomías por la edad de la persona paciente.

c) Valorar críticamente la proporcionalidad del procedimiento, considerando que el beneficio clínico esperado no parece superior al riesgo y coste de estas intervenciones, en este contexto de final de vida.
d) Indicar diálisis inicialmente y posteriormente reevaluar la indicación en función de la evolución clínica.

146.- En relación con la sedación paliativa ante sufrimiento o angustia existencial, señale la respuesta INCORRECTA:

a) Exige una valoración especialmente cuidadosa de refractariedad, proporcionalidad y contexto clínico.
b) Puede plantearse en situaciones excepcionales, tras exploración rigurosa de causas, alternativas y deliberación clínica con la persona paciente..
c) Debe indicarse siempre que la persona paciente verbalice su intención de no querer seguir viviendo, aunque conserve buena interacción y existan alternativas terapéuticas pendientes, debido a la obligación de respetar la voluntad de la persona paciente.
d) Requiere mayor prudencia que en otros síntomas físicos claramente refractarios y el proceso de deliberación debe ser más prolongado, salvo que la aparición concomitante de otros síntomas lo limite.

147.- En relación con las lesiones tumorales cutáneas en cuidados paliativos domiciliarios, señale la respuesta correcta:

a) La presencia de mal olor en una lesión tumoral indica siempre infección invasiva y obliga a iniciar antibioterapia sistémica para mejorar los síntomas
b) El objetivo principal de las curas debe ser la cicatrización completa de la lesión, aunque los procedimientos empleados supongan un aumento del dolor y la manipulación.
c) El plan de curas debe orientarse prioritariamente al control sintomático e impacto sobre la calidad de vida, dentro de estas medidas puede implementarse antibioterapia para disminuir el exudado.
d) Las curas deben realizarse con la máxima frecuencia posible para mantener la lesión totalmente seca y evitar sufrimiento a la persona paciente.

148.- En una lesión tumoral dolorosa, friable y con exudado abundante, ¿cuál de las siguientes medidas es la adecuada para reducir dolor durante las curas?

a) Realizar limpieza vigorosa mediante desbridamiento cortante para retirar todo el tejido desvitalizado en cada cura.
b) Emplear apósitos adherentes para disminuir la movilidad del lecho tumoral y evitar la realización de curas frecuentes.
c) Minimizar la manipulación, utilizar apósitos atraumáticos y anticipar analgesia antes de la cura si es preciso.
d) Mantener exposición al aire para reducir maceración y evitar el contacto con materiales.

149.- En relación con el instrumento NECPAL, señale la respuesta correcta:

a) Su objetivo principal es establecer con exactitud la supervivencia a 30 días en pacientes con necesidad de cuidados paliativos.
b) Es una herramienta orientada a identificar personas con enfermedad avanzada y necesidades paliativas, activando una valoración clínica más profunda.
c) Solo es aplicable a pacientes de oncología con enfermedad avanzada en control de síntomas.
d) Es una herramienta de valoración clínica integral y permite identificar pacientes en diferentes niveles de complejidad dentro de los cuidados paliativos.

150.- En relación con el diagnóstico de complejidad en cuidados paliativos mediante el IDC-Pal, señale la afirmación INCORRECTA:

a) Permite diferenciar situaciones no complejas, complejas y altamente complejas dentro de la atención a pacientes en cuidados paliativos.
b) Su utilidad incluye orientar el nivel de recurso o experiencia profesional que puede requerir el caso.
c) La presencia de elementos de alta complejidad puede justificar la intervención de equipos específicos de cuidados paliativos.
d) Se basa en la carga sintomática física y nivel de dificultad que supone el tratamiento que precisa la persona paciente.

151.- La evaluación nutricional. Señale la respuesta CORRECTA:

a) Su objetivo es identificar deficiencias o excesos nutricionales.
b) Su objetivo es prescribir formulas nutricionales.
c) Es el conjunto de métodos (antropométricos, bioquímicos, clínicos y dietéticos) utilizados para describir el estado de salud y bienestar nutricional de una persona.
d) Las respuestas a) y c) son correctas.

152.- La Valoración Global Subjetiva. Señale la respuesta CORRECTA:

a) Clasifica a las personas pacientes en A-B-C como normo, moderada o gravemente malnutridas.
b) En 1987 Detski, estandariza la Valoración Global Subjetiva (SGA).
c) Hace énfasis en que figure en la historia clínica: la pérdida de peso, la ingesta actual insuficiente y otros parámetros de interés.
d) Las respuestas a), b) y c) son correctas.

153.- Sobre la Desnutrición. Señale la respuesta FALSA:

a) La desnutrición es un problema común en pacientes con enfermedades crónicas o graves.
b) La prevalencia de la desnutrición hospitalaria oscila entre el 20 % y el 50 %, dependiendo de los criterios utilizados para determinarla y las características de la persona paciente.

c) Se sabe que el estado nutricional empeora durante la hospitalización, debido en parte a la escasa detección por parte del personal médico y a prácticas clínicas inadecuadas.
d) Diversos estudios han demostrado repetidamente que la desnutrición clínica no es un problema prioritario en pacientes en hospitalización.

154.- Sobre la Desnutrición. Señale la respuesta FALSA:

a) Se ha demostrado que una atención nutricional adecuada puede reducir la prevalencia de la desnutrición hospitalaria y sus costes.
b) La administración de suplementos nutricionales a todas las personas enfermas ingresadas evita la desnutrición relacionada con la enfermedad.
c) La evaluación nutricional precoz es fundamental para iniciar una terapia nutricional oportuna y evitar complicaciones.
d) La evaluación nutricional es fundamental para detectar la desnutrición precozmente.

155.- Sobre la Desnutrición. Señale la respuesta FALSA:

a) En los países desarrollados, la desnutrición suele ocurrir como resultado de falta de ingesta dietética en la población.
b) En los países desarrollados, la desnutrición es un problema particular entre las personas pacientes hospitalizadas.
c) Hay muchas razones detrás de la desnutrición, entre ellas la propia enfermedad.
d) La desnutrición es una condición médica causada por la deficiencia de nutrientes debido a una ingesta disminuida, un aumento de las pérdidas o un aumento de las necesidades.

156.- Que factores contribuyen al desarrollo de la desnutrición relacionada con la enfermedad. Señale la respuesta CORRECTA:

a) Ciertos procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
b) Poco conocimiento e interés en el estado nutricional de las personas pacientes por parte del personal de salud.
c) La falta de estrategias para evitar periodos de ayuno.
d) Todas las respuestas son CORRECTAS.

157.- De las siguientes afirmaciones respecto a la desnutrición señale la que considere FALSA:

a) La desnutrición relacionada con la enfermedad se asocia con una recuperación más lenta.
b) La desnutrición relacionada con la enfermedad se asocia con mayores tasas de morbilidad y mortalidad.
c) La desnutrición relacionada con la enfermedad se asocia con una estancia hospitalaria prolongada y un aumento de los costes sanitarios.
d) La desnutrición relacionada con la enfermedad no se asocia a tasas de reingresos más elevadas.

158.- Entre las herramientas clásicas para la valoración nutricional se encuentran todas las siguientes menos una que es FALSA:

a) Historia dietética.
b) Ingesta de agua en las últimas 24 horas.
c) Circunferencia de la pantorrilla y braquial.
d) Pliegues cutáneos.

159.- Respecto a la valoración Morfofuncional, señale la respuesta FALSA:

a) Aporta valor diagnóstico a las situaciones clínicas de desnutrición y sobrenutrición.
b) Aporta valor pronostico a las situaciones clínicas de desnutrición y sobrenutrición.
c) Es una exploración radiológica de la composición corporal.
d) Permite una monitorización precisa de los cambios.

160.- Señale cuál de las siguiente opciones NO constituye una limitación de interpretación de la valoración nutricional clásica:

a) Deshidratación.
b) Insuficiencia renal.
c) Estados de depresión.
d) Descompensaciones hidrópicas.

161.- La ecografía Nutricional:

a) Técnica emergente, económica, portátil y no invasiva.
b) Estudia la morfología y la estructura de la masa muscular.
c) Las dos respuestas a) y b) son correctas.
d) Ninguna de las dos respuestas a) y b) son correctas.

162.- Todos los siguientes son métodos de cribado del riesgo nutricional, menos uno. Señale el FALSO:

a) Valoración Global Subjetiva.
b) Herramienta Universal de cribado de la desnutrición MUST.
c) Mini evaluación Nutricional MNA.
d) Cribado del estado nutricional.

163.- Respecto al síndrome de realimentación, señale la respuesta correcta:

a) Se caracteriza por hiperglucemia, hiperpotasemia, e hipermagnesemia.
b) Puede aparecer en personas pacientes con desnutrición o sometidas a ayuno prolongado tras reiniciar la nutrición.
c) Se previene iniciando una nutrición plena desde el primer día para cubrir todos los requerimientos.
d) Las respuestas a) y b) son correctas.



164.- El aporte energético para una persona paciente… Señale la respuesta CORRECTA:

a) Necesitamos hacer una calorimetría directa para poder calcularlo.
b) Siempre tendremos que aplicar una formula predictiva corregida para su cálculo.
c) La ecuación simple más utilizada y recomendada por las guías clínicas 20-25 kcal/kg/día.
d) Habrá que valorar el BUN para su cálculo.

165.- Respecto el aporte de proteínas, señale la CORRECTA:

a) Paciente con función renal normal, pero con riesgo de IRC (diabetes, HTA, monorreno, etc.) Menos de 1g de proteínas /kg/día.
b) Insuficiencia Renal leve - moderada (estadios I y III) 1g de proteínas /kg/día.
c) Insuficiencia Renal grave (estadios IV y V) 1g de proteínas /kg/día.
d) Pacientes en diálisis 0,6 g de proteínas /kg/día.

166.- El Gasto Energético Basal o GEB corresponde a… Señale la respuesta CORRECTA:

a) Cantidad de energía que una persona gasta cuando realiza ejercicios.
b) La medida de la energía que una persona gasta diariamente cuando se encuentra en ayunas (12-18 horas antes), en reposo, y tranquila y a una temperatura ambiente agradable.
c) Cantidad total de energía que una persona gasta diariamente.
d) Conjunto de sustancias químicas que aumentan los procesos de biosíntesis.

167.- De las siguientes afirmaciones, señale la respuesta que sea FALSA:

a) El objetivo del tratamiento nutricional se basa en mantener el equilibrio calórico y la síntesis proteica.
b) La persona sana requiere 1g de proteínas por kg de peso y día.
c) Una persona enferma puede necesitar entre 1 y 1,7g de proteínas por kg de peso y día.
d) Una persona enferma puede necesitar entre 40-50 kcal por kg de peso y día.

168.- En cuanto a la Nutrición Artificial. Señale la respuesta CORRECTA:

a) Las respuestas b) y c) son correctas
b) La utilización de la nutrición enteral tiene efecto trófico sobre la mucosa intestinal
c) La utilización de la nutrición enteral es más fisiológica que la parenteral
d) La utilización de la nutrición enteral es de mayor coste que la parenteral

169.- En cuanto a la Nutrición Artificial. Señale la respuesta FALSA:

a) En las últimas décadas los avances tecnológicos han permitido el acceso al sistema digestivo por el desarrollo de nuevos materiales.

b) En las últimas décadas los avances tecnológicos han permitido el acceso al sistema digestivo por el desarrollo de nuevos procedimientos.
c) Si se plantean periodos de nutrición enteral inferiores a 4- 6 semanas la vía de elección es la sonda nasogástrica.
d) Dada la buena tolerancia de los materiales utilizados actualmente la sonda nasogástrica se puede mantener por periodos superiores a los 6 meses.

170.- Aunque todas las personas pacientes con nutrición enteral pueden presentar un episodio de broncoaspiración en cualquier momento de la evolución, las mayores posibilidades se dan en los siguientes casos. Señale la FALSA:

a) Persona anciana.
b) Persona anciana con caquexia.
c) Pacientes con gastroparexia.
d) Persona anciana con demencia.

171.- Para mantener la nutrición oral en una persona paciente paciente se precisa… Señale la respuesta CORRECTA:

a) Que los preparados tengan aspecto, olor y sabor agradable.
b) Que la persona paciente mantenga adecuado tránsito intestinal diario.
c) Que la persona paciente entienda el tratamiento nutricional.
d) Todas las respuestas a) b) y c) son correctas.

172.- La sonda naso-entérica... Señale la respuesta CORRECTA:

a) La ubicación habitual de la sonda naso-entérica es la segunda-tercera porción del duodeno o en el yeyuno.
b) Está indicada en pacientes con sistema digestivo integro anatómicamente y funcional.
c) Está indicada en pacientes con buen nivel de conciencia.
d) Su inserción es sencilla usando el método ciego o paso espontaneo.

173.- Para realizar una gastrostomía, se precisa. Señale la respuesta CORRECTA:

a) Estomago sin enfermedad primaria.
b) Vaciamiento gástrico y duodenal normal.
c) Reflujo esofágico mínimo o inexistente.
d) Todas las respuestas son correctas, a), b) y c).

174.- Las contraindicaciones de la gastrostomía son las siguientes. Señale la respuesta FALSA:

a) Supervivencia esperada menor a 6 semanas.
b) Alteración grave de la coagulación.
c) Alteración grave de la conciencia.
d) Insuficiencia cardiaca descompensada.

175.- La gastrostomía radiológica percutánea:

a) Se puede utilizar cuando hay dificultad al paso del endoscopio.
b) Se puede usar cuando hay imposibilidad de transiluminación.
c) Esta especialmente indicada cuando hay cirrosis hepática, hipertensión portal y ascitis significativa.
d) Las respuestas a) y b) son correctas.

176.- Antes de comenzar la alimentación a través de una sonda ya insertada se deben hacer unas valoraciones previas. Señale la respuesta CORRECTA:

a) Comprobar la colocación de la sonda.
b) Incorporar a la persona paciente 40-45 º.
c) Calcular las necesidades calórico-proteicas diarias.
d) Todas las respuestas a), b) y c) son correctas.

177.- De las siguientes afirmaciones señale la respuesta CORRECTA:

a) Para elegir la fórmula más adecuada para nutrición enteral hay que basarse principalmente en su efectividad clínica.
b) Para elegir la fórmula más adecuada para nutrición enteral hay que basarse principalmente en su coste económico.
c) En general las fórmulas poliméricas enriquecidas con fibra están indicadas en todas las personas pacientes.
d) En general, en las personas pacientes ancianas las fórmulas hiperproteicas enriquecidas con fibra están indicadas en todas ellas.

178.- La Nutrición Parenteral Domiciliaria. Señale la FALSA:

a) Una de sus complicaciones es la Trombosis Venosa.
b) Es la administración por vía venosa de todos los nutrientes necesarios para reponer o mantener el estado nutricional.
c) El seguimiento y la atención urgente se puede canalizar mediante las Unidades de Hospitalización a Domicilio.
d) Los servicios de urgencia en general suelen estar poco familiarizados con la técnica de la nutrición parenteral domiciliaria.

179.- Las complicaciones de la Nutrición Parenteral Domiciliaria. Señale la respuesta CORRECTA:

a) Obstrucción- rotura del catéter.
b) Infección relacionada con el catéter.
c) Posición incorrecta del catéter.
d) Las respuestas a) y b) son correctas.

180.- Las complicaciones del uso prolongado de la Nutrición Parenteral Domiciliaria, incluye todas menos una de las siguientes. Señale la FALSA:

a) Esteatosis hepática.
b) Hepatocarcinoma.
c) Barro biliar y colelitiasis.
d) Colestasis intrahepática.

181.- En la infección relacionada con el catéter en la Nutrición Parenteral domiciliaria, cuál de los siguientes es criterio para retirar el catéter. Señale la CORRECTA:

a) Nunca se debe retirar el catéter.
b) Infecciones causadas por hongos o microorganismos difíciles de tratar como el E. Colli.
c) Existencia de infección del túnel.
d) Persistencia de fiebre o bacteriemia después de las 6-10 primeras horas de iniciado el tratamiento.

182.- Una vez indicado un Tratamiento Médico Nutricional Domiciliario a la persona paciente y comprobado que cumple los requisitos para poder ser derivada al domicilio, es necesario… Señale la respuesta CORRECTA:

a) Que la prescripción de las fórmulas con los nutrientes necesarios, la disponibilidad de las vías de administración y la especificación de las pautas más adecuadas para la situación clínica y al ambiente domiciliario se hayan establecido.
b) Elaborar un plan de actuación concreto.
c) Establecer objetivos nutricionales tanto a corto como a largo plazo.
d) Todas las respuestas son correctas.

183.- La indicación del Tratamiento Médico Nutricional Domiciliario debe ser suspendido. Señale la respuesta FALSA

a) No sea ya necesario para la persona paciente porque se hayan alcanzado los objetivos planteados.
b) El tratamiento exceda el coste estimado para el tipo de paciente.
c) Los beneficios del tratamiento sean inferiores a las cargas que el tratamiento comporta.
d) El tratamiento no logre aportarle los beneficios esperados.

184.- Respecto a las sondas de gastrostomía. Señale la respuesta CORRECTA:

a) La sonda se recambiará al mes de su inserción por una de balón.
b) La sonda solo se recambiará si presenta problemas (obstrucciones) que no puedan solucionarse con otras medidas o ante rotura o desperfectos.
c) En la extracción accidental de la sonda de gastrostomía a la semana de su inserción no reviste urgencia ya que se soluciona fácilmente con una sonda de recambio.
d) Todas las respuestas son falsas.

185.- Respecto al control y monitorización de una persona paciente con Nutrición Enteral Domiciliaria. Señale la respuesta CORRECTA:

a) En principio, se acepta que la persona paciente tolera la dieta y la pauta prescritas, por lo que la monitorización clínica se limitará, básicamente, a valorar la existencia, o no, de posibles complicaciones relacionadas con este tratamiento.
b) Al inicio de una NED, es importante realizar una visita de control, para comprobar la competencia de la persona paciente o familiar en el manejo de la técnica.
c) La frecuencia de las visitas se programará en función del grado de independencia de la persona paciente y de las posibilidades del equipo de tratamiento.
d) Todas las respuestas a), b) y c) son correctas.

186.- Respecto a las complicaciones de la Nutrición Enteral Domiciliaria. Señale la respuesta CORRECTA:

a) La mejor manera de evitar las complicaciones de la NED es saber que pueden aparecer.
b) Lo habitual es que se presenten complicaciones banales, las relacionadas con la posición y la permeabilidad de la sonda las más frecuentes.
c) Mantener a la persona paciente incorporada durante y, por lo menos, media hora después de comer, no previene la broncoaspiración es necesario colocar sondas a nivel intestinal.
d) En pacientes que portan sondas naso-entéricas la peor complicación es la necrosis del trayecto.

187.- Entre las complicaciones más frecuentes relacionadas con las gastrostomías están… Señale la respuesta CORRECTA:

a) Salida de contenido gástrico a través del estoma.
b) La infección del estoma.
c) El enterramiento del tope interno de la sonda o buried bumper syndrome.
d) Todas las respuestas a), b) y c) son correctas.

188.- Las complicaciones digestivas observadas con mayor frecuencia en la NED son… Señale la respuesta CORRECTA:

a) El estreñimiento.
b) La diarrea.
c) La regurgitación.
d) Todas las respuestas a), b) y c) son correctas.

189.- Respecto a la Nutrición Enteral Domiciliaria. Señale la respuesta FALSA:

a) El estreñimiento suele ser secundario a la deshidratación, la disminución de la actividad física y a la medicación concomitante.
b) En el caso de encontrarse ante una persona paciente con diarreas se debe tener una pauta establecida de actuación que va desde reducir la velocidad de infusión o el

volumen del bolo, retrasar un bolo, cambiar la fórmula de nutrición enteral por una rica en fibra soluble o una fórmula peptídica o administrar agentes antidiarreicos.

c) Los vómitos siempre están relacionados con la formula.

d) Los vómitos y la regurgitación de la fórmula de nutrición son de etiología multifactorial, y pueden comportar el grave problema de la broncoaspiración.

190.- En pacientes con Nutrición Parenteral Domiciliaria es muy importante la instrucción sobre el método de administración, los cuidados de la vía y la identificación de los síntomas que alerten sobre posibles complicaciones. De las siguientes respuestas señale la FALSA:

a) Es imprescindible realizarla antes del paso de la persona paciente al domicilio.

b) Solo en ocasiones, se podría realizar en el mismo domicilio si se cuenta con la atención de hospitalización a domicilio.

c) Nunca se debe realizar la formación en el domicilio de la persona paciente.

d) El entrenamiento debe ir dirigido a la persona paciente y a su persona cuidadora principal.

191.- En el contexto de las infecciones osteoarticulares, ¿cuál es la muestra de elección para el diagnóstico microbiológico?

a) Frotis superficial de la herida quirúrgica.

b) Hemocultivos periféricos exclusivamente.

c) Muestra de tejido óseo o líquido articular obtenida mediante punción o cirugía.

d) Exudado del trayecto fistuloso cutáneo.

192.- Sobre el transporte y conservación de muestras microbiológicas, señale la opción INCORRECTA:

a) El líquido cefalorraquídeo para cultivo bacteriano debe transportarse en menos de 15 minutos y conservarse a 35 °C, nunca refrigerado.

b) Las muestras de orina para cultivo bacteriano pueden conservarse hasta 24 horas a 2-8 °C si no se procesan de inmediato.

c) c) Los frascos de hemocultivo inoculados deben conservarse a 2-8 °C antes de introducirlos en el sistema automatizado.

d) d) Las muestras de tejidos y biopsias para cultivo bacteriano pueden conservarse hasta 24 horas a 2-8 °C si no se procesan de inmediato.

193.- En una persona paciente con bronquiectasias y primoinfección por *Pseudomonas aeruginosa*, sin criterios de gravedad ni inmunosupresión, ¿cuál es el tratamiento de elección?

a) Colistimetato inhalado en monoterapia durante 3 meses.

b) Ciprofloxacino 750 mg/12 h vía oral durante 3 semanas.

c) Tobramicina inhalada 112 mg/12 h de forma continua.

d) Azitromicina 500 mg tres veces por semana más ciprofloxacino oral.

194.- **Un paciente de 68 años es admitido en hospitalización a domicilio tras inicio de tratamiento por celulitis en miembro inferior izquierdo. A las 48 horas de tratamiento antibiótico, el área eritematosa ha aumentado ligeramente. ¿Cuál es la actitud más adecuada?**

a) Informar al paciente de que un aumento del eritema en las primeras 48 horas es esperable y no implica extensión de la infección, manteniendo el antibiótico hasta la reevaluación a las 72 horas.
b) Escalar inmediatamente a antibioterapia intravenosa ante cualquier progresión del eritema en las primeras 48 horas.
c) Solicitar hemocultivo y analítica urgente ante el empeoramiento clínico a las 48 horas.
d) Cambiar el antibiótico oral por otro de diferente espectro, ya que el aumento del eritema indica fracaso terapéutico.

195.- **Un paciente atendido en hospitalización a domicilio presenta bacteriemia por Enterococcus faecalis sensible a ampicilina, sin criterios de endocarditis infecciosa ni bacteriemia complicada. ¿Cuál es la pauta antibiótica de primera línea más adecuada en este contexto?**

a) Vancomicina en dosis altas (20-30 mg/kg/día) en infusión continua domiciliaria.
b) Ampicilina 2 g IV cada 4 horas, con o sin ceftriaxona 2 g IV cada 12 horas.
c) Daptomicina 10-12 mg/kg/día IV en dosis única diaria.
d) Linezolid 600 mg oral cada 12 horas como primera opción por su disponibilidad domiciliaria.

196.- **En relación con el tratamiento antibiótico de las infecciones por Enterococcus faecalis, señale cuál de las siguientes opciones NO es válida como tratamiento de primera línea o de rescate adecuado en ningún escenario clínico:**

a) Ampicilina intravenosa, por su actividad frente a E. faecalis sensible a aminopenicilinas.
b) Vancomicina intravenosa, en cepas de E. faecalis resistentes a betalactámicos o en pacientes con alergia grave a los mismos.
c) Daptomicina a dosis altas, en bacteriemia por E. faecalis resistente a vancomicina con fracaso de otras opciones.
d) Ertapenem en monoterapia, como alternativa carbapenémica en infecciones graves por E. faecalis sensible a ampicilina.

197.- **Una paciente de 58 años con diabetes mellitus tipo 2 es dada de alta desde cirugía a la unidad de hospitalización a domicilio tras drenaje percutáneo de un absceso hepático piogénico unilocular de 4 cm. Se decide completar el tratamiento antibiótico en domicilio. ¿Cuál es la pauta de antibioterapia empírica más adecuada para esta paciente?**

a) Amoxicilina-ácido clavulánico 875/125 mg/8 h vía oral en monoterapia.
b) Ceftriaxona 2 g/24 h intravenosa más metronidazol 500 mg/8 h.
c) Ampicilina-sulbactam intravenosa como primera elección empírica.
d) Ciprofloxacino 500 mg/12 h vía oral en monoterapia.

198.- En la evaluación de una persona paciente con colecistitis aguda grado II candidata a tratamiento antimicrobiano, el personal médico responsable valora si existe riesgo de infección por enterobacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido (BLEE) para ajustar la antibioterapia empírica. ¿Cuál de los siguientes factores de riesgo es el que se asocia de forma más específica a la infección por BLEE en este contexto biliar?

a) Sexo femenino y edad inferior a 50 años.
b) Presencia de litiasis biliar única sin episodios previos de colangitis.
c) Uso de antibioterapia de amplio espectro en los 3 meses previos y antecedente de infección o colonización por BLEE.
d) Dolor en hipocondrio derecho de menos de 24 horas de evolución sin fiebre.

199.- Un paciente de 45 años sin comorbilidades ingresa en hospitalización a domicilio para completar tratamiento antibiótico tras cirugía por peritonitis secundaria extrahospitalaria de origen apendicular. Presenta buena evolución clínica con tolerancia oral. ¿Cuál es el antibiótico de primera elección por vía intravenosa para la fase parenteral del tratamiento en el domicilio?

a) Imipenem intravenoso en monoterapia como primera elección empírica.
b) Vancomicina intravenosa en monoterapia, dado el riesgo de Staphylococcus aureus resistente.
c) Piperacilina-tazobactam intravenoso como pauta de primera elección para peritonitis intrahospitalaria.
d) Cefotaxima o ceftriaxona intravenosa más metronidazol, como esquema de primera elección para peritonitis secundaria extrahospitalaria.

200.- Un paciente de 55 años ingresado por colangitis aguda grado I (leve) ha recibido drenaje biliar endoscópico efectivo y antibioterapia intravenosa con ceftriaxona. A las 48 horas se encuentra afebril, con mejoría clínica y tolerancia oral adecuada. Se plantea su continuación en hospitalización a domicilio. ¿Cuál es el criterio más CORRECTO respecto a la duración del tratamiento antibiótico en este escenario?

a) El tratamiento antibiótico debe mantenerse siempre un mínimo de 14 días, independientemente de la respuesta al drenaje.
b) Ante buena respuesta clínica, se debe escalar el antibiótico a piperacilina-tazobactam para completar el tratamiento domiciliario.
c) Si el drenaje biliar ha sido efectivo, el tratamiento antibiótico puede retirarse entre los 3 y 5 días posteriores al mismo.
d) Permanecer afebril a las 48 horas obliga a suspender de inmediato la antibioterapia sin completar ningún ciclo.

201.- El equipo de hospitalización a domicilio atiende a una persona paciente con trasplante renal en tratamiento domiciliario con antibiótico endovenoso. Se solicita determinación cuantitativa de carga viral de citomegalovirus (CMV) en plasma para monitorización. ¿Qué técnica de laboratorio permite esta cuantificación?

a) Western blot en suero.
b) Tinción de Giemsa en sangre periférica.
c) PCR cuantitativa en tiempo real (qPCR).
d) Inmunocromatografía de flujo lateral para detección de antígeno.

202.- En el contexto del tratamiento antimicrobiano, una persona paciente con osteomielitis crónica por Staphylococcus aureus sensible a la meticilina (SAMS) inicia tratamiento con cloxacilina intravenosa. Para optimizar su eficacia farmacodinámica, ¿cuál de las siguientes estrategias de administración es la más adecuada?

a) Fraccionar la dosis total en administraciones frecuentes para mantener concentraciones superiores a la CMI el mayor tiempo posible.
b) Aumentar el intervalo entre dosis para aprovechar el efecto postantibiótico prolongado frente a grampositivos.
c) Administrar la dosis total diaria en una única infusión para maximizar la Cmax.
d) Iniciar infusión continua de cloxacilina desde el primer día sin dosis de carga, dado que no requiere alcanzar concentraciones pico elevadas.

203.- El personal médico del equipo de hospitalización a domicilio valora iniciar ceftriaxona 2 g/24 h en una persona paciente con pielonefritis por Escherichia coli. Respecto a las propiedades farmacocinéticas de ceftriaxona que la hacen especialmente atractiva para el tratamiento ambulatorio parenteral, señale la afirmación CORRECTA:

a) Su semivida de eliminación corta (< 1 hora) obliga a infusión continua para mantener el t > CMI adecuado.
b) Su elevado volumen de distribución (≈ 4 L/kg) garantiza penetración tisular superior a la de otros betalactámicos.
c) Su semivida de eliminación prolongada (≈ 8 horas) permite la administración en dosis única diaria, facilitando el régimen ambulatorio.
d) Su actividad es concentración-dependiente, por lo que la pauta de una dosis diaria maximiza la ratio Cmax/CMI.

204.- En una unidad de hospitalización a domicilio, se plantea el uso de gentamicina en dosis extendida (once-daily) para el tratamiento de una infección por Pseudomonas aeruginosa sensible. ¿Cuál de los siguientes fundamentos farmacodinámicos justifica principalmente esta estrategia frente al régimen de dosis fraccionadas convencionales?

a) La gentamicina tiene actividad tiempo-dependiente, por lo que concentraciones mantenidas por encima de la CMI durante más tiempo se traducen en mayor eficacia clínica.

b) La administración de dosis altas e infrecuentes aprovecha la actividad concentración-dependiente del fármaco y su efecto postantibiótico prolongado frente a gramnegativos, maximizando la ratio Cmax/CMI.

c) Las dosis extendidas reducen la nefrotoxicidad al eliminar completamente la acumulación del fármaco en el túbulo proximal renal.

d) La vancomicina y los aminoglucósidos comparten el mismo parámetro farmacodinámico predictor de eficacia, por lo que la estrategia de dosis única diaria es igualmente aplicable a ambos en el tratamiento antimicrobiano.

205.- El equipo de hospitalización a domicilio plantea el uso de vancomicina en infusión continua como alternativa al régimen intermitente convencional (1 g/12 h) en una persona paciente con bacteriemia por SARM tratada en domicilio. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre esta estrategia es la más CORRECTA según la evidencia disponible?

a) La infusión continua de vancomicina está plenamente respaldada por ensayos clínicos aleatorizados que demuestran superioridad en erradicación microbiológica frente al régimen intermitente, especialmente en el contexto domiciliario.

b) La semivida de eliminación corta de la vancomicina (< 1 hora) obliga al uso de infusión continua para mantener concentraciones terapéuticas.

c) La infusión continua de vancomicina elimina la necesidad de monitorización de concentraciones séricas en el domicilio, simplificando la gestión por parte de la persona paciente.

d) Dado que vancomicina tiene actividad tiempo-dependiente y un efecto post-antibiótico (EPA) de 2-3 horas frente a grampositivos, la infusión continua podría maximizar el t > CMI; sin embargo, la evidencia en términos de superioridad clínica sobre el régimen intermitente es limitada y existen problemas prácticos relevantes como la compatibilidad y la tromboflebitis.

206.- Un paciente de 38 años en seguimiento por hospitalización a domicilio presenta absceso cerebral de 2 cm en lóbulo frontal secundario a sinusitis, sin efecto masa ni desplazamiento de línea media. Está hemodinámicamente estable, afebril desde hace 5 días y con mejoría clínica bajo antibioterapia intravenosa. ¿Cuál es la actitud más adecuada respecto a la duración del tratamiento antibiótico?

a) Suspender el tratamiento antibiótico al completar 2 semanas, dado que el paciente está afebril y con mejoría clínica.

b) Mantener el tratamiento entre 6 y 8 semanas, ya que una duración menor aumenta el riesgo de recurrencia.

c) Prolongar el tratamiento hasta 6 meses para asegurar la esterilización del foco en el sistema nervioso central.

d) La duración debe limitarse a 4 semanas, suficiente una vez formada la cápsula tardía.

207.- En cuanto a la antibioterapia empírica del absceso cerebral, ¿cuál de las siguientes combinaciones es la más adecuada ante la sospecha de transmisión hematógena desde foco visceral?

a) Metronidazol (dosis de carga 15 mg/kg seguida de 7,5 mg/kg/8 h) más una cefalosporina de tercera generación.
b) Ceftazidima (2 g/8 h) más vancomicina (15 mg/kg/12 h).
c) Vancomicina (15 mg/kg/12 h) más meropenem (2 g/8 h).
d) Linezolid en monoterapia como opción empírica.

208.- Una persona paciente incluida en el programa de hospitalización a domicilio para completar tratamiento de un absceso cerebral presenta, a los 18 días de antibioterapia correcta, persistencia de fiebre y ausencia de mejoría clínica. La resonancia magnética de control muestra lesión estable sin reducción de tamaño. ¿Cuál es la actitud más indicada?

a) Mantener el mismo régimen antibiótico hasta completar 8 semanas sin realizar más pruebas complementarias, ya que el tiempo de respuesta en el absceso cerebral es lento.
b) Repetir los cultivos y las pruebas de imagen, y valorar la necesidad de drenaje quirúrgico o cambio de pauta antibiótica.
c) Añadir corticoterapia sistémica de forma empírica para reducir el edema y mejorar la respuesta clínica.
d) Iniciar tratamiento antifúngico empírico de amplio espectro ante la falta de respuesta al tratamiento antibiótico.

209.- En relación con las propiedades fisicoquímicas de los antibióticos que se administran por vía intravenosa en el domicilio, señale cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA:

a) La osmolaridad de la solución infundida y el pH de la mezcla son factores relevantes para la selección del acceso vascular periférico o central.
b) La naturaleza vesicante de un antibiótico puede neutralizarse reduciendo la velocidad de infusión, por lo que en el domicilio es aceptable administrar fármacos vesicantes por catéter periférico corto si el ritmo de infusión es lento.
c) Un pH entre 5 y 7,5 se considera de alto riesgo para la administración periférica, por lo que siempre obliga a la canalización de un acceso central.
d) Las opciones a) y b) son ciertas.

210.- Una persona paciente en hospitalización a domicilio debe recibir un antibiótico intravenoso con una osmolaridad medida de 630 mOsm/L, pH de 3,8 y una duración prevista de tratamiento de 14 días. Según los criterios de selección del acceso vascular, ¿qué tipo de catéter es el más adecuado?

a) Catéter venoso periférico corto, por ser el de menor riesgo de bacteriemia asociada a catéter.
b) Catéter de línea media (midline), ya que está indicado en tratamientos de 7 a 14 días independientemente de las características de la solución.

c) Catéter venoso central, dado que la solución presenta osmolaridad >600 mOsm/L y pH <4, lo que la clasifica como de alto riesgo.
d) Cualquier acceso vascular es válido si se reduce la tasa de infusión.

211.- En el contexto del tratamiento antimicrobiano intravenoso, ¿cuál de los siguientes antibióticos, en la concentración y diluyente indicados, sería aceptable para su administración a través de un catéter venoso periférico corto en un tratamiento de 5 días?

a) Vancomicina 10 mg/mL (1.000 mg/100 mL en SG 5%), osmolaridad 254 mOsm/L y pH 3,61.
b) Ceftriaxona 20 mg/mL (1 g/50 mL en SG 5%), osmolaridad 404 mOsm/L y pH 6,57.
c) Aciclovir 5 mg/mL (500 mg/100 mL en SS 0,9%), osmolaridad 288 mOsm/L y pH 11,04.
d) Vancomicina 4 mg/mL (1.000 mg/250 mL en SG 5%), osmolaridad 285 mOsm/L y pH 3,70.

212.- En hospitalización a domicilio, una persona paciente con infección osteoarticular por Staphylococcus aureus sensible a meticilina debe completar 6 semanas de tratamiento antibiótico intravenoso. Al valorar el acceso vascular más adecuado para todo el tratamiento, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?

a) La duración del tratamiento, superior a 1 mes, favorece la indicación de un acceso venoso central de larga duración frente al catéter periférico corto.
b) Si se emplea cloxacilina 20 mg/mL (osmolaridad ~261 mOsm/L en SS 0,9%, pH ~4,90, no vesicante), su perfil fisicoquímico corresponde a riesgo moderado por el pH, lo que también puede orientar la elección del catéter.
c) Un PICC (peripherally inserted central catheter) es una opción adecuada para tratamientos de más de 1 mes en el ámbito domiciliario.
d) El catéter venoso periférico corto es el acceso recomendado para tratamientos antibióticos que superen las 6 semanas de duración, siempre que el antibiótico sea de bajo riesgo fisicoquímico.

213.- Un paciente de 68 años ingresa en la unidad de hospitalización a domicilio para completar tratamiento antibiótico de una espondilodiscitis lumbar. Los hemocultivos previos fueron negativos y la biopsia ósea guiada por TC aisló Staphylococcus aureus sensible a meticilina (SASM). Tras 7 días de cefazolina intravenosa con buena evolución clínica y descenso progresivo de la PCR, se plantea el paso a terapia antibiótica oral. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la secuenciación a vía oral es CORRECTA?

a) Está contraindicada porque la espondilodiscitis por S. aureus requiere tratamiento intravenoso durante al menos 6 semanas en todos los casos.
b) Es una opción válida si se utilizan antibióticos con alta biodisponibilidad oral y buena penetración ósea, como fluoroquinolonas o cotrimoxazol, aunque en infección por S. aureus el total de tratamiento debe prolongarse al menos 8 semanas.

c) Los betalactámicos orales son de primera elección para la secuenciación en osteomielitis por su elevada biodisponibilidad y buena penetración ósea.
d) Puede realizarse en cualquier momento si la evolución clínica es positiva, independientemente del microorganismo causal y de la presencia de abscesos.

214.- En relación con el diagnóstico microbiológico de la osteomielitis crónica en el contexto de la hospitalización a domicilio, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?

a) El cultivo mediante torunda de la úlcera subyacente tiene escasa correlación con el cultivo obtenido por biopsia ósea y no debe utilizarse para guiar el tratamiento definitivo.
b) Si el cultivo de la biopsia ósea es negativo en un primer intento, se recomienda suspender el antibiótico 48-72 horas antes de tomar una segunda muestra, añadiendo procesamiento para hongos y micobacterias.
c) El cultivo de la secreción obtenida del orificio fistular puede sustituir a la biopsia ósea para guiar el tratamiento antibiótico definitivo, siempre que se realice con lavado previo con suero salino.
d) La existencia de más de 5 neutrófilos por campo en el análisis histopatológico de la biopsia ósea es diagnóstica de infección, aunque los cultivos sean negativos.

215.- Una paciente de 54 años con osteomielitis crónica de tibia derecha es candidata a terapia antibiótica supresora (TAS) de forma indefinida porque el desbridamiento quirúrgico comprometería gravemente la función de la extremidad. Con respecto a la elección del antibiótico más adecuado para la TAS a largo plazo, ¿cuál de los siguientes NO sería el fármaco de elección preferente?

a) Linezolid.
b) Cotrimoxazol
c) Doxiciclina
d) Cefalosporinas orales.

216.- Una persona paciente en tratamiento antimicrobiano domiciliario lleva el difusor elastomérico pegado al cuerpo durante el día. Para minimizar la degradación del antimicrobiano por temperatura excesiva, ¿cuál de las siguientes instrucciones es la más importante transmitir a la persona paciente al alta?

a) No dormir con el difusor bajo la ropa de cama ni exponerlo directamente al sol; guardarlo fuera del cuerpo durante el descanso nocturno.
b) Mantener el difusor en la nevera durante toda la infusión para evitar la degradación.
c) Agitar el difusor suavemente cada dos horas para homogeneizar la solución.
d) Envolver el difusor en ropa de abrigo para protegerlo del frio y mantener una temperatura estable.

217.- Un servicio de hospitalización a domicilio evalúa la posibilidad de tratar en domicilio una infección osteoarticular por Pseudomonas aeruginosa multirresistente con ceftazidima-avibactam en infusión continua de 24 horas. Los difusores se prepararían con una semana de antelación y se almacenarían en nevera. ¿Cuál es el principal problema de seguridad que debe considerarse antes de aprobar esta práctica?

a) La concentración de avibactam cae por debajo del 90% durante el almacenamiento refrigerado, comprometiendo la eficacia del fármaco.
b) Ceftazidima-avibactam es incompatible con los difusores elastoméricos de uso domiciliario y solo puede administrarse mediante bombas electrónicas.
c) La ceftazidima se degrada completamente durante la semana de almacenamiento refrigerado, haciendo inviable la preparación anticipada.
d) La piridina, producto de degradación toxico de la ceftazidima, puede superar el límite permitido por la Farmacopea Europea ya durante el almacenamiento refrigerado, antes de que la persona paciente inicie la infusión.

218.- Un paciente de 67 años con bacteriemia por Staphylococcus aureus sensible a meticilina (SAMS) sin foco endovascular ni prótesis es admitido en hospitalización a domicilio al tercer día de tratamiento. Los hemocultivos de control a las 72 h son negativos, ha defervescido y está hemodinámicamente estable. ¿Cuál es el antibiótico de elección para continuar el tratamiento domiciliario intravenoso?

a) Vancomicina 25-30 mg/kg en dosis de carga y ajuste posterior cada 12 h.
b) Cefazolina 2 g cada 8 h intravenosa.
c) Daptomicina 6-10 mg/kg/día intravenosa.
d) Linezolid 600 mg cada 12 h por vía oral.

219.- Una paciente de 52 años es admitida en hospitalización a domicilio con diagnóstico de osteomielitis vertebral (espondilodiscitis) por Staphylococcus aureus resistente a meticilina (SAMR). Completa 2 semanas de vancomicina intravenosa con buena respuesta clínica y analítica, hemocultivos de control negativos y mejoría en la RMN. El equipo de hospitalización a domicilio plantea la desescalada a tratamiento oral. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre esta transición es CORRECTA?

a) La transición a vía oral no está avalada por ningún ensayo clínico en infección osteoarticular y debe desaconsejarse sistemáticamente.
b) Vancomicina oral es la opción de elección para la consolidación de la osteomielitis por SAMR, dado que mantiene el mismo espectro que la formulación intravenosa.
c) La duración total del tratamiento antibiótico en la osteomielitis aguda por SAMR debe ser siempre de 12 semanas, independientemente de la evolución.
d) El paso a vía oral es una práctica segura si existe mejoría clínica y analítica, hemocultivos negativos a las 48-72 h y se dispone de un antibiótico con buena biodisponibilidad oral activo frente a la cepa.

220.- Un paciente incluido en hospitalización a domicilio por infección de piel y partes blandas por SAMR completa 5 días de tratamiento intravenoso con mejoría clínica y analítica. Ante la posibilidad de prescindir del acceso venoso, el equipo valora qué fármacos permiten realizar una terapia secuencial eficaz. De los siguientes, todos disponibles en formulación parenteral y oral, ¿cuál NO debería prescribirse por vía oral para tratar esta infección?

a) Linezolid 600 mg cada 12 h.
b) Cotrimoxazol a dosis ajustada por peso y función renal.
c) Tedizolid 200 mg cada 24 h.
d) Vancomicina 500 mg cada 6 h.

221.- En el contexto del tratamiento antimicrobiano, un varón de 70 años con hiperplasia benigna de próstata (HBP) e ITU febril (temperatura 38,8 °C, escalofríos, dolor suprapúbico) presenta hemocultivos negativos tras 48 horas de ceftriaxona intravenosa y mejoría clínica franca. El urocultivo aísla Escherichia coli sensible a fosfomicina, nitrofurantoína, cotrimoxazol y ciprofloxacino. Se plantea el paso a vía oral para completar el tratamiento en domicilio. Según la evidencia disponible, ¿cuál es el antibiótico oral de elección y la duración mínima total recomendada?

a) Nitrofurantoína 100 mg/12 h durante 5 días, por su excelente penetración en el parénquima renal y su perfil de seguridad en varones mayores.
b) Ciprofloxacino 500 mg/12 h durante al menos 14 días en total desde el inicio del tratamiento, dado que la afectación prostática es frecuente en varones con ITU febril y las fluoroquinolonas presentan ventajas farmacocinéticas para penetrar en el tejido prostático.
c) Fosfomicina trometamol 3 g en dosis única, aprovechando la sensibilidad del germen y la mayor comodidad posológica en el domicilio.
d) Cotrimoxazol 160/800 mg/12 h durante 7 días, como alternativa oral válida y bien tolerada en varones mayores con función renal conservada.

222.- Una mujer de 58 años con ITU complicada por Klebsiella pneumoniae productora de BLEE (resistente a fluoroquinolonas, cotrimoxazol y cefalosporinas, sensible a ertapenem y fosfomicina IV) es candidata a tratamiento con ertapenem intravenoso 1 g/24 h. A los 4 días de admisión en hospitalización domicilio, la paciente presenta fiebre de 38,5 °C, sin diarrea ni rash. Dispone de un PICC colocado hace 5 días. ¿Cuál es la conducta más adecuada?

a) Iniciar antitérmicos y observar durante 24-48 horas en domicilio sin necesidad de valoración presencial, dado que la fiebre es moderada y el PICC lleva menos de 7 días.
b) Cambiar empíricamente a meropenem intravenoso, dado que la fiebre sugiere fracaso terapéutico del ertapenem ante la ITU-BLEE.
c) Realizar valoración clínica presencial, extraer hemocultivos periféricos y del PICC, y considerar progresión de la infección de base o bacteriemia relacionada con catéter entre posibles causas de la fiebre.

d) Retirar el PICC de forma inmediata e ingresar a la paciente para continuar el tratamiento en régimen hospitalario, dado que la fiebre con catéter central implica siempre bacteriemia relacionada con catéter.

223.- Respecto al diagnóstico de la bacteriuria asintomática (BA) y su tratamiento en paciente mayor, señale la opción CORRECTA según la evidencia actual:

a) La BA debe tratarse en todas las personas pacientes mayores de 80 años institucionalizadas por el elevado riesgo de progresión a sepsis urinaria.
b) Un urocultivo positivo con piuria en una persona paciente mayor con incontinencia urinaria crónica es criterio suficiente para diagnosticar y tratar una ITU.
c) La BA en mujeres mayores postmenopáusicas con diabetes mellitus bien controlada debe tratarse para reducir el riesgo de ITU sintomática.
d) La BA no debe tratarse en pacientes mayores en situación de institucionalización; su tratamiento no reduce el riesgo de ITU sintomática y genera efectos adversos como infecciones por Clostridioides difficile y aumento de resistencias antimicrobianas.

224.- En una paciente de 72 años con pielonefritis aguda y bacteriemia por Escherichia coli sensible a ceftriaxona, que tras 72 horas de tratamiento intravenoso domiciliario presenta mejoría clínica franca, tolerancia oral y temperatura <37,5 °C, se plantea el paso a antibioterapia oral para completar el tratamiento en domicilio. En España, dado el patrón de resistencias local, ¿cuál es la afirmación más ajustada a la evidencia disponible respecto a la elección del antibiótico oral?

a) Ciprofloxacino oral es una opción válida si la tasa de resistencia local de E. coli a fluoroquinolonas es inferior al 10%; sin embargo, en España la resistencia a ciprofloxacino en E. coli se sitúa entre el 15-31%, lo que limita su uso empírico y aconseja guiarse por el antibiograma.
b) Cotrimoxazol 160/800 mg/12 h durante 14 días es la opción de primera elección para el paso a vía oral en España, por su bajo coste y alta disponibilidad.
c) La nitrofurantoína es una alternativa oral válida para completar el tratamiento de la pielonefritis en step-down, especialmente en pacientes mayores con función renal reducida.
d) La fosfomicina trometamol oral en dosis única es la opción de elección para el step-down en pielonefritis, dado que en España presenta las tasas de resistencia más bajas.

225.- En relación con la prostatitis aguda bacteriana (PAB), señale la afirmación FALSA:

a) Las bacterias gramnegativas entéricas, especialmente Escherichia coli, son los agentes etiológicos más frecuentes de la prostatitis aguda.
b) El masaje prostático está contraindicado en la prostatitis aguda por el riesgo de diseminación bacteriana.
c) En la prostatitis aguda, si el paciente desarrolla retención urinaria, se aconseja restaurar la permeabilidad urinaria mediante sondaje vesical o catéter suprapúbico, con consulta urgente a urología.

d) Las fluoroquinolonas están contraindicadas en la prostatitis crónica bacteriana y deben evitarse en favor de la doxiciclina o la azitromicina, que tienen mayor penetración prostática.

226.- Un paciente de 68 años con diabetes mellitus y artritis reumatoide presenta una monoartritis aguda de rodilla con fiebre de 38,5 °C. Se realiza artrocentesis antes de iniciar antibioterapia. El cultivo de líquido sinovial resulta negativo, pero el cuadro clínico y el análisis del líquido son compatibles con artritis séptica. Respecto al rendimiento diagnóstico del cultivo de líquido sinovial, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a) La tinción de Gram es la técnica de referencia (gold standard) para el diagnóstico microbiológico de la artritis séptica.
b) Inocular el líquido sinovial directamente en frascos de hemocultivo inmediatamente tras su extracción mejora el rendimiento y reduce la tasa de contaminaciones.
c) Un cultivo de líquido sinovial negativo descarta con fiabilidad la artritis séptica de etiología bacteriana.
d) La sensibilidad de la tinción de Gram en artritis séptica supera el 80 % en todos los tipos de gérmenes.

227.- Una paciente de 55 años sin alergias medicamentosas conocidas es visitada en urgencias y diagnosticado de artritis séptica comunitaria de rodilla. El Gram del líquido sinovial es negativo. Se plantea su inclusión en hospitalización a domicilio. ¿Cuál sería el tratamiento antibiótico empírico de elección, de acuerdo con las recomendaciones actuales para artritis séptica comunitaria con Gram negativo o no realizado?

a) Vancomicina 1 g/12 h IV en monoterapia.
b) Ceftazidima 2 g/8 h IV + vancomicina 1 g/12 h IV.
c) Meropenem 1 g/8 h IV + daptomicina 8-10 mg/kg/24 h IV.
d) Cloxacilina 2 g/4 h IV + ceftriaxona 2 g/24 h IV.

228.- Respecto a la selección de la persona paciente con artritis séptica para su manejo en hospitalización a domicilio, ¿cuál de los siguientes escenarios representaría una contraindicación o criterio de EXCLUSIÓN para el programa domiciliario?

a) Paciente de 60 años sin comorbilidades con artritis séptica de rodilla por SASM que ha completado 7 días de tratamiento IV, está afebril y con PCR en descenso, y dispone de domicilio adecuado y persona cuidadora.
b) Paciente de 65 años con artritis séptica de rodilla en estadio IV de Gächter (formación de pannus, erosiones subcondrales visibles radiológicamente) con necesidad de nuevo desbridamiento quirúrgico e inadecuada evolución clínica.
c) Paciente de 70 años con artritis séptica de tobillo por Streptococcus agalactiae en tratamiento con ceftriaxona 2 g/24 h IV que ha completado 10 días de IV y evoluciona favorablemente.
d) Paciente de 58 años con artritis séptica de muñeca posquirúrgica en tratamiento con ceftriaxona, afebril, con PCR descendente, que requiere completar dos semanas totales de tratamiento.

229.- **Desde el punto de vista de la optimización del uso de antimicrobianos en hospitalización a domicilio, ¿cuál de las siguientes afirmaciones refleja mejor la relación entre el PROA y el tratamiento antimicrobiano domiciliario endovenoso (TADE)?**

a) PROA y TADE son estrategias inherentemente contradictorias: el TADE prioriza la continuidad del tratamiento parenteral para garantizar la eficacia, mientras que el PROA busca reducir el uso de antibióticos intravenosos, por lo que su integración no es factible en la práctica clínica.

b) El PROA en hospitalización a domicilio debe limitarse a vigilar la adecuación del tratamiento empírico inicial prescrito en urgencias, sin intervenir sobre la duración del tratamiento ni sobre la transición a vía oral, competencias que corresponden exclusivamente al personal médico responsable de la persona paciente.

c) La integración del PROA en el TADE solo aporta beneficios en términos de coste económico para el hospital, sin impacto demostrado sobre los resultados clínicos de la persona paciente ni sobre los patrones de resistencia antimicrobiana.

d) La aparente contradicción entre PROA y TADE puede resolverse mediante la integración activa del PROA en la unidad de hospitalización a domicilio, generando sinergias que mejoran la adecuación del antibiótico, reducen la duración del tratamiento y optimizan el paso a vía oral, sin aumentar la mortalidad ni las rehospitalizaciones.

230.- **Dentro del marco de un programa PROA integrado en una unidad de hospitalización a domicilio, se analiza el uso de ertapenem. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el papel del PROA respecto a este antibiótico en el contexto del tratamiento antibiótico domiciliario endovenoso es CORRECTA?**

a) El uso de ertapenem puede expandirse de forma inapropiada porque su cómoda administración en dosis única diaria lo hace especialmente atractivo para el entorno domiciliario, por lo que el PROA debe vigilar activamente su uso para evitar una selección basada en la conveniencia más que en el espectro necesario.

b) El ertapenem debe ser el antibiótico de primera elección en hospitalización a domicilio para todas las infecciones urinarias complicadas, independientemente del antibiograma, dada su estabilidad a temperatura ambiente y su espectro amplio.

c) La principal indicación de ertapenem en hospitalización a domicilio es la neumonía adquirida en la comunidad de gravedad moderada en pacientes con alergia a penicilinas documentada.

d) El PROA no debe intervenir sobre la selección de ertapenem en hospitalización a domicilio cuando ha sido prescrito por el equipo de urgencias, dado que su elección queda fuera del alcance de la supervisión ambulatoria.

231.- **En relación con el tratamiento empírico antimicrobiano, señale la respuesta correcta:**

a) Debe iniciarse únicamente cuando se disponga de antibiograma.

b) Se basa en el foco probable, la gravedad del cuadro y la epidemiología esperable.

c) Debe mantenerse siempre hasta completar el tratamiento, aunque se identifique el microorganismo.



d) No debe modificarse aunque los cultivos demuestren resistencia.

232.- Respecto al tratamiento etiológico, indique la opción correcta:

a) Se define como el tratamiento administrado antes de obtener muestras microbiológicas.
b) Su objetivo principal es ampliar al máximo el espectro antimicrobiano.
c) Se basa en la identificación del microorganismo y, cuando es posible, en su sensibilidad.
d) Debe evitarse en infecciones graves.

233.- La terapia secuencial antimicrobiana consiste en:

a) Administrar dos antibióticos intravenosos desde el inicio.
b) Cambiar de tratamiento oral a intravenoso cuando desaparece la fiebre.
c) Sustituir un antimicrobiano etiológico por uno empírico.
d) Pasar de vía intravenosa a vía oral cuando la persona paciente está estable y existe alternativa oral eficaz.

234.- En relación con el tratamiento antimicrobiano combinado, señale la respuesta correcta:

a) Está indicado de forma rutinaria en cualquier infección comunitaria leve.
b) Nunca debe emplearse en pacientes con prótesis.
c) Puede utilizarse para ampliar espectro, buscar sinergia o reducir riesgo de fracaso en situaciones seleccionadas.
d) Ha demostrado ser superior a la monoterapia en todos los escenarios clínicos.

235.- Señale la afirmación INCORRECTA respecto a los programas PROA:

a) Pretenden mejorar los resultados clínicos.
b) Buscan minimizar efectos adversos y resistencias.
c) Deben basarse en objetivos e indicadores medibles.
d) Su finalidad exclusiva es reducir costes hospitalarios.

236.- Respecto al tratamiento antimicrobiano ambulatorio en endocarditis infecciosa (OPAT), señale la opción correcta:

a) Debe ofrecerse de rutina desde el primer día de tratamiento.
b) La fase crítica inicial suele requerir manejo intrahospitalario.
c) La insuficiencia cardiaca activa favorece el alta a domicilio.
d) No precisa seguimiento estrecho ni coordinación multidisciplinar.

237.- Sobre la primera dosis de un nuevo antimicrobiano parenteral en domicilio, indique la respuesta correcta:

a) Nunca puede administrarse fuera del hospital.
b) Puede administrarse en domicilio sin supervisión si la persona paciente lo solicita.
c) Puede administrarse en domicilio bajo supervisión de personal capacitado y preparado para tratar una anafilaxia.
d) Sólo puede administrarse en domicilio si la persona paciente ya ha recibido previamente ese fármaco.

238.- En paciente estable en tratamiento antimicrobiano domiciliario endovenoso (TADE/OPAT) con función renal estable, la monitorización analítica habitual recomendada es:

a) Mensual.
b) Semanal.
c) Sólo al inicio y al final del tratamiento.
d) Cada 48 horas en todos los casos.

239.- En personas adultas que precisan un ciclo corto de tratamiento antimicrobiano domiciliario (TADE/OPAT), inferior a 14 días, puede utilizarse preferentemente:

a) Catéter de línea media (midline).
b) Reservorio subcutáneo.
c) Fístula arteriovenosa.
d) Exclusivamente catéter tunelizado.

240.- En pacientes con enfermedad renal crónica avanzada que precisan tratamiento antimicrobiano domiciliario (TADE/OPAT), la guía IDSA (Infectious Diseases Society of America) recomienda preferentemente:

a) PICC en todos los casos.
b) Midline indefinido.
c) Vía periférica corta recambiada diariamente.
d) Catéter venoso central tunelizado antes que PICC.

241.- En relación con la prevención de infección asociada a catéter intravascular, señale la respuesta correcta.

a) El uso de guantes sustituye la higiene de manos.

b) La higiene de manos sólo es necesaria tras la inserción.
c) La higiene de manos debe realizarse antes y después de manipular el catéter.
d) Sólo es obligatoria si existe sospecha de bacteriemia.

242.- Para la antisepsia cutánea antes de la inserción de un catéter intravascular, se prefiere:

a) Suero fisiológico estéril.
b) Clorhexidina alcohólica >0,5 %.
c) Agua oxigenada.
d) Povidona yodada acuosa como primera elección absoluta.

243.- En personas adultas, para reducir riesgo de infección y trombosis asociada a catéter venoso central, se recomienda:

a) Evitar la vena femoral siempre que sea posible.
b) Priorizar sistemáticamente la vena femoral.
c) Utilizar la femoral en primer lugar y la subclavia sólo como rescate.
d) Elegir el acceso exclusivamente por comodidad del operador.

244.- Para seleccionar personas pacientes con neutropenia febril candidatas a manejo ambulatorio se recomienda:

a) Usar sólo la edad de la persona paciente.
b) Basarse únicamente en la temperatura máxima.
c) Combinar juicio clínico con herramientas validadas como MASCC.
d) Considerar ambulatorios a todos las personas pacientes sin hipotensión.

245.- En las infecciones asociadas a material de osteosíntesis o prótesis articulares, la estrategia DAIR (desbridamiento, antibióticos y retención del implante):

a) Está reservada a infecciones crónicas de muy larga evolución.
b) Sigue siendo una opción preferente en infecciones agudas seleccionadas.
c) Ha sido abandonada por completo en la práctica actual.
d) Sólo puede aplicarse en prótesis de hombro.

246.- La evidencia reciente en infección protésica articular apunta a que, tras un adecuado control quirúrgico, puede plantearse:

a) Prolongar siempre el tratamiento sistémico más de 6 meses.
b) Evitar cualquier acortamiento de tratamiento.
c) Suprimir la cirugía y mantener únicamente tratamiento supresor.
d) Acortar la duración sistémica en escenarios seleccionados.

247.- En la infección protésica articular estafilocócica, la rifampicina:

a) Está formalmente contraindicada por su falta de actividad sobre biopelícula.
b) Sigue considerándose fármaco clave, aunque su papel exacto se está reevaluando en estudios recientes.
c) Debe utilizarse siempre como monoterapia.
d) Carece de interacciones relevantes.

248.- La terapia antimicrobiana supresora en infección protésica suele reservarse para:

a) Situaciones en las que no es posible conseguir un control quirúrgico completo.
b) Cualquier infección aguda en pacientes jóvenes.
c) Todos los casos tras recambio en un tiempo.
d) Toda persona paciente con cultivo negativo.

249.- ¿Cuál de los siguientes constituye un criterio mayor de endocarditis infecciosa?

a) Fiebre > 38 ºC.
b) Cardiopatía predisponente.
c) Ecocardiografía con vegetación valvular o absceso.
d) Fenómenos vasculares periféricos aislados.

250.- Entre los cambios de los criterios Duke-ISCVID 2023, señale la respuesta correcta:

a) Exigen obligatoriamente hemocultivos obtenidos con 24 horas de diferencia.
b) Eliminan la utilidad de la imagen avanzada.
c) Excluyen la serología de Bartonella como criterio mayor.
d) Ya no exigen los antiguos requisitos de temporización y venopunciones separadas para cumplir criterio microbiológico.

251.- En los criterios Duke-ISCVID 2023, constituye un cambio relevante:

a) La exclusión de la tomografía cardiaca como técnica útil.
b) La eliminación total de los criterios microbiológicos.
c) La incorporación de nuevas técnicas de imagen y microbiología molecular.
d) La imposibilidad de diagnosticar endocarditis sobre válvula protésica.

252.- En la endocarditis infecciosa, las principales indicaciones quirúrgicas clásicas incluyen:

a) Insuficiencia cardiaca, infección no controlada y prevención de embolias en casos seleccionados.
b) Sólo fiebre persistente durante 48 horas.
c) Toda persona paciente con hemocultivos negativos.
d) Toda endocarditis derecha no complicada

253.- Respecto al tratamiento antimicrobiano domiciliario endovenoso (TADE/OPAT) en endocarditis infecciosa, señale la afirmación correcta.

a) La fase crítica inicial suele manejarse en hospital y el paso a OPAT se reserva para personas pacientes muy seleccionadas y estables.

b) Toda persona paciente puede pasar a domicilio desde el primer día si los hemocultivos son positivos.
c) La presencia de insuficiencia cardiaca favorece el alta precoz a OPAT.
d) El reingreso es excepcional e irrelevante en la selección.

254.- En la neutropenia febril, para decidir manejo ambulatorio es recomendable:

a) Basarse sólo en la cifra de leucocitos.
b) Combinar juicio clínico con herramientas validadas como el índice MASCC.
c) Considerar ambulatorio a toda persona paciente afebril tras antipiréticos.
d) Excluir siempre la valoración psicosocial.

255.- En una persona paciente con neutropenia febril manejada ambulatoriamente, antes del alta se recomienda una observación mínima de:

a) 30 minutos.
b) 1 hora.
c) 4 horas.
d) 24 horas obligatorias.

256.- En personas pacientes de bajo riesgo candidatas a manejo ambulatorio por neutropenia febril, el esquema oral recomendado es:

a) Fluoroquinolona más amoxicilina/clavulánico; o clindamicina si alergia a penicilina.
b) Rifampicina más cotrimoxazol.
c) Linezolid en monoterapia.
d) Metronidazol más doxiciclina.

257.- Señale la respuesta correcta respecto al uso de fluoroquinolonas en neutropenia febril ambulatoria.

a) Deben utilizarse siempre, aunque la persona paciente ya recibiera profilaxis con fluoroquinolona.
b) Nunca deben emplearse en combinación.
c) Son el tratamiento de elección en monoterapia para alto riesgo.
d) No se recomienda el esquema oral basado en fluoroquinolona si la persona paciente ya recibía profilaxis con ella antes de la fiebre.

258.- En paciente con neutropenia febril ambulatoria que no presenta defervescencia tras 2-3 días de antibioterapia empírica inicial, lo indicado es:

a) Mantener el mismo plan sin reevaluación.
b) Reevaluarlo y considerar ingreso hospitalario.
c) Suspender los antibióticos.
d) Añadir antifúngico en todos los casos sin nueva valoración.

259.- En el tratamiento antimicrobiano domiciliario endovenoso (TADE/OPAT) la neutropenia inducida por antibióticos suele diagnosticarse, de forma típica, alrededor de:

a) Las primeras 24-48 horas.
b) El día 7 desde el inicio del tratamiento.
c) La tercera-cuarta semana, con una mediana cercana a 25 días.
d) Después de 6 meses de tratamiento

260.- Entre los antibióticos más frecuentemente implicados en neutropenia durante OPAT se encuentran:

a) Fosfomicina y azitromicina.
b) Daptomicina y metronidazol exclusivamente.
c) Amikacina y fluconazol como principales.
d) Vancomicina y ceftriaxona.

261.- En personas pacientes con tratamiento antimicrobiano domiciliario endovenoso (TADE/OPAT) no tratadas con vancomicina, una estrategia útil de monitorización para detectar neutropenia inducida por antibióticos es:

a) Hemograma hacia la semana 3 del tratamiento.
b) Hemograma sólo al alta.
c) Hemograma cada 2 meses.
d) No realizar controles analíticos si la persona paciente está asintomática.

262.- Ante una neutropenia inducida por un betalactámico en tratamiento antimicrobiano domiciliario endovenoso (TADE/OPAT), una opción que ha demostrado ser factible es:

a) Reintroducir el mismo fármaco a dosis más altas.
b) Cambiar a otro betalactámico con cadena lateral estructuralmente diferente.
c) Mantener el antibiótico sin cambios hasta recuperación espontánea.
d) Añadir G-CSF y no modificar el tratamiento antimicrobiano nunca.

263.- En pacientes con VIH, respecto a la profilaxis primaria frente a MAC, la recomendación actual es:

a) Indicarla sistemáticamente a toda persona con VIH.
b) Mantenerla aunque e la persona paciente esté con TAR eficaz y supresión virológica.
c) Priorizar el inicio de TAR eficaz y reservar la profilaxis primaria para pacientes sin TAR, virémicos o sin opciones de régimen plenamente supresor.
d) Indicarla sólo si existe historia previa de toxoplasmosis.

264.- **En personas con VIH que reciben TAR basado en efavirenz, se ha recomendado como alternativa para tuberculosis pulmonar activa un régimen de 4 meses con:**

a) Rifapentina, isoniazida, pirazinamida y moxifloxacino.
b) Rifampicina, etambutol, claritromicina y linezolid.
c) Isoniazida y cotrimoxazol exclusivamente.
d) Bedaquilina y pretomanid sin más fármacos.

265.- **En paciente con VIH y sospecha de infección oportunista, la monitorización clínica debe incluir:**

a) Sólo la temperatura corporal.
b) Exclusivamente la carga viral, sin otros parámetros.
c) Valoración clínica, inmunológica, virológica y de toxicidad/interacciones según el caso.
d) No requiere seguimiento si mejora el apetito.

266.- **La profilaxis primaria preferida frente a toxoplasmosis cerebral en personas adultas/adolescentes con VIH es:**

a) Azitromicina semanal.
b) Un comprimido diario de TMP-SMX de doble concentración.
c) Fluconazol diario.
d) Isoniazida más piridoxina.

267.- **Una de las ventajas farmacocinéticas de la infusión continua de betalactámicos en el tratamiento antimicrobiano domiciliario endovenoso (TADE/OPAT), es:**

a) Mantener una exposición más prolongada por encima de la CMI.
b) Eliminar la necesidad de monitorización clínica.
c) Evitar cualquier complicación del acceso venoso.
d) Garantizar estabilidad universal de todos los antibióticos 24 horas a 37 ºC.

268.- **Respecto a las bombas elastoméricas, señale la respuesta correcta:**

a) La temperatura tiene escasa influencia sobre la estabilidad antibiótica.
b) El meropenem es uno de los antibióticos más estables a 37 ºC.
c) Todos los antibióticos betalactámicos mantienen estabilidad equivalente en cualquier diluyente.
d) La temperatura es una limitación crítica y algunos antibióticos, como meropenem, son especialmente inestables a 37 ºC.

269.- En relación con la viabilidad de antibióticos en infusión elastomérica domiciliaria, señale la respuesta correcta:

a) La amoxicilina/clavulánico es de los compuestos más estables y fáciles de mantener 24 h a 37 ºC.
b) La estabilidad no depende del tampón ni del diluyente.
c) La bencilpenicilina tamponada y la temocilina se encuentran entre los compuestos con mejor estabilidad relativa.
d) Ceftazidima no genera preocupación alguna por subproductos de degradación

270.- En el tratamiento antimicrobiano domiciliario endovenoso (TADE/OPAT) con dispositivos elastoméricos, los efectos adversos más frecuentes descritos son:

a) Hipoglucemias graves.
b) Complicaciones del acceso vascular.
c) Miocardiopatía dilatada.
d) Síndrome serotoninérgico.

271.- En relación con la administración de oxígeno en la insuficiencia respiratoria aguda hipercapnia, ¿cuál es el objetivo de saturación de oxígeno recomendado en la mayoría de las personas pacientes con riesgo de retención de CO2?

a) Mantener una saturación de oxígeno entre 85-89%.
b) Mantener una saturación de oxígeno entre el 88-92%.
c) Mantener una saturación de oxígeno entre 94-98%.
d) Mantener una saturación de oxígeno por encima de 99%.

272.- ¿Cuál de las siguientes insulinas pertenece al grupo de las insulinas basales?

a) Insulina lispo.
b) Insulina aspart.
c) Insulina glargina.
d) Insulina regular.

273.- En una persona paciente anciana o frágil con diabetes méllitus tipo 2, el objetivo glucémico debe ser:

a) Siempre muy estricto, con HbA1C menor de 6%.
b) Individualizado según comorbilidad, fragilidad y riesgo de hipoglucemia.
c) Igual al de una persona paciente joven sin comorbilidad.
d) Basado exclusivamente en la glucemia basal.

274.- En relación a la diabetes esteroidea indique la afirmación FALSA:

a) La prevalencia de diabetes esteroides es muy variable (entre un 5 y un 50% en pacientes isn DM previa).
b) El criterio más útil para su diagnóstico es la presencia de glucemias >200 mg/dL.

c) El tratamiento de primera elección en pacientes que no tenían diabetes previamente son los antidiabéticos orales.
d) En personas con diabetes ya insulinizadas se aumentará la dosis de insulina en 20-30%.

275.- ¿Cuál de las siguientes medidas forma parte del tratamiento habitual de la encefalopatía hepática?

a) Lactulosa ajustada al número de deposiciones.
b) Restricción absoluta y prolongada de proteínas.
c) Betabloqueantes a dosis máxima.
d) Anticoagulación sistémica.

276.- En una persona paciente con cirrosis avanzada y hematemesis o melenas en domicilio, ¿cuál debe ser la actitud inicial?

a) Esperar la evolución durante 2-3 días.
b) Aumentar la dosis de lactulosa.
c) Considerarlo una urgencia por posible hemorragia digestiva alta.
d) Indicar únicamente dieta absoluta en domicilio.

277.- Son alteraciones definitorias del síndrome del declive funcional todas menos una. Señale la respuesta incorrecta:

a) Esfera funcional: empeoramiento en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.
b) Esfera cognitiva: insomnio, aislamiento social, trastorno ansioso depresivo, deterioro cognitivo.
c) Esfera nutricional: desnutrición energético-proteica, pérdida de peso, anorexia.
d) Espera social: viudedad reciente, situación socioeconómica precaria, reciente cambio de domicilio.

278.- En relación con la fragilidad en la persona anciana, señale la opción correcta:

a) La fragilidad implica únicamente dependencia para las actividades básicas de la vida diaria.
b) La fragilidad se relaciona con una disminución de la reserva fisiológica y mayor vulnerabilidad ante eventos adversos.
c) La fragilidad y la comorbilidad son términos equivalentes.
d) La fragilidad no tiene impacto pronóstico sobre mortalidad solo sobre institucionalización.

279.- ¿Cuál de las siguientes medidas NO forma parte de una buena práctica en hospitalización a domicilio antes de administrar hierro intravenoso?

a) Administrar siempre la misma dosis para minimizar la posibilidad de reacciones.

b) Informar a la persona paciente del procedimiento a realizar, y de los posibles efectos adversos a corto plazo que podrían presentarse.
c) Comprobar las posibles alergias o reacciones adversas presentadas en caso de administraciones previas.
d) Revisar indicación, dosis, comorbilidad, medición concomitante y riesgos del procedimiento.

280.- En relación con el síndrome de Fishbane asociado a la administración de hierro intravenoso, señale la opción correcta:

a) Se trata de una reacción anafiláctica grave mediada por IgE en todos los casos.
b) Se caracteriza habitualmente por dolor torácico, lumbar o muscular transitorio durante la perfusión.
c) Obliga siempre a contraindicar futuras administraciones de hierro intravenoso.
d) Se asocia de forma característica a edema laríngeo y shock refractario.

281.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre hospitalización a domicilio en paciente de oncología es más correcta?

a) Solo es útil en pacientes en situación terminal.
b) Puede aplicarse tanto con finalidad activa como paliativa, siempre que exista indicación clínica y seguridad asistencial.
c) Está contraindicada si la persona paciente recibe tratamiento antineoplásico.
d) No requiere ni consentimiento informado ni aceptación de la persona paciente, solo la indicación del personal facultativo.

282.- Dentro de los escenarios clínicos en los que se puede plantear la hospitalización a domicilio en la persona paciente oncológica, señale la opción incorrecta:

a) Transfusión de hemoderivados y/o plaquetas, o hierro intravenoso como tratamiento de la toxicidad hematológica del tratamiento.
b) Tratamiento antibiótico endovenoso para el manejo de complicaciones infecciosas.
c) Tratamiento quimioterápico intravenoso o subcutáneo en domicilio.
d) Neutropenia febril con <100/µL y/o duración mayor de 7 días.

283.- En la selección de pacientes con embolia pulmonar para hospitalización a domicilio, ¿qué herramienta pronostica resulta especialmente útil?

a) Escala de CHA_2DS_2-VASc.
b) Escala de Child-Pugh.
c) PESI o sPESI.
d) Escala de Glasgow.

284.- Una persona paciente con embolia pulmonar aguda, normotenso, pero con elevación de troponina y signos ecocardiográficos de disfunción ventricular derecha, debe considerarse:

a) Bajo riesgo y candidata preferente a domicilio.
b) Riesgo intermedio con necesidad de valoración hospitalaria estrecha.
c) Sin relevancia pronostica si no hay fiebre.
d) Candidata directa a alta sin seguimiento.

285.- En una persona paciente con embolia pulmonar y cáncer activo, ¿cuál es la consideración más adecuada?

a) El cáncer activo contraindica siempre el tratamiento domiciliario.
b) Debe individualizarse el manejo según estabilidad, riesgo hemorrágico, carga trombótica, soporte domiciliario e interacciones terapéuticas.
c) Siempre debe utilizarse antagonista de la vitamina k.
d) Solo en casos seleccionados precisa de valoración del riesgo hemorrágico.

286.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el uso de anticoagulantes orales directos en embolia pulmonar es correcta?

a) Deben evitarse en todas las personas pacientes tratadas en hospitalización a domicilio por riesgo trombocico elevado.
b) Pueden facilitar el manejo ambulatorio en personas pacientes seleccionadas, siempre que se valoren función renal, interacciones y contraindicaciones.
c) Requieren de ingreso hospitalario obligatorio para monitorización diaria del INR y ajuste continuo de dosis durante todo el tratamiento.
d) Están indicados incluso en pacientes con hemorragia activa o contraindicación para anticoagulación.

287.- En la persona anciana polimedicada, ¿cuál es uno de los principales riesgos asociados a la polifarmacia?

a) Aumento de reacciones adversas, interacciones y hospitalizaciones.
b) Disminución sistemática del riesgo de caídas.
c) Mejoría constante de la adherencia terapéutica.
d) Reducción del riesgo de deterioro funcional.

288.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la prescripción en la persona anciana es más correcta?

a) La edad avanzada contraindica cualquier tratamiento preventivo.
b) Debe individualizarse según fragilidad, comorbilidad, pronóstico y objetivos terapéuticos.
c) Debe mantenerse todo tratamiento crónico salvo toxicidad grave.
d) La polifarmacia es inevitable y no requiere revisión periódica.

289.- En relación con la deprescripción en personas ancianas frágiles, señale la opción correcta:

a) Consiste únicamente en retirar todos los fármacos preventivos.
b) Debe realizarse siempre de forma brusca.
c) Es un proceso estructurado de revisión, retirada, sustitución o ajuste de medicamentos.
d) Está contraindicada si la persona paciente tiene más de cinco tratamientos.

290.- En la persona paciente anciana con insuficiencia cardiaca, ¿qué aspecto dificulta especialmente el diagnóstico?

a) Presentación atípica y coexistencia de comorbilidad, fragilidad y deterioro funcional.
b) Ausencia habitual de comorbilidades.
c) Imposibilidad de utilizar péptidos natriuréticos.
d) Ausencia de síntomas respiratorios en todos los casos.

291.- En relación con los diuréticos de asa en insuficiencia cardiaca, ¿cuál es la afirmación correcta?

a) Son ineficaces si existe insuficiencia renal leve
b) No requieren ajuste según respuesta clínica
c) Deben suspenderse siempre al desaparecer los edemas
d) Son el pilar del tratamiento sintomático de la congestión

292.- En una persona paciente anciana frágil con insuficiencia cardiaca crónica, deterioro funcional progresivo y polifarmacia, ¿cuál sería la estrategia terapéutica más adecuada?

a) Mantener todos los tratamientos previos para evitar descompensaciones cardiovasculares futuras.
b) Priorizar exclusivamente la reducción del número total de medicamentos prescritos.
c) Individualizar objetivos terapéuticos valorando pronóstico, funcionalidad, carga sintomática y riesgo-beneficio de cada fármaco.
d) Suspender de forma sistemática los tratamientos preventivos cardiovasculares por la edad avanzada.

293.- Señale la afirmación más correcta respecto al delirium en la persona anciana hospitalizada:

a) La presencia de deterioro cognitivo previo excluye el diagnóstico de delirium agudo.
b) El delirium hipoactivo suele asociarse a peor pronóstico y con frecuencia pasa inadvertido.
c) La fluctuación clínica diaria permite diferenciarlo fácilmente de cualquier demencia avanzada.



d) El tratamiento farmacológico precoz evita la mayoría de complicaciones funcionales posteriores.

294.- En relación con el tratamiento diurético en insuficiencia cardiaca avanzada, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es más adecuada?

a) La persistencia de congestión clínica obliga siempre a incrementar indefinidamente la dosis de diurético de asa.
b) El empeoramiento renal leve tras iniciar diuréticos contraindica mantener cualquier estrategia descongestiva.
c) La respuesta diurética debe evaluarse mediante parámetros clínicos, hemodinámicos y analíticos de forma integrada.
d) La combinación de diuréticos está formalmente contraindicada en personas pacientes ancianas por riesgo electrolítico.

295.- ¿Cuál de las siguientes situaciones justificaría con mayor fundamento una estrategia de deprescripción?

a) Paciente independiente con expectativa funcional prolongada y tratamiento bien tolerado.
b) Persistencia de indicación preventiva con beneficio clínico razonablemente esperado.
c) Existencia de tratamientos potencialmente inapropiados sin objetivo clínico claramente vigente.
d) Tratamiento cardiovascular estable iniciado recientemente tras evento coronario agudo.

296.- En una persona anciana con insuficiencia cardiaca, deterioro renal crónico y tendencia a hipotensión ortostática, ¿qué actitud es más adecuada respecto al tratamiento diurético?

a) Mantener dosis altas estables independientemente de la situación congestiva basal.
b) Ajustar el tratamiento según congestión clínica, función renal, tensión arterial y síntomas funcionales.
c) Evitar cualquier uso de diuréticos por el riesgo potencial de empeoramiento renal asociado.
d) DPriorizar exclusivamente el control analítico frente a la valoración clínica de congestión residual.

297.- Señale la afirmación incorrecta sobre delirium en personas pacientes ancianas:

a) La inmovilización prolongada y las restricciones físicas pueden favorecer su aparición.
b) Las alteraciones sensoriales constituyen factores predisponentes relevantes.
c) El delirium implica habitualmente alteración de atención y fluctuación clínica.
d) La ausencia de agitación psicomotriz significativa prácticamente descarta el diagnóstico.

298.- En relación con la polifarmacia en la persona anciana frágil, ¿cuál es la afirmación más correcta?

a) La presencia de múltiples enfermedades justifica mantener cualquier tratamiento previamente iniciado.
b) BEl número absoluto de fármacos determina por sí mismo la adecuación terapéutica global.
c) La revisión farmacológica debe incorporar funcionalidad, adherencia, objetivos terapéuticos y esperanza de beneficio.
d) La retirada de fármacos preventivos debe evitarse por riesgo elevado de descompensación inmediata.

299.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre prevención del delirium hospitalario es más adecuada?

a) Las intervenciones no farmacológicas estructuradas han demostrado reducir incidencia y complicaciones asociadas.
b) El empleo preventivo de neurolépticos reduce consistentemente la mortalidad relacionada con delirium.
c) La restricción de movilidad nocturna disminuye significativamente el riesgo de episodios confusionales.
d) La sedación farmacológica precoz constituye la estrategia preventiva más eficaz en pacientes frágiles.

300.- En una persona anciana con insuficiencia cardiaca avanzada y frecuentes reingresos, ¿qué enfoque clínico resulta más apropiado?

a) Intensificar todos los tratamientos disponibles hasta alcanzar objetivos teóricos estándar.
b) Integrar control sintomático, funcionalidad, calidad de vida y objetivos individualizados de atención.
c) Priorizar exclusivamente parámetros ecocardiográficos para decidir cambios terapéuticos sucesivos.
d) Evitar reducir tratamientos aunque exista intolerancia clínica o deterioro funcional progresivo.

301.- En relación con la deprescripción en personas pacientes ancianas complejas, señale la opción más correcta:

a) La retirada terapéutica debe realizarse preferentemente durante episodios agudos de inestabilidad clínica.
b) El proceso de deprescripción requiere reevaluación clínica posterior para detectar retirada inadecuada o efectos adversos.
c) La suspensión simultánea de múltiples tratamientos facilita identificar mejor posibles síndromes de retirada.
d) La existencia de varios especialistas implicados contraindica modificar tratamientos crónicos previamente establecidos.

302.- En relación con la utilidad de la ecografía clínica en una Unidad de Hospitalización a Domicilio (HaD), señale la afirmación correcta:

a) La ecografía clínica únicamente resulta útil para guiar procedimientos invasivos, sin aportar información relevante en la valoración diagnóstica inicial.
b) La incorporación de ecografía clínica en HaD permite mejorar la capacidad diagnóstica y agilizar la toma de decisiones en el domicilio de la persona paciente.
c) La ecografía clínica sustituye de manera sistemática a las pruebas radiológicas convencionales realizadas en el hospital.
d) El uso de ecografía clínica en HaD queda restringido a pacientes con insuficiencia cardiaca avanzada y enfermedad respiratoria crónica.

303.- Respecto a las limitaciones de la ecografía clínica en hospitalización a domicilio (HaD), indique la opción correcta:

a) La principal limitación de la ecografía clínica es la imposibilidad técnica de utilizar dispositivos portátiles fuera del ámbito hospitalario.
b) La ecografía clínica realizada en HaD presenta una elevada variabilidad dependiente de la experiencia y formación del personal profesional que la utiliza.
c) Las limitaciones de la ecografía clínica en HaD derivan exclusivamente de la ausencia de conexión con la historia clínica electrónica.
d) El empleo de ecografía clínica en domicilio requiere siempre la presencia simultánea de un especialista en Radiología.

304.- En relación con las aplicaciones clínicas de la ecografía en hospitalización a domicilio (HaD), señale la respuesta correcta:

a) La ecografía clínica permite valorar situaciones frecuentes como congestión pulmonar, derrame pleural o retención urinaria en el entorno domiciliario.
b) La ecografía clínica domiciliaria tiene utilidad exclusivamente cardiovascular y carece de aplicaciones abdominales o pulmonares.
c) El uso de ecografía clínica en HaD se limita al seguimiento de pacientes que portan dispositivos venosos centrales.
d) La ecografía clínica no aporta información relevante en pacientes con sospecha de descompensación infecciosa o respiratoria.

305.- Sobre el impacto organizativo de la ecografía clínica en hospitalización a domicilio (HaD), indique la afirmación correcta:

a) La disponibilidad de ecografía clínica en HaD puede contribuir a disminuir derivaciones hospitalarias y optimizar recursos asistenciales.
b) La utilización de ecografía clínica incrementa de forma obligatoria el número de ingresos hospitalarios para completar estudios diagnósticos.
c) La ecografía clínica domiciliaria únicamente tiene interés docente y carece de repercusión asistencial significativa.
d) El empleo de ecografía clínica en HaD no modifica los tiempos de respuesta clínica ni la toma de decisiones terapéuticas.

306.- Tras iniciar un iSGLT2 en paciente con ERC, se observa un descenso inicial del filtrado glomerular estimado. ¿Cuál es la actitud más ajustada según las últimas guías?

a) Suspender el fármaco siempre que exista cualquier descenso inicial del filtrado glomerular.
b) Mantener el tratamiento si el descenso es moderado, vigilando evolución clínica y función renal.
c) Sustituirlo sistemáticamente por un antagonista del receptor mineralocorticoide no esteroideo.
d) Repetir analítica solo si aparecen edemas, hiperpotasemia o síntomas de insuficiencia cardiaca.

307.- Según las guías KDIGO 2024, ¿cuál de las siguientes situaciones define enfermedad renal crónica?

a) Descenso aislado y transitorio del filtrado glomerular durante menos de cuatro semanas.
b) Filtrado glomerular normal con hematuria microscópica aislada en un episodio agudo.
c) Alteraciones estructurales o funcionales renales persistentes durante más de tres meses.
d) Incremento agudo de creatinina sérica tras administración de contraste intravenoso.

308.- En la valoración inicial de una persona paciente hospitalizada con insuficiencia renal aguda, ¿cuál de las siguientes actuaciones es más adecuada?

a) Clasificar la gravedad únicamente por la cifra absoluta de creatinina en el momento del diagnóstico.
b) Identificar factores precipitantes, revisar nefrotóxicos, valorar volemia y monitorizar creatinina y diuresis.
c) Iniciar terapia renal sustitutiva precoz en todas las personas pacientes con estadio KDIGO 2.
d) Diferir la evaluación etiológica hasta comprobar si la lesión renal persiste más de tres meses.

309.- ¿Cuál de las siguientes medidas se considera fundamental para prevenir insuficiencia renal aguda hospitalaria?

a) Utilizar diuréticos de asa de forma profiláctica en todas las personas pacientes de riesgo.
b) Mantener hidratación adecuada y minimizar exposición a nefrotóxicos evitables.
c) Administrar bicarbonato intravenoso de manera sistemática antes de cualquier contraste.
d) Retrasar el ajuste de fármacos potencialmente nefrotóxicos hasta confirmar oliguria.

310.- En una persona paciente con insuficiencia renal aguda oligúrica, ¿qué parámetro tiene mayor relevancia para la monitorización inicial?

a) Variaciones aisladas del sodio plasmático sin cambios clínicos asociados.
b) Evolución de diuresis, creatinina sérica y situación hemodinámica global.
c) Determinación única de proteinuria cuantitativa en orina de 24 horas.
d) Concentración sérica de ácido úrico independientemente de la función renal.

311.- ¿Cuál es el dispositivo de elección para la administración de oxígeno en paciente con insuficiencia respiratoria aguda hipercápnica en fase inicial?

a) Mascarilla con reservorio.
b) Gafas nasales a alto flujo sin control de FiO_2.
c) Mascarilla tipo Venturi.
d) Ventilación mecánica invasiva.

312.- ¿Cuál de los siguientes efectos se asocia a la administración de oxígeno en altas concentraciones en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda hipercápnica?

a) Disminución de la presión arterial de CO_2 por aumento de la ventilación alveolar.
b) Empeoramiento de la hipercapnia por alteración de la relación ventilación/perfusión.
c) Aumento del estímulo respiratorio mediado por quimiorreceptores centrales.
d) Corrección simultánea de la hipoxemia y de la hipercapnia.

313.- ¿Cuál de los siguientes dispositivos de administración de oxígeno se considera un sistema de alto flujo?

a) Gafas nasales.
b) Mascarilla simple.
c) Mascarilla con reservorio.
d) Mascarilla tipo Venturi.

314.- En paciente con insuficiencia respiratoria aguda hipercápnica secundaria a EPOC con retención crónica de CO_2, ¿cuál es el objetivo recomendado de saturación de oxígeno?

a) Mantener $SatO_2 > 98$
b) Mantener $SatO_2$ entre 94-96%.
c) Mantener $SatO_2$ entre 88-92%.
d) Mantener $SatO_2 > 85\%$ exclusivamente.

315.- ¿Cuál es el tratamiento de elección en la descompensación de insuficiencia cardiaca manejada en hospitalización a domicilio?

a) Diuréticos intravenosos.

b) Betabloqueantes a dosis altas en fase aguda.
c) Antagonistas del calcio no dihidropiridínicos.
d) Anticoagulación sistemática.

316.- ¿Cuál de los siguientes es un criterio adecuado para el manejo de la insuficiencia cardiaca en hospitalización a domicilio?

a) Inestabilidad hemodinámica persistente.
b) Necesidad de fármacos vasoactivos intravenosos.
c) Estabilidad clínica y soporte domiciliario adecuado.
d) Necesidad de ventilación mecánica invasiva.

317.- ¿Cuál de los siguientes parámetros es fundamental en la monitorización de paciente con insuficiencia cardiaca en hospitalización a domicilio?

a) Peso corporal.
b) Densidad mineral ósea.
c) Índice tobillo-brazo.
d) Presión intraocular.

318.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la hospitalización a domicilio en insuficiencia cardiaca es FALSA?

a) Reduce el riesgo de infecciones nosocomiales.
b) Favorece la continuidad asistencial.
c) Es aplicable a todas las personas pacientes independientemente de su situación clínica.
d) Mejora la satisfacción de la persona paciente.

319.- ¿Cuál es uno de los principales beneficios de la hospitalización a domicilio frente al ingreso hospitalario convencional en pacientes con insuficiencia cardíaca?

a) Incremento de procedimientos invasivos.
b) Reducción de complicaciones asociadas a la hospitalización.
c) Mayor duración de la estancia.
d) Necesidad de monitorización invasiva continua.

320.- ¿Cuál de las siguientes estrategias terapéuticas es adecuada en el manejo de la insuficiencia cardiaca descompensada en hospitalización a domicilio?

a) Ajuste progresivo del tratamiento diurético según la respuesta clínica.
b) Suspensión sistemática de todos los fármacos modificadores de la enfermedad.
c) Inicio de betabloqueantes a dosis altas en fase de congestión.
d) Restricción absoluta de líquidos en todas las personas pacientes.

321.- En el manejo de la insuficiencia cardiaca en hospitalización a domicilio, ¿qué herramienta puede resultar especialmente útil para detectar precozmente empeoramiento clínico y reducir reingresos?

a) Telemonitorización domiciliaria.
b) Polisomnografía nocturna rutinaria.
c) Cateterismo cardiaco seriado.
d) Ergometría semanal.

322.- ¿Cuál de los siguientes objetivos es prioritario durante la valoración integral de la persona paciente con insuficiencia cardiaca en hospitalización a domicilio?

a) Detectar exclusivamente alteraciones electrocardiográficas.
b) Evaluar situación funcional, cognitiva y soporte social.
c) Limitar la valoración al estado hemodinámico.
d) Priorizar únicamente el control analítico.

323.- En personas pacientes con insuficiencia cardiaca atendidas en hospitalización a domicilio, ¿qué situación obliga a reconsiderar el mantenimiento del manejo domiciliario y valorar traslado hospitalario?

a) Mejoría progresiva de la disnea.
b) Buena respuesta al tratamiento diurético.
c) Empeoramiento de la función renal o hipotensión sintomática.
d) Disminución del edema periférico.

324.- ¿Cuál de las siguientes ventajas organizativas se atribuye al modelo de hospitalización a domicilio en insuficiencia cardiaca?

a) Incremento de la fragmentación asistencial.
b) Disminución de la coordinación entre niveles asistenciales.
c) Optimización de camas hospitalarias convencionales.
d) Sustitución completa del seguimiento ambulatorio.

325.- En personas pacientes con insuficiencia cardiaca congestiva atendidas en hospitalización a domicilio, ¿qué medida terapéutica se recomienda cuando persiste congestión clínica pese al tratamiento diurético habitual oral?

a) Suspender todos los diuréticos y aumentar la ingesta hídrica.
b) Escalar a tratamiento diurético intravenoso ajustado a respuesta clínica.
c) Iniciar de forma sistemática tratamiento antibiótico.
d) Añadir antagonistas del calcio no dihidropiridínicos.

326.- ¿Cuál es la indicación principal de la nutrición parenteral domiciliaria en personas adultas?

a) Imposibilidad de utilización del tracto gastrointestinal de forma eficaz y segura.
b) Pérdida de apetito mantenida.
c) Necesidad de dieta hipocalórica.
d) Presencia de intolerancia leve a la lactosa.

327.- ¿Cuál de los siguientes accesos venosos es el más adecuado para la administración de nutrición parenteral domiciliaria a largo plazo?

a) Catéter venoso periférico corto.
b) Catéter venoso central de inserción periférica.
c) Vía subcutánea.
d) Catéter arterial.

328.- ¿Cuál de las siguientes complicaciones es más frecuente en pacientes con nutrición parenteral domiciliaria?

a) Infección relacionada con el catéter.
b) Hemorragia digestiva alta.
c) Neumonía adquirida en la comunidad.
d) Pancreatitis aguda

329.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la nutrición parenteral domiciliaria es FALSA?

a) Requiere la participación de un equipo multidisciplinar.
b) Precisa formación específica de la persona paciente o personas cuidadoras.
c) Puede administrarse sin controles analíticos periódicos.
d) Permite mejorar la calidad de vida en personas pacientes seleccionadas.

330.- ¿Cuál es uno de los criterios necesarios para la inclusión de una persona paciente en un programa de nutrición parenteral domiciliaria?

a) Estabilidad clínica de la persona paciente.
b) Necesidad de monitorización intensiva en unidad de cuidados intensivos.
c) Ausencia de soporte familiar o social.
d) Expectativa de vida inferior a una semana.

331.- ¿Cuál de los siguientes objetivos constituye uno de los principales beneficios de la nutrición parenteral domiciliaria?

a) Sustituir de forma definitiva cualquier vía oral en todas las personas pacientes
b) Reducir ingresos hospitalarios prolongados y favorecer la autonomía de la persona paciente
c) Evitar completamente el seguimiento médico especializado.

d) Eliminar la necesidad de educación sanitaria a la persona cuidadora.

332.- En relación con la nutrición parenteral domiciliaria, ¿cuál de las siguientes medidas es fundamental para disminuir el riesgo de infección relacionada con el catéter venoso central?

a) Manipulación del catéter sin técnica estéril
b) Formación específica en cuidados del catéter a pacientes y personas cuidadoras.
c) Suspensión periódica de los lavados del catéter
d) Utilización exclusiva de antibióticos profilácticos continuos

333.- ¿Cuál de los siguientes parámetros debe monitorizarse periódicamente en personas pacientes incluidas en programas de nutrición parenteral domiciliaria?

a) Función hepática y parámetros bioquímicos nutricionales.
b) Densidad mineral ósea semanal.
c) Prueba de esfuerzo cardiopulmonar mensual.
d) Presión intracraneal.

334.- ¿Cuál es el tratamiento farmacológico de primera línea en la diabetes mellitus tipo 2 en ausencia de contraindicaciones?

a) Metformina.
b) Insulina basal.
c) Inhibidores de la DPP-4.
d) Sulfonilureas.

335.- ¿Cuál de los siguientes grupos farmacológicos está especialmente indicado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y enfermedad cardiovascular establecida o alto riesgo cardiovascular?

a) Inhibidores de la SGLT2.
b) Sulfonilureas.
c) Meglitinidas.
d) Inhibidores de la alfa-glucosidasa.

336.- ¿Cuál de los siguientes objetivos de HbA1c es adecuado en la mayoría de las personas adultas con diabetes mellitus tipo 2 según las recomendaciones generales?

a) ≤48 mmol/mol (6,5%).
b) ≤42 mmol/mol (6,0%).
c) ≤64 mmol/mol (8,0%).
d) ≤75 mmol/mol (9,0%).

337.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el manejo de la diabetes mellitus tipo 2 es FALSA?

a) El objetivo de control glucémico debe individualizarse.
b) La pérdida de peso es un objetivo relevante en pacientes con sobrepeso u obesidad.
c) El tratamiento farmacológico debe iniciarse únicamente cuando fracasan todas las medidas no farmacológicas.
d) Es necesario valorar el riesgo cardiovascular en la toma de decisiones terapéuticas.

338.- ¿Cuál de los siguientes fármacos está especialmente indicado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y obesidad por su efecto sobre la pérdida de peso?

a) Agonistas del receptor GLP-1.
b) Sulfonilureas.
c) Insulina rápida.
d) Tiazolidinedionas.

339.- ¿Cuál de las siguientes situaciones requiere la consideración de tratamiento con insulina en pacientes con diabetes mellitus tipo 2?

a) Control glucémico adecuado con monoterapia oral.
b) Hiperglucemia persistente a pesar de tratamiento combinado no insulínico.
c) Paciente con HbA1c en objetivo sin síntomas.
d) Intolerancia leve a la metformina.

340.- En pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con sulfonilureas, ¿cuál es uno de los principales efectos adversos que debe vigilarse?

a) Hipoglucemia.
b) Hipercalcemia.
c) Bradicardia severa.
d) Hipernatremia.

341.- ¿Cuál de las siguientes medidas forma parte del abordaje inicial no farmacológico en la diabetes mellitus tipo 2?

a) Educación diabetológica y modificación del estilo de vida.
b) Restricción absoluta de hidratos de carbono en todas las personas pacientes.
c) Reposo físico mantenido
d) Suspensión de actividad física en pacientes con obesidad

342.- En pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y enfermedad renal crónica, ¿qué grupo farmacológico ha demostrado beneficios renales y cardiovasculares?

a) Inhibidores de la SGLT2.
b) Sulfonilureas.
c) Meglitinidas.

d) Inhibidores de alfa-glucosidasa.

343.- ¿Cuál es el criterio diagnóstico espirométrico de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica?

a) Relación FEV1/FVC <0,7 tras broncodilatador.
b) Relación FEV1/FVC <0,8 previa a broncodilatador.
c) FEV1 <80% del valor teórico.
d) FVC <70% del valor teórico.

344.- ¿Cuál es el principal factor de riesgo para el desarrollo de enfermedad pulmonar obstructiva crónica?

a) Tabaquismo.
b) Exposición a alérgenos.
c) Infecciones virales en la infancia.
d) Sedentarismo.

345.- ¿Cuál de los siguientes fármacos constituye la base del tratamiento farmacológico de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica estable?

a) Broncodilatadores inhalados.
b) Corticoides sistémicos.
c) Antibióticos de forma crónica.
d) Antihistamínicos.

346.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre los corticoides inhalados en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica es FALSA?

a) Están indicados en pacientes con exacerbaciones frecuentes.
b) Pueden aumentar el riesgo de neumonía.
c) Se utilizan en monoterapia como tratamiento inicial en todas las personas pacientes.
d) Se asocian a broncodilatadores en determinadas personas pacientes.

347.- ¿Cuál es el tratamiento de elección en una exacerbación aguda moderada de enfermedad pulmonar obstructiva crónica?

a) Broncodilatadores de acción corta.
b) Anticoagulación terapéutica.
c) Antihistamínicos.
d) Antidepresivos.

348.- ¿Cuál de los siguientes criterios define una exacerbación grave de enfermedad pulmonar obstructiva crónica?

a) Necesidad de ingreso hospitalario.

b) Aumento leve de la disnea sin tratamiento adicional.
c) Tos aislada sin repercusión clínica.
d) Incremento de la expectoración sin cambios en el tratamiento.

349.- ¿Cuál de las siguientes medidas NO farmacológicas ha demostrado mejorar el pronóstico en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica?

a) Abandono del tabaquismo.
b) Rehabilitación respiratoria.
c) Vacunación antigripal.
d) Suplementación sistemática con vitaminas en todas las personas pacientes.

350.- Según el documento GOLD 2024, ¿en cuál de los siguientes personas pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica está especialmente indicada la valoración de oxigenoterapia crónica domiciliaria?

a) Paciente con saturación basal persistente ≤88% o hipoxemia grave crónica.
b) Paciente con disnea ocasional y saturación del 96%.
c) Paciente con tos crónica aislada sin hipoxemia.
d) Paciente con FEV1 normal y radiografía patológica aislada.

351.- Según la guía del Hospital Infection Control Practices Advisory Committee para la prevención de la infección del sitio quirúrgico, una resección intestinal urgente por peritonitis fecal establecida y colon no preparado se clasifica como:

a) Herida limpia-contaminada (clase II), porque la apertura del colon fue técnicamente controlada.
b) Herida contaminada (clase III), ya que la resección intestinal programada siempre implica apertura del tracto gastrointestinal.
c) Herida sucia-infectada (clase IV), porque existe infección bacteriana preoperatoria establecida con peritonitis purulenta o fecaloidea.
d) Herida limpia (clase I), siempre que se haya realizado profilaxis antibiótica preoperatoria correcta.

352.- En el postoperatorio domiciliario de una laparotomía media, se objetiva al día 7 una dehiscencia parcial del 50% de la longitud de la herida con exposición del tejido celular subcutáneo, sin evisceración ni signos sistémicos de infección. ¿Cuál es el manejo inicial CORRECTO en hospitalización a domicilio?

a) Limpieza con suero, tira adhesiva de aproximación y alta del programa con revisión ambulatoria en 48 horas.
b) Cubrir con apósito húmedo estéril, contención con faja abdominal y traslado urgente al hospital para valoración quirúrgica, dado el riesgo de dehiscencia fascial y evisceración que no puede descartarse en domicilio.
c) Inicio de antibioterapia oral y cura oclusiva con gasas secas, revisión en 24 horas.
d) Cierre inmediato de la herida con grapas en domicilio para evitar el desplazamiento de la persona paciente.

353.- La complicación biliar más frecuente a largo plazo tras la colecistectomía laparoscópica, que puede manifestarse meses o años después de la cirugía con colestasis, ictericia y colangitis de repetición, es:

a) La fuga biliar por el conducto de Luschka, que aparece en los primeros días postoperatorios.
b) La litiasis del colédoco residual, que no se relaciona con complicaciones tardías.
c) La estenosis de la vía biliar principal, secundaria a lesión térmica o de clipaje inadvertido, que puede provocar colangitis de repetición y cirrosis biliar secundaria si no se trata precozmente.
d) El hemobilia, que siempre se presenta en el postoperatorio inmediato.

354.- Según las directrices para la prevención de la infección del sitio quirúrgico, ¿cuáles de los siguientes factores dependientes de la persona paciente incrementan de forma INDEPENDIENTE el riesgo de infección del sitio quirúrgico?

a) La realización del procedimiento en régimen ambulatorio frente al ingreso convencional y la edad inferior a 50 años.
b) La desnutrición, la diabetes mellitus con mal control glucémico perioperatorio y la inmunosupresión.
c) El uso de anestesia locorregional frente a la anestesia general y la duración inferior a 60 minutos del procedimiento.
d) La experiencia de la persona cirujana y el tipo de abordaje como únicos factores de riesgo independientes.

355.- Según las guías para la prevención de la infección del sitio quirúrgico, ¿cuál es el momento óptimo de administración de la primera dosis de profilaxis antibiótica quirúrgica para garantizar niveles tisulares bactericidas en el momento de la incisión?

a) En el momento del cierre de la herida quirúrgica, para prevenir la colonización postoperatoria.
b) Entre 30 y 60 minutos antes de la incisión, por vía intravenosa.
c) En las primeras 24 horas del postoperatorio, para cubrir el riesgo diferido de infección.
d) Inmediatamente tras la incisión quirúrgica, para evitar selección de resistencias preoperatorias.

356.- ¿Cuál de las siguientes ventajas documentadas de la CMA frente a la cirugía con ingreso es FALSA?

a) Menor riesgo de infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS).
b) Mayor satisfacción de la persona paciente al recuperarse en su entorno familiar.
c) Mayor efectividad clínica demostrada en todos los procedimientos independientemente de la complejidad de la persona paciente.
d) Reducción de costes para el sistema sanitario y menor ocupación de camas hospitalarias.

357.- Una persona paciente ASA III con diabetes mellitus bien controlada (HbA1c 6,8%), EPOC moderado (FEV1 62%) sin oxígeno domiciliario e IMC 33 kg/m2 se plantea para colecistectomía laparoscópica electiva en régimen de CMA. ¿Cuál es la valoración CORRECTA?

a) Es candidata a CMA sin restricciones, ya que las personas pacientes ASA III siempre son elegibles para cirugía ambulatoria.
b) El IMC de 33 kg/m2 supone una contraindicación absoluta para cualquier procedimiento de CMA.
c) Puede ser candidata si la comorbilidad está estable y compensada, no requiere O2 domiciliario y el IMC es inferior a 35 kg/m2; la decisión final corresponde al equipo de cirugía y anestesiología según el procedimiento concreto.
d) El EPOC moderado (FEV1 62%) es una contraindicación absoluta para la anestesia general en CMA.

358.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones diferencia CORRECTAMENTE la escala de Aldrete modificada de la escala PADSS?

a) La escala de Aldrete valora tolerancia oral y dolor postoperatorio; la PADSS valora saturación de O2 y nivel de consciencia.
b) Ambas escalas son equivalentes y pueden utilizarse indistintamente para decidir el alta a domicilio.
c) La escala de Aldrete valora cinco parámetros de recuperación anestésica inmediata (actividad, respiración, circulación, consciencia, SatO2) para el traslado de URPA a sala de adaptación; la PADSS añade tolerancia oral, micción, control del dolor y sangrado en la herida para decidir el alta definitiva a domicilio.
d) La PADSS requiere puntuación mínima de 8/10 para el alta a domicilio; la escala de Aldrete requiere un mínimo de 7/10.

359.- Una persona paciente poscirugía ambulatoria presenta en la sala de adaptación al medio una puntuación PADSS de 8/10. ¿Cuál es la actitud CORRECTA?

a) Alta inmediata a domicilio, ya que una puntuación de 8/10 es suficiente.
b) NO procede el alta con una puntuación de 8/10; el mínimo requerido por la escala PADSS es 9/10; debe mantenerse a la persona paciente en observación y reevaluarse en 30-60 minutos.
c) Alta condicionada con familiar responsable y revisión obligatoria en urgencias antes de las 6 horas.
d) Ingreso hospitalario convencional ante la imposibilidad de cumplir los criterios de la escala de Aldrete.

360.- ¿Cuál de los siguientes factores ha contribuido de forma MAS significativa a la expansión del catálogo de procedimientos realizables en CMA en los últimos veinte años?

a) La eliminación del control postoperatorio telefónico, que reduce la carga asistencial de las unidades.

b) Los avances en cirugía mínimamente invasiva y en técnicas anestésicas de recuperación rápida, que han ampliado el número de procedimientos ambulatorizables.
c) La obligatoriedad legal de realizar en régimen ambulatorio todos los procedimientos quirúrgicos de duración inferior a 60 minutos.
d) La desaparición de los requisitos de selección de la persona paciente en los centros acreditados para CMA.

361.- Persona paciente trasplantada hepática en día 19, en HAD con tacrolimus y micofenolato, presenta elevación brusca de transaminasas (AST 620, ALT 510 UI/L), fiebre de 38,4 grados C y dolor en hipocondrio derecho. El Doppler hepático es normal y la colangio-RM descarta complicaciones biliares. El nivel valle de tacrolimus es de 4,2 ng/mL. El diagnóstico más probable y la actitud terapéutica de primera línea son:

a) Infección por CMV: iniciar ganciclovir iv y reducir la inmunosupresión al 50%.
b) Rechazo agudo celular favorecido por nivel subterapeutico de tacrolimus; tratamiento: bolos de metilprednisolona iv (500-1.000 mg/día durante 3 días), aumento de inmunosupresores basales y biopsia hepática para confirmación histológica.
c) Disfuncion primaria del injerto: reintervención quirúrgica urgente para retrasplante.
d) Hepatotoxicidad por tacrolimus: retirada inmediata y sustitución por ciclosporina.

362.- Respecto a las complicaciones biliares tras el trasplante hepático, la estenosis biliar NO anastomótica (isquémica) se diferencia de la anastomótica en que:

a) La estenosis no anastomótica tiene mejor pronóstico y responde mejor a la dilatación endoscópica con balón que la anastomótica.
b) La estenosis no anastomótica es exclusivamente de causa técnica quirúrgica.
c) La estenosis no anastomótica es de origen isquémico (trombosis de arteria hepática, tiempo de isquemia prolongado, rechazo crónico), es multifocal, de peor pronóstico y puede conducir a disfunción del injerto y necesidad de retrasplante; la anastomótica es única, de causa técnica y de mejor respuesta al tratamiento endoscópico.
d) Ambos tipos tienen la misma causa, distribución anatómica y respuesta al tratamiento endoscópico.

363.- ¿Cuál es el régimen de inmunosupresión de mantenimiento MAS habitualmente empleado en el trasplante hepático en la actualidad?

a) Metotrexato más micofenolato mofetilo más azatioprina.
b) Tacrolimus (o ciclosporina) más micofenolato mofetilo (o azatioprina) más corticoides en pauta descendente.
c) Ciclofosfamida más prednisona más sirolimus.
d) Basiliximab más metotrexato más azatioprina en monoterapia de mantenimiento.

364.- Según el documento de consenso de la Sociedad Española de Trasplante Hepático (2024) sobre recuperación intensificada, ¿cuál de las siguientes medidas perioperatorias ha demostrado MAYOR impacto en la reducción de complicaciones y en la mejora de la recuperación funcional de la persona paciente trasplantada?

a) El ayuno preoperatorio prolongado (más de 12 horas) para vaciar completamente el tracto gastrointestinal.
b) La prehabilitación nutricional y física preoperatoria, la movilización precoz postoperatoria, la nutrición enteral precoz y la restricción de sueroterapia perioperatoria, siguiendo los principios de la guía RICA adaptada al trasplante.
c) La administración sistemática de albumina iv a todos los pacientes en el postoperatorio inmediato para prevenir la disfunción renal.
d) El reposo en cama absoluto durante las primeras 72 horas postrasplante para minimizar el consumo de oxígeno del injerto.

365.- En paciente con trasplante hepático con triple inmunosupresión, ¿a partir de qué periodo postrasplante aumenta predominantemente el riesgo de infecciones oportunistas como la neumonía por Pneumocystis jirovecii, la infección diseminada por CMV o la aspergilosis invasiva?

a) En la primera semana postrasplante, cuando la inmunosupresión alcanza su pico máximo.
b) Entre el primer y el sexto mes postrasplante, cuando la inmunosupresión neta acumulada favorece las infecciones oportunistas y la reactivación de infecciones latentes.
c) A partir del segundo año postrasplante, cuando la inmunosupresión de mantenimiento se ha reducido a niveles mínimos.
d) No existe patrón temporal definido; las infecciones oportunistas pueden aparecer en cualquier momento sin relación con el tiempo postrasplante.

366.- Respecto a la ileostomía de asa de protección, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a) Se construye como estoma definitivo en pacientes con cáncer de recto irresecable.
b) Se construye como derivación fecal temporal para proteger una anastomosis colorrectal baja o coloanal de riesgo; su cierre se planifica habitualmente a los 2-3 meses si no hay complicaciones anastomóticas.
c) Produce heces semiformadas de bajo volumen sin riesgo de deshidratación.
d) Su cierre posterior es más complejo que el de la colostomía terminal de Hartmann.

367.- A las 48 horas del alta de hospitalización a domicilio, una persona paciente con colostomía terminal presenta coloración violácea-negruzca en la totalidad del estoma exteriorizado. ¿Cuál es la actitud CORRECTA?

a) Observación 48-72 horas con curas locales, ya que la coloración oscura es normal en los primeros días por edema reactivo.

b) Introducir una sonda fina lubricada para valorar si la necrosis isquémica afecta por debajo del nivel de la fascia abdominal; si es así, reintervención quirúrgica urgente; si es superficial, manejo conservador con vigilancia estrecha.
c) Aplicar apósitos de hidrogel y heparina de bajo peso molecular subcutánea para revertir la isquemia.
d) Alta del programa de HaD y revisión en consulta de cirugía en 7-10 días.

368.- ¿Cuál de las siguientes complicaciones de las ostomías tiene mayor incidencia acumulada a largo plazo y es la principal causa de reintervención quirúrgica tardía en la persona paciente ostomizada?

a) La necrosis del estoma, que aparece casi exclusivamente en el postoperatorio inmediato.
b) El prolapso del estoma, que es la complicación más frecuente en las primeras 24 horas.
c) La hernia paraestomal, con incidencia acumulada de hasta el 30-50% a los 5 años y principal causa de reintervención quirúrgica tardía.
d) La retracción del estoma, que afecta prácticamente a todas las personas pacientes en los primeros 6 meses.

369.- Una persona paciente con ileostomía de protección presenta al cuarto día de hospitalización a domicilio un debito de 2.800 ml/24 h, Na+ 128 mEq/L, K+ 2,9 mEq/L y creatinina 2,1 mg/dL (basal 0,8). ¿Cuál es la actuación MAS urgente?

a) Mantener el manejo ambulatorio, aumentar la ingesta hídrica oral con líquidos isotónicos y añadir suplementos de potasio oral.
b) Traslado hospitalario urgente para reposición de volumen y electrolitos iv, ya que la persona paciente presenta fracaso renal agudo prerrenal con hiponatremia e hipopotasemia que no puede manejarse de forma segura en domicilio.
c) Inicio de loperamida en domicilio y restricción hídrica para reducir el volumen del efluente.
d) Cierre urgente de la ileostomía de protección en las siguientes 48 horas.

370.- Una persona paciente postoperada de hemicolectomía derecha laparoscópica en hospitalización a domicilio (HaD) presenta al día 5 un drenaje abdominal con contenido purulento y fecaloideo de 280 ml, fiebre de 38,9 grados C, taquicardia de 102 lpm y PCR de 22 mg/dL. Según los criterios de monitorización y traslado de la persona paciente quirúrgica en HaD, esta situación:

a) Es compatible con el postoperatorio normal; puede manejarse con antibioterapia oral y revisión en 48 horas.
b) Constituye un criterio de traslado hospitalario urgente, ya que la combinación de signos sistémicos de infección y débito fecaloideo del drenaje sugiere dehiscencia anastomótica, complicación que no puede manejarse de forma segura en domicilio y que requiere TC urgente y valoración quirúrgica.
c) Puede manejarse en domicilio con lavado del drenaje con suero fisiológico y aumento de la antibioterapia oral.

d) Solo justifica traslado si la fiebre supera los 39 grados C de forma mantenida más de 48 horas.

371.- ¿Qué escala es la más utilizada para valorar el riesgo de ulceras por presión (UPP)?

a) Glasgow
b) Braden
c) Barthel
d) EVA

372.- ¿Qué intervención es clave, en el domicilio, para la prevención de las úlceras por presión (UPP)?

a) Administración de antibióticos.
b) Los cambios posturales.
c) Realizar cura seca.
d) La hidratación exclusiva.

373.- ¿Cuál de los siguientes hallazgos indica con mayor especificidad infección local en una herida?

a) Eritema.
b) Dolor.
c) Supuración purulenta.
d) Calor.

374.- ¿Cuándo está indicado el uso de antibiótico sistémico en el cuidado de una herida?

a) Cuando hay colonización.
b) Ante signos clínicos de infección sistémica.
c) Ante presencia de exudado.
d) Ante mal olor de la herida

375.- ¿Qué factor condiciona directamente el aporte de oxígeno y nutrientes al tejido?

a) La edad.
b) La perfusión.
c) El sexo.
d) El apósito.

376.- ¿Qué fenómeno se asocia frecuentemente a una herida de evolución estancada?

a) Epitelización.

b) Resolución.
c) Biofilm.
d) Curación.

377.- Ante una herida valorada en hospitalización a domicilio con mal olor asociado a presencia de tejido desvitalizado, ¿qué intervención está indicada?

a) Observación sin tratamiento.
b) Desbridamiento del tejido no viable.
c) Suspender las curas.
d) Exclusivamente hidratación cutánea.

378.- ¿Cuál es el tratamiento de referencia de la úlcera venosa, siempre que no exista contraindicación vascular?

a) Cura seca.
b) Reposo absoluto.
c) Antibiótico sistémico rutinario.
d) Terapia compresiva.

379.- ¿Qué hallazgo puede observarse en una lesión tisular profunda?

a) Lesión exclusivamente superficial.
b) Daño profundo inicialmente no visible o ampolla hemática.
c) Eritema leve transitorio.
d) Tejido epitelial maduro.

380.- El desbridamiento enzimático utilizado en el domicilio se caracteriza por:

a) El uso de bisturí.
b) La activación de enzimas endógenas.
c) El uso de enzimas tópicas.
d) El arrastre mecánico.

381.- ¿Cuál es el objetivo del desbridamiento enzimático en hospitalización a domicilio?

a) Reducir el dolor.
b) Eliminar tejido no viable.
c) Aumentar la humedad.
d) Disminuir el tamaño de la herida.

382.- ¿Qué tipo de apósito favorece principalmente el desbridamiento autolítico aportando humedad al lecho?

a) Film.

b) Hidrogel.
c) Gasa.
d) Alginato.

383.- ¿Qué tipo de apósito se caracteriza por una elevada capacidad de absorción del exudado?

a) Hidroge.
b) Film transparente.
c) Apósito superabsorbente de poliacrilato.
d) Hidrocoloide fino.

384.- ¿Cuál es una complicación frecuente asociada al exceso de exudado en una herida?

a) Epitelización acelerada.
b) Maceración de la piel perilesional.
c) Disminución del riesgo de infección.
d) Resolución espontánea de la herida.

385.- ¿Cómo se debe recoger un cultivo de herida?

a) Sin lavar la herida.
b) Tras limpieza, en tejido viable.
c) En tejido necrótico.
d) En esfacelos.

386.- ¿Qué caracteriza el tejido esfacelado?

a) Color negro duro.
b) Color amarillo-blanquecino.
c) Color rojo brillante.
d) Tejido epitelial.

387.- En una herida o úlcera una fase inflamatoria prolongada puede caracterizarse por:

a) Epitelización.
b) Presencia de biofilm y aumento de metaloproteasas.
c) Tejido cicatricial.
d) Cierre completo.

388.- ¿Cuál es el principal efecto de la infección en una herida?

a) Mejora la cicatrización.
b) Disminuye la inflamación.

c) Retrasa la cicatrización.
d) Aumenta la epitelización.

389.- Las lesiones por presión crónicas avanzadas pueden presentar con frecuencia:

a) Bordes regulares y superficiales.
b) Bordes socavados.
c) Ausencia completa de exudado.
d) Exclusivamente localización distal.

390.- En una herida o ulcera la hipoxia tisular produce:

a) Una cicatrización acelerada.
b) Un retraso de la cicatrización.
c) Menor presencia de inflamación.
d) Una epitelización rápida.

391.- Respecto a la terapia de presión negativa (TPN) para el tratamiento de heridas crónicas, señale la afirmación CORRECTA:

a) La TPN no ha demostrado efectividad en el tratamiento de heridas crónicas.
b) La TPN ha demostrado efectividad en el tratamiento de heridas crónicas.
c) La TPN está contraindicada en úlceras por presión.
d) La TPN solo es efectiva en heridas agudas, no en heridas crónicas.

392.- Respecto a la valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión en hospitalización domiciliaria, indique la afirmación CORRECTA:

a) La valoración del riesgo sólo debe realizarse al ingreso de la persona paciente.
b) La valoración del riesgo debe realizarse de forma periódica y siempre que existan cambios en el estado de la persona paciente.
c) Las escalas de valoración del riesgo no están recomendadas en hospitalización domiciliaria.
d) La escala de Norton es la única validada para uso en domicilio.

393.- Respecto a las complicaciones de los estomas, señale cuál de las siguientes NO es una complicación frecuente:

a) Dermatitis periestomal.
b) Hernia paraestomal.
c) Estenosis del estoma.
d) Trombosis venosa profunda del estoma.

394.- Respecto a los criterios de inclusión de personas pacientes quirúrgicas en hospitalización domiciliaria, indique la afirmación CORRECTA:

a) Solo pueden incluirse pacientes sin comorbilidades.
b) La hospitalización domiciliaria permite el seguimiento de personas pacientes quirúrgicas seleccionadas con criterios de seguridad establecidos.
c) La edad avanzada es una contraindicación absoluta para hospitalización domiciliaria postquirúrgica.
d) Las personas pacientes con drenajes quirúrgicos no pueden ser incluidas en programas de hospitalización domiciliaria.

395.- Respecto a la clasificación etiológica de las úlceras de extremidad inferior, señale la afirmación CORRECTA:

a) Las úlceras venosas representan menos del 10% de las úlceras de la extremidad inferior.
b) Las úlceras de etiología venosa son las más frecuentes entre las úlceras de extremidad inferior.
c) Las úlceras arteriales son más frecuentes que las venosas.
d) Las úlceras neuropáticas sólo aparecen en pacientes con diabetes tipo 1.

396.- Respecto a los cambios posturales en la prevención de úlceras por presión, indique la afirmación CORRECTA:

a) Los cambios posturales deben realizarse cada 6 horas en todas las personas pacientes.
b) La frecuencia de los cambios posturales debe individualizarse según el riesgo de la persona paciente y la superficie de apoyo utilizada.
c) Los cambios posturales no son necesarios si la persona paciente dispone de colchón antiescaras.
d) La posición de decúbito lateral a 90º es la más recomendada.

397.- Respecto a la clasificación de las úlceras por presión por estadios, señale la afirmación INCORRECTA:

a) El estadio I se caracteriza por eritema no blanqueable en piel intacta.
b) El estadio II presenta pérdida parcial del espesor de la piel que afecta a epidermis y/o dermis.
c) El estadio III implica pérdida total del espesor de la piel con afectación del tejido subcutáneo.
d) El estadio IV se diagnostica cuando hay eritema blanqueable sin pérdida de integridad cutánea.

398.- Respecto a la dermatitis periestomal irritativa, indique la afirmación CORRECTA:

a) Es una complicación poco frecuente que afecta a menos del 5% de las personas pacientes.

b) Se produce principalmente por el contacto del efluente con la piel periestomal.
c) El tratamiento de elección es la antibioterapia sistémica.
d) No tiene relación con el ajuste del dispositivo de ostomía.

399.- Respecto al índice tobillo-brazo (ITB) en la valoración de úlceras de extremidad inferior, señale la afirmación CORRECTA:

a) Un ITB 0.9 indica insuficiencia venosa.
b) Un ITB 0.9 indica compromiso arterial y contraindica la compresión elástica de alta presión.
c) El ITB no es útil en la valoración de úlceras de extremidad inferior.
d) Un ITB > 1.3 indica buena perfusión arterial.

400.- Respecto al desbridamiento de tejido necrótico en úlceras por presión, indique la afirmación INCORRECTA:

a) El desbridamiento cortante está indicado cuando existe tejido necrótico extenso.
b) El desbridamiento autolítico con hidrogeles es una opción para tejido necrótico no infectado.
c) El desbridamiento enzimático utiliza enzimas proteolíticas para eliminar tejido desvitalizado.
d) El desbridamiento está contraindicado en todas las úlceras por presión estadio III y IV.

401.- En el contexto del trasplante hepático, señale la afirmación INCORRECTA sobre las complicaciones biliares:

a) Pueden presentarse tanto en el postoperatorio inmediato como tardío.
b) La colangiografía es una técnica diagnóstica útil.
c) Las complicaciones biliares no afectan a la supervivencia del injerto.
d) El tratamiento puede ser endoscópico, radiológico o quirúrgico.

402.- En personas pacientes trasplantadas, indique cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA:

a) Las infecciones víricas son excepcionales en estas personas pacientes.
b) El citomegalovirus es un patógeno relevante en la persona paciente trasplantada.
c) No es necesaria la vigilancia microbiológica periódica.
d) Los hongos nunca causan infecciones en personas pacientes trasplantadas.

403.- Sobre el cuidado de los estomas, señale la respuesta CORRECTA:

a) La educación de la persona paciente portadora de estoma no influye en la prevención de complicaciones.
b) El dispositivo colector debe cambiarse diariamente en todos los casos.
c) La valoración regular del estoma permite detectar precozmente complicaciones.
d) La dieta no tiene ninguna relación con el funcionamiento del estoma

404.- La principal causa de fracaso de una cura de herida en hospitalización a domicilio es:

a) Tipo de herida.
b) El diagnóstico.
c) La edad avanzada.
d) La mala adherencia de la persona cuidadora.

405.- En relación con la hospitalización domiciliaria, indique la afirmación CORRECTA:

a) No permite realizar procedimientos complejos en el domicilio.
b) Requiere una adecuada selección de pacientes y coordinación del equipo.
c) Está contraindicada en personas pacientes postquirúrgicas.
d) No mejora la satisfacción de la persona paciente comparado con la hospitalización convencional.

406.- Respecto a la terapia por presión negativa tópica, señale la afirmación INCORRECTA:

a) Favorece la formación de tejido de granulación.
b) Reduce el edema de la herida.
c) Está indicada en todas las heridas sin excepción.
d) Requiere valoración coste-efectividad según el tipo de herida.

407.- Según el protocolo de Osakidetza sobre UPP, indique la respuesta CORRECTA:

a) Los cambios posturales deben realizarse cada 6-8 horas.
b) La inspección diaria de la piel es una medida preventiva fundamental.
c) Las prominencias óseas no son zonas de especial riesgo.
d) La movilización de la persona paciente está contraindicada si existe riesgo de UPP.

408.- En el manejo de úlceras de extremidad inferior según CONUEI, señale la afirmación CORRECTA:

a) El índice tobillo-brazo (ITB) permite valorar la perfusión arterial.
b) La compresión está indicada en todas las úlceras de la extremidad inferior.
c) No es necesario identificar la etiología de la úlcera para su tratamiento.
d) Las úlceras arteriales son las más frecuentes.

409.- Según la guía del SAS sobre UPP, indique la afirmación INCORRECTA:

a) La valoración nutricional es importante en pacientes con UPP.
b) Existen diferentes tipos de apósitos según las necesidades de la úlcera.

c) El estadio I de UPP se caracteriza por pérdida de espesor total de la piel.
d) La prevención es más coste-efectiva que el tratamiento.

410.- En el contexto de la hospitalización domiciliaria, señale la respuesta CORRECTA respecto al seguimiento de personas pacientes trasplantadas:

a) Las personas pacientes con trasplantes no pueden ser atendidas en hospitalización domiciliaria.
b) La hospitalización domiciliaria permite el seguimiento de personas pacientes complejas incluyendo personas trasplantadas con las medidas adecuadas.
c) El riesgo de infección contraindica absolutamente la atención domiciliaria.
d) No es necesaria coordinación con el equipo de trasplantes.

411.- Cuál de los siguientes elementos es una dificultad para la implementación de recursos de telemedicina en nuestro entorno:

a) Existencia de población diana alejada de los centros sanitarios.
b) Escaso acceso del personal sanitario a recursos tecnológicos.
c) Necesidad de citas presenciales en los centros sanitarios para resolver la mayoría de los problemas de salud.
d) Necesidad de formación del personal sanitarios

412.- La telemedicina puede ser una herramienta útil en todas las situaciones siguientes, EXCEPTO:

a) Para monitorizar constantes vitales en pacientes con enfermedades crónicas.
b) Para compartir imágenes de lesiones cutáneas.
c) Para acortar la lista de espera quirúrgica.
d) Para hacer educación sanitaria

413.- Qué es cierto respecto a la telemedicina y el manejo de información:

a) Los recursos de telemedicina no tienen el deber de asegurar la confidencialidad de los datos clínicos de las personas pacientes.
b) El personal que atiende un recurso de telemedicina no tiene capacidad de acceder a la historia clínica para salvaguardar la intimidad de las personas pacientes.
c) El manejo de información sanitaria implica desafíos bioéticos.
d) No hay riesgos específicos en el manejo de datos clínicos en recursos de telemedicina.

414.- Los dispositivos de monitorización a distancia NO permiten controlar:

a) La presión arterial.
b) La frecuencia cardiaca.
c) La saturación de oxígeno.
d) La cantidad de exudado de una úlcera por presión.

415.- Un recurso de telemedicina no es útil para:

a) Reducir la presión asistencial en los servicios de urgencias.
b) Realizar educación para la salud en enfermedades crónicas.
c) Facilitar apoyo emocional a pacientes con necesidades de atención paliativa.
d) Asistir a pacientes sin acceso a línea telefónica.

416.- ¿Qué efecto tiene la telemedicina sobre la hospitalización?

a) La incrementa debido al mayor control.
b) No produce cambios significativos.
c) La reduce al mejorar el control clínico.
d) Aumenta las visitas a urgencias

417.- ¿Cuál es el objetivo principal de la Unidad de Telemedicina?

a) Sustituir la hospitalización convencional.
b) Proporcionar únicamente atención telefónica a pacientes con cronicidad.
c) Garantizar una atención proactiva, integral y continuada fuera del ámbito hospitalario.
d) Reducir la participación de atención primaria en el seguimiento de la persona paciente

418.- ¿Cuál es la finalidad principal del seguimiento programado de pacientes en situación de paliativos?

a) Reducir el número de profesionales que han de implicarse en su atención.
b) Mantener la estabilidad clínica durante más tiempo y mejorar la calidad de vida de la persona paciente.
c) Evitar cualquier ingreso hospitalario.
d) Reducir el número de llamadas telefónicas de la persona paciente.

419.- ¿Qué tipo de personas pacientes son atendidas en la Unidad de Telemedicina?

a) Pacientes con enfermedades agudas leves.
b) Pacientes de pediatría exclusivamente.
c) Pacientes con enfermedades crónicas avanzadas y/o paliativas.
d) Solo personas pacientes quirúrgicas.

420.- Las causas que tradicionalmente han dificultado la sostenibilidad de los servicios de telemedicina están vinculadas a:

a) Una elección incorrecta de las infraestructuras necesarias y de los escenarios sociosanitarios en los que los servicios de telemedicina hubieran podido desarrollar su verdadero potencial de aplicación.

b) Unas condiciones de contorno tecnológicas y sociosanitarias, dinámicas y complejas, que plantean retos metodológicos y de aplicación práctica en aspectos como la evaluación, transferencia, implantación y escaladas de experiencias.
c) Una rápida evolución y diversificación de las tecnologías de la información y la comunicación que, constituyendo la base de los servicios de telemedicina, genera un estado permanente de obsolescencia y de dificultad operativa.
d) Ninguna de las anteriores.

421.- El desarrollo sostenible de la telemedicina en un país o región:

a) Requiere disponer de unas condiciones mínimas de desarrollo y de infraestructuras (energética, de telecomunicaciones, educativa, sanitaria, industrial y económica).
b) No está necesariamente vinculado a la existencia de planes explícitos promovidos desde las administraciones públicas.
c) Se ve impulsado por planes consensuados de actuación que contemplen los posibles escenarios de despliegue, tecnologías y recursos necesarios y métricas bien definidas para monitorizar el avance en los objetivos.
d) Todas las anteriores.

422.- Cuál de las 4 dimensiones pedagógicas de un aula virtual tiene correctamente asignada la actividad o recurso?

a) Dimensión Informativa: elaborar proyecto de grupo.
b) Dimensión Práxica: organización y dinamización de actividades grupales.
c) Dimensión Comunicativa: chats, mensajería interna.
d) Dimensión Tutorial y Evaluativa: videoclips.

423.- ¿Cuál de estos es un dominio de evaluación en el modelo MAST (Model for Assessment of Telemedicine applications)?

a) Problema de salud y características de la aplicación de telemedicina.
b) Seguridad.
c) Aspectos socioculturales, éticos y legales.
d) a) b) y c)

424.- Algunos de los beneficios que el uso de las redes sociales proporciona a las personas pacientes, son:

a) Mejorar el acceso a la información, motivar psicológicamente, evitar el aislamiento y tener el control de su salud.
b) Mejorar la comunicación paciente-personal médico/personas cuidadoras/familiares, mejorar su monitorización y motivar psicológicamente.
c) Mejorar el acceso a la información, motivar psicológicamente, evitar el aislamiento y fomentar la investigación en sus enfermedades.
d) Mejorar la comunicación paciente-personal médico/personas cuidadoras/familiares, mejorar el acceso a la información, motivar psicológicamente y evitar el aislamiento.

425.- Señale la afirmación INCORRECTA en relación con el acceso de las personas profesionales a la historia clínica electrónica para el diagnóstico y tratamiento de la persona paciente:

a) En todos los casos es necesario el consentimiento informado de la persona paciente por escrito.
b) Debe existir un registro de accesos que conserve la información relativa de identificación y autentificación.
c) Es posible la cesión de datos encriptados a terceras partes, para estudios epidemiológicos de salud pública, docencia e investigación.
d) En el ejercicio de funciones de inspección, evaluación, acreditación y planificación sanitarias sólo pueden acceder las personas responsables autorizadas.

426.- El ritmo de la innovación de las TIC tiende a ser exponencial con un impacto en las organizaciones. De las siguientes afirmaciones selecciona la que NO es correcta

a) La dificultad es básicamente presupuestaria. Las organizaciones sanitarias con la HCE ya implantada y la transformación digital que ha tenido lugar, tienen una base sólida para absorber la innovación y acelerar el proceso de digitalización.
b) El problema que se genera es la dificultad de absorción de la innovación por parte de las organizaciones.
c) Las organizaciones sanitarias tienen dificultades estructurales y organizativas para absorber e incorporar la innovación de las TIC en la asistencia sanitaria a las personas pacientes.
d) Incorporar la innovación de las TIC en la práctica clínica requiere una transformación de la cultura y organización de las prácticas profesionales.

427.- La Continuidad Asistencial ha sido definida de muchas maneras. De las siguientes afirmaciones selecciona la verdadera:

a) Las personas pacientes tienen un mayor control sobre la CA que sobre la responsabilidad longitudinal que depende más del personal profesional.
b) Servicios que se gestionan y prestan de forma que aseguran a la población la continuidad de promoción, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento a lo largo de su vida y acorde a sus necesidades.
c) El determinante de la CA es la continuidad de la información entre profesionales y niveles asistenciales.
d) Los dos elementos que distinguen la CA de otros atributos de la atención son la atención a lo largo del tiempo y el enfoque en pacientes individuales.

428.- Como se realiza la comunicación entre los sistemas de las diferentes CCAA y el Ministerio de Sanidad. Marcar la correcta:

a) A través de la red SARA.
b) A través de la Intranet Sanitaria.
c) A través de Internet.
d) No están comunicadas.

429.- Cuál NO es una característica esencial de un sistema de información Moderno:

a) Estandarizado.
b) Ajustado al objetivo.
c) Integrado
d) Semidigitalizado.

430.- ¿Cuál de las siguientes características es inherente a un abordaje de la cronicidad centrado en las necesidades de la persona paciente y en las posibilidades de la tecnología?

a) Paciente activo/a e informado/a.
b) La iniciativa debe ser esencialmente de la persona paciente (proactividad).
c) La asistencia debe ser asíncrona.
d) El componente presencial de la asistencia es indispensable.

431.- En relación con la telemedicina, la postura más correcta sobre su futuro es:

a) Considerarla una herramienta sin recorrido real en la práctica clínica.
b) Mantener una visión prudente, evitando un optimismo infundado, pero reconociendo su potencial.
c) Asumir que sustituirá por completo a la asistencia presencial en el corto plazo.
d) Limitar su utilidad a contextos no asistenciales.

432.- Una de las principales dificultades para la implantación definitiva de la telemedicina en las organizaciones sanitarias es:

a) La ausencia total de desarrollos tecnológicos disponibles.
b) La falta de evidencia concluyente sobre su utilidad clínica y coste-efectividad.
c) La imposibilidad de aplicarla a enfermedades crónicas.
d) La inexistencia de interés por parte de los sistemas sanitarios.

433.- Según los análisis sobre implantación de la telemedicina, muchos proyectos:

a) Se consolidan rápidamente en la práctica clínica habitual.
b) No suelen superar la fase inicial de viabilidad.
c) Fracasan por falta de dispositivos de monitorización exclusivamente.
d) Se desarrollan solo en atención primaria.

434.- ¿Cuál de los siguientes problemas se ha señalado al evaluar proyectos de telemedicina con modelos tradicionales?

a) El exceso de estudios prolongados en condiciones reales de uso.
b) La abundancia de resultados concluyentes sobre sistemas integrales.
c) Diseños poco rigurosos, corta duración y escasa validez externa.
d) La inexistencia de variables organizativas relevantes.

435.- La incorporación de la telemedicina en la práctica asistencial requiere, además de tecnología:

a) Cambios en los procesos de trabajo y en los roles profesionales.
b) La eliminación de la coordinación entre niveles.
c) La desaparición del juicio clínico.
d) La reducción de la participación de enfermería.

436.- Entre los frenos percibidos por muchos médicos y médicas para la implantación extensiva de la telemedicina se han señalado:

a) La preferencia de las personas pacientes por la visita presencial y el aumento de carga de trabajo.
b) La ausencia de interés de enfermería y el exceso de evidencia científica.
c) La falta de enfermedades crónicas subsidiarias de seguimiento.
d) La imposibilidad de registrar datos clínicos a distancia.

437.- En los estudios sobre implementación organizativa de la telemedicina, el éxito se ha asociado de forma positiva, especialmente, con:

a) Las redes profesionales médicas más resistentes al cambio.
b) El grupo profesional de enfermería.
c) La desaparición de los protocolos de seguimiento.
d) La sustitución de los circuitos asistenciales previos.

438.- En el telecontrol domiciliario de pacientes con EPOC, la finalidad principal del sistema es:

a) Realizar broncoscopias a distancia.
b) Vigilar parámetros clínicos y detectar cambios en la situación de la persona paciente.
c) Sustituir toda visita médica futura.
d) Reducir el papel de la persona cuidadora principal.

439.- En el telecontrol domiciliario de pacientes con EPOC, los datos clínicos podían ser enviados al sistema central:

a) Exclusivamente por el personal facultativo de medicina responsable.
b) Solo mediante llamada telefónica al hospital.
c) Por la propia persona paciente o sus familiares, mediante transmisión remota.
d) Únicamente durante el ingreso hospitalario.

440.- En el telecontrol domiciliario de pacientes con EPOC, la emisión de una alarma dependía de:

a) Exclusivamente por el personal médico responsable.
b) Solo mediante llamada telefónica al hospital.

c) Por la propia persona paciente o sus familiares, mediante transmisión remota.
d) Únicamente durante el ingreso hospitalario.

441.- La unidad central de comunicación y control en un programa de telemedicina domiciliaria permite:

a) Detectar situaciones críticas, emitir alarmas y facilitar la toma de decisiones.
b) Sustituir la historia clínica.
c) Prescindir del seguimiento por personal profesional sanitarios.
d) Limitarse al archivo pasivo de datos.

442.- En hospitalización a domicilio, las nuevas tecnologías de la información y la telecomunicación se orientan preferentemente a:

a) Mejorar seguimiento, comunicación y apoyo asistencial en el domicilio.
b) Reemplazar en todos los casos la valoración clínica directa.
c) Reducir la necesidad de coordinación entre profesionales.
d) Excluir a la persona paciente del proceso asistencial.

443.- En el uso de TIC entre personal sanitario y pacientes, la opción más adecuada es:

a) Utilizarlas como complemento de la relación asistencial, no como sustitución indiscriminada.
b) Sustituir siempre la entrevista clínica presencial.
c) Priorizar la rapidez sobre la confidencialidad.
d) Eliminar el registro de la actividad realizada.

444.- La web 2.0 se caracteriza, entre otros rasgos, por:

a) La unidireccionalidad y la pasividad de la persona usuaria.
b) La interacción creciente entre web y persona usuaria.
c) La restricción del acceso a programadores.
d) La ausencia de componente social.

445.- Señale la opción correcta sobre la web 2.0:

a) Es un concepto completamente cerrado y estable.
b) Se define con facilidad y no ha cambiado con el tiempo.
c) Es difícil de definir y está en continua evolución.
d) Carece de interés para la gestión de información en salud.

446.- Entre las herramientas útiles para el personal profesional sanitario en internet se incluyen:

a) Blogs, wikis, servicios web colaborativos y RSS.



b) Solo bases de datos cerradas de acceso institucional.
c) Exclusivamente redes sociales generalistas.
d) Únicamente foros no moderados.

447.- La utilidad principal de los canales RSS para el personal profesional sanitario es:

a) Sustituir la lectura crítica de fuentes.
b) Recibir titulares, resúmenes o novedades de forma sindicada.
c) Garantizar por sí mismos la calidad científica del contenido.
d) Evitar el acceso a la fuente original.

448.- Según la bibliografía revisada, las aplicaciones móviles en salud pueden ser útiles:

a) Solo para entretenimiento de la persona paciente.
b) Tanto para el uso en consulta como para su recomendación a pacientes.
c) Exclusivamente en cardiología hospitalaria.
d) Solo cuando no exista seguimiento clínico.

449.- En relación con las apps de salud, el criterio más adecuado para valorarlas es:

a) El número de descargas como único indicador de calidad.
b) Su potencial utilidad clínica, junto con la fiabilidad y adecuación a su finalidad.
c) La publicidad comercial asociada.
d) La ausencia de actualización.

450.- El concepto de e-paciente se relaciona mejor con:

a) Una persona paciente pasiva, ajena a las decisiones y a la información sanitaria digital.
b) Una persona paciente más activa, informada y participativa en el manejo de su salud.
c) Una persona paciente que rechaza la relación con el personal profesional.
d) Una persona paciente que sustituye la atención sanitaria por redes sociales.

Osakidetza



CASOS PRÁCTICOS

451.- Paciente de 56 años diabético insulinodependiente mal controlado, fumador activo, consumo de alcohol >100g/día. Consulta por dolor asociado a una úlcera en antepié derecho, inicialmente por un roce del calzado, de más de tres semanas de evolución. Dado el cuadro clínico y sus antecedentes, el origen del dolor puede ser debido a todas menos a una de las siguientes, señale la opción INCORRECTA:

a) Celulitis infecciosa con la úlcera como puerta de entrada.
b) Componente vascular isquémico asociado.
c) Componente asociado a neuropatía diabética.
d) a) b) y c) son correctas.

452.- Paciente de 56 años diabético insulinodependiente mal controlado, fumador activo, consumo de alcohol >100g/día. Consulta por dolor asociado a una úlcera en antepié derecho, inicialmente por un roce del calzado, de más de tres semanas de evolución. Además de la valoración de signos de infección perilesional, será obligado valorar todos los aspectos siguientes excepto uno. Señale cual NO habría que valorar:

a) Presencia o ausencia de pulsos distales.
b) Evaluación de la sensibilidad (monofilamento, por ejemplo).
c) Perímetro abdominal.
d) Forma del pie, deformidades óseas, marcha.

453.- Paciente de 56 años diabético insulinodependiente mal controlado, fumador activo, consumo de alcohol >100g/día. Consulta por dolor asociado a una úlcera en antepié derecho, inicialmente por un roce del calzado, de más de tres semanas de evolución. En el caso de que valoremos un componente neuropático del dolor, con independencia del resto de abordaje terapéutico (antibiótico, diuréticos…), señale la respuesta INCORRECTA:

a) Podemos plantear tratamiento con opiáceos, pero ajustados al plan de ruta terapéutico que establezcamos (posología, duración…).
b) Los tratamientos coadyuvantes probablemente serán la base más efectiva de tratamiento.
c) No debemos empezar el tratamiento hasta que no tengamos un estudio completo con EMG y RM dorso-lumbar.
d) Debe explicarse al paciente con claridad las complicaciones graves a las que se expone, incluida la futura amputación.

454.- **Paciente de 56 años diabético insulinodependiente mal controlado, fumador activo, consumo de alcohol >100g/día. Consulta por dolor asociado a una úlcera en antepié derecho, inicialmente por un roce del calzado, de más de tres semanas de evolución. La úlcera acaba curando por segunda intención, gracias a los esfuerzos del equipo sanitario multidisciplinar que lo atiende. Sin embargo, persiste el mal control metabólico de su diabetes, el consumo de tabaco y alcohol. Por mal control del dolor, se ha escalado progresivamente analgesia hasta un parche de fentanilo cada 3 días de 50 mcg/h. Seis meses después el paciente es llevado a Urgencias por su familia, por mal control del dolor en la EID a pesar del tratamiento, y desorientación durante los últimos días. Señale, antes de valorar directamente al paciente, la posibilidad que menos debe preocuparle:**

a) Cuadro confusional agudo por opiáceos.
b) Dolor de origen isquémico vascular agudo.
c) Celulitis en la EID con situación séptica asociada.
d) Estatus migrañoso por el tabaco y alcohol.

455.- **Paciente de 56 años diabético insulinodependiente mal controlado, fumador activo, consumo de alcohol >100g/día. Consulta por dolor asociado a una úlcera en antepié derecho, inicialmente por un roce del calzado, de más de tres semanas de evolución. Durante la estancia en hospitalización a domicilio hace un delirium que consideramos es secundario a los opioides por lo que decidimos realizar una rotación de los mismos. Indique la respuesta INCORRECTA:**

a) Las dosis de morfina oral equivalente al parche de 50mcg/h de fentanilo serían 60 mg/12 horas vo.
b) Las primeras 24 horas como mínimo tras la retirada del parche es aconsejable mantenerse con dosis de rescate, en lugar de empezar con la acción prolongada.
c) En el caso de la morfina, al darla separada cada 12 horas no deberemos considerar efectos secundarios como la somnolencia o la posibilidad de una retención aguda de orina (RAO).
d) Si en lugar de morfina rotamos a oxicodona-naloxona, mejoramos las complicaciones gastrointestinales.

456.- **Mujer de 87 años con demencia mixta avanzada, Barthel 10, dependencia completa, incontinencia, encamamiento la mayor parte del día y lenguaje muy escaso. Vive con una hija, cuidadora principal, con apoyo parcial de otra hermana. Ha presentado en los últimos cuatro meses pérdida de peso del 11 %, varios episodios de atragantamiento y dos infecciones respiratorias. Mantiene algunos momentos de interacción sencilla y ocasionalmente acepta pequeñas cantidades de alimentos de textura modificada, sobre todo dulces o postres.En las últimas semanas presenta además una lesión tumoral ulcerada de pared torácica izquierda secundaria a recidiva locorregional de cáncer de mama, con exudado, mal olor, dolor durante las curas y eritema periférico leve sin fiebre ni inestabilidad. La familia está dividida: una hija solicita PEG "para que no se muera de hambre" y antibioterapia intravenosa "porque huele fatal"; la otra cree que "hay que priorizar que no sufra". Respecto a la decisión sobre soporte nutricional artificial, ¿cuál es la opción más adecuada?**

a) Indicar PEG de forma preferente porque evita broncoaspiraciones y mejora consistentemente la supervivencia en pacientes con demencia avanzada, dado que la paciente no tiene un documento de instrucciones previas, la opinión de sus hijas prevalece.

b) Descartar cualquier deliberación porque la pérdida de peso superior al 10% y un Barthel inferior a 20 puntos son criterios de limitación del esfuerzo terapéutico.

c) Deliberar sobre objetivos de cuidado, pronóstico y valores previos, explicando que la nutrición artificial no garantiza prevención de aspiraciones ni beneficio clínico relevante en este contexto.

d) Indicar nutrición parenteral domiciliaria por ser menos invasiva que la PEG, valorar posteriormente paso a sonda nasogástrica y, según evolución, decidir la colación de una PEG.

457.- **Mujer de 87 años con demencia mixta avanzada, Barthel 10, dependencia completa, incontinencia, encamamiento la mayor parte del día y lenguaje muy escaso. Vive con una hija, cuidadora principal, con apoyo parcial de otra hermana. Ha presentado en los últimos cuatro meses pérdida de peso del 11 %, varios episodios de atragantamiento y dos infecciones respiratorias. Mantiene algunos momentos de interacción sencilla y ocasionalmente acepta pequeñas cantidades de alimentos de textura modificada, sobre todo dulces o postres.En las últimas semanas presenta además una lesión tumoral ulcerada de pared torácica izquierda secundaria a recidiva locorregional de cáncer de mama, con exudado, mal olor, dolor durante las curas y eritema periférico leve sin fiebre ni inestabilidad. La familia está dividida: una hija solicita PEG "para que no se muera de hambre" y antibioterapia intravenosa "porque huele fatal"; la otra cree que "hay que priorizar que no sufra". ¿Cuál de las siguientes estrategias es la correcta en este punto de la evolución de la paciente?**

a) Retirar toda ingesta oral de alimentos que no sean preparados específicos para disfagia, por el riesgo de aspiración.

b) Mantener alimentación oral de confort cuidadosamente adaptada, reevaluando riesgo-beneficio y objetivos.

c) Mantener dieta libre sin modificaciones de textura para preservar la autonomía de la paciente y respetar los deseos de sus hijas.

d) Iniciar nutrición enteral por sonda nasogástrica combinada con ingesta oral ocasional para asegurar una cantidad adecuada de nutrientes.

458.- **Mujer de 87 años con demencia mixta avanzada, Barthel 10, dependencia completa, incontinencia, encamamiento la mayor parte del día y lenguaje muy escaso. Vive con una hija, cuidadora principal, con apoyo parcial de otra hermana. Ha presentado en los últimos cuatro meses pérdida de peso del 11 %, varios episodios de atragantamiento y dos infecciones respiratorias. Mantiene algunos momentos de interacción sencilla y ocasionalmente acepta pequeñas cantidades de alimentos de textura modificada, sobre todo dulces o postres.En las últimas semanas presenta además una lesión tumoral ulcerada de pared torácica izquierda secundaria a recidiva locorregional de cáncer de mama, con exudado, mal olor, dolor durante las curas y eritema periférico leve sin fiebre ni inestabilidad. Con respecto a la valoración de inicio de antibioterapia, ¿cuál de las siguientes opciones le parece correcta?**

a) Iniciar antibioterapia sistémica de amplio espectro, porque el mal olor indica infección invasiva y el tratamiento antibiótico ayudará a controlar síntomas.
b) Priorizar medidas locales de control del olor como el metronidazol tópico y reservar antibioterapia sistémica para signos de infección invasiva o beneficio sintomático claro.
c) Indicar antibioterapia subcutánea domiciliaria prolongada por el aspecto de la lesión y para minimizar complicaciones.
d) No tratar nunca una lesión tumoral, porque siempre está colonizada por múltiples bacterias.

459.- **Mujer de 87 años con demencia mixta avanzada, Barthel 10, dependencia completa, incontinencia, encamamiento la mayor parte del día y lenguaje muy escaso. Vive con una hija, cuidadora principal, con apoyo parcial de otra hermana. Ha presentado en los últimos cuatro meses pérdida de peso del 11 %, varios episodios de atragantamiento y dos infecciones respiratorias. Mantiene algunos momentos de interacción sencilla y ocasionalmente acepta pequeñas cantidades de alimentos de textura modificada, sobre todo dulces o postres.En las últimas semanas presenta además una lesión tumoral ulcerada de pared torácica izquierda secundaria a recidiva locorregional de cáncer de mama, con exudado, mal olor, dolor durante las curas y eritema periférico leve sin fiebre ni inestabilidad. En las últimas semanas, la paciente presenta prurito intenso de predominio nocturno, asociado a xerosis marcada y empeoramiento del malestar durante las curas. No hay datos clínicos que sugieran una reacción alérgica aguda. ¿Cuál sería la medida terapéutica más adecuada en este caso?**

a) Iniciar corticoides sistémicos, porque son el tratamiento de elección del prurito en cuidados paliativos y mejoran los signos y síntomas derivados de la inflamación.
b) Considerar el prurito un síntoma menor y no modificar el plan terapéutico si no hay lesiones de rascado extensas, debido a los efectos secundarios de la mayor parte de las opciones terapéuticas.
c) Valorar la causa probable del prurito y combinar medidas locales de cuidado cutáneo con tratamiento farmacológico individualizado si el síntoma lo requiere, utilizando por ejemplo mirtazapina por la noche.
d) Indicar antihistamínicos como la hidroxizina tres veces al día como tratamiento específico del prurito de esta paciente, aliviando además los síntomas de malestar derivados del mismo, gracias a su acción inductora del sueño.

460.- **Mujer de 87 años con demencia mixta avanzada, Barthel 10, dependencia completa, incontinencia, encamamiento la mayor parte del día y lenguaje muy escaso. Vive con una hija, cuidadora principal, con apoyo parcial de otra hermana. Ha presentado en los últimos cuatro meses pérdida de peso del 11 %, varios episodios de atragantamiento y dos infecciones respiratorias. Mantiene algunos momentos de interacción sencilla y ocasionalmente acepta pequeñas cantidades de alimentos de textura modificada, sobre todo dulces o postres. En las últimas semanas presenta además una lesión tumoral ulcerada de pared torácica izquierda secundaria a recidiva locorregional de cáncer de mama, con exudado, mal olor, dolor durante las curas y eritema periférico leve sin fiebre ni inestabilidad. La evolución de la paciente es desfavorable, con discrepancias entre sus familiares con respecto a la adecuación de medidas. De entre las siguientes opciones, ¿por cuál optaría en un caso de este tipo?**

a) Seguir la petición que apoyen un mayor número de familiares, porque el desacuerdo impide una verdadera deliberación clínica.

b) Posponer cualquier decisión hasta que la familia alcance por sí sola un consenso completo fuera del ámbito sanitario, dándoles un espacio para el debate y la conversación.

c) Establecer un plan terapéutico explícito y proporcionado, explorar valores previos de la paciente, documentar la deliberación y valorar consulta al Comité de Ética Asistencial si persiste un conflicto relevante.

d) Trasladar un informe clínico inmediatamente al Comité de Ética Asistencial para evitar que el conflicto aumente y delegar la decisión final en el mismo, ya que las decisiones consensuadas aportan un mayor valor añadido.

461.- **Antecedentes personales: Mujer de 91 años con antecedentes relevantes de hipertensión arterial (HTA), hipotiroidismo primario, aneurisma sésil de arteria carótida interna (hallazgo incidental), síndrome depresivo, colecistectomía, apendicectomía e histerectomía con doble anexectomía. En tratamiento habitual con mirtazapina y levotiroxina.Anamnesispaciente derivada a hospitalización a domicilio desde consultas externas para valoración integral tras diagnóstico de neoplasia en polo cecal del colon, sin evidencia de malignidad en la muestra de biopsia remitida, pero con una alta sospecha de la misma por imagen macroscópica. Refiere dispepsia, pérdida de peso involuntaria y malestar abdominal inespecífico de meses de evolución. Exploración físicaSe exploran los antecedentes clínicos, se realiza conciliación de la medicación y se valoran la situación funcional, cognitiva, afectiva, nutricional y social. Por otro lado, se valoran la fragilidad, la sarcopenia y la calidad de vida relacionada con la salud, y se calculan los índices de riesgo de mortalidad. Dominio evaluado: Parámetro; ValorAntropometría y valoración nutriciona; Peso 54,1 kg; Talla 1,59 m; IMC 21,4 kg/m2; MNA-SF 6/12 puntos; Bioimpedanciometría:sarcopenia y composición corporal: Grasa corporal 22,2 kg (34,6 %); Masa muscular total 39,8 kg (62,1 %); Masa muscular en tronco 22,8 kg; Masa muscular apendicular 17 kg; Agua corporal 29,1 kg (45,4 %); Nivel de grasa visceral 12; Tasa metabólica basal 1245 KJ. La paciente fue diagnosticada de fragilidad y evaluada nutricionalmente según criterios Global Leaders hip International Malnutrition (GLIM), sarcopenia probable, deterioro funcional y trastorno del ánimo. A nivel social, presentaba buen apoyo sociofamiliar. Historia nutricionalDieta basal sin adaptaciones, selectiva según el gusto de la paciente,**

pero balanceada. Sin datos de disfagia. Piezas dentales completas, con prótesis dentarias en alguna de ellas. Pérdida de peso involuntaria de aproximadamente 11 kg en 3 meses. Ha disminuido la ingesta oral casi a la mitad de lo habitual. Diagnósticos• Neoplasia de colon, con alta sospecha de malignidad, pendiente de revaluación y estudio de extensión.• Diagnostico nutricional. • Síndrome de fragilidad.• Probable trastorno adaptativo secundario a situación clínica actual.• Riesgo de sarcopenia.Evolución y tratamientoSe decide organizar un programa de prehabilitación personalizado (consiste en suplementación nutricional HP/HC, enriquecimiento de la dieta y ejercicio físico, antes de iniciar su tratamiento oncológico específico) teniendo en cuenta las necesidades nutricionales y la capacidad funcional de la paciente. Se calculan los requerimientos proteicos y calóricos diarios, siendo necesaria la prescripción de suplementación nutricional oral (SNO) hiperproteica e hipercalórica (fórmula completa con 32 g de proteína 50 % lactoproteína sérica y 50 % caseína y 3,6 g de leucina) y la prescripción de ejercicio físico multicomponente adaptado.La intervención nutricional consistía en la SNO: 2 botellas al día durante 6 meses, enriquecimiento de la dieta habitual con proteínas y la intervención de ejercicio físico en 2 días de entrenamiento semanal, 1 hora al día, con un profesional en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte, y un programa de ejercicio físico multicomponente (fuerza y resistencia, flexibilidad, cardiovascular y equilibrio) para realizar en el domicilio el resto de los días. A las 6 semanas de la primera consulta, 4 tras el inicio del programa de ejercicio físico, se revalúa de manera presencial. Se observa una franca mejoría de los parámetros medidos y, en consecuencia, un menor riesgo de complicaciones perioperatorias, de toxicidad secundaria a la quimioterapia y la radioterapia, de deterioro funcional, de institucionalización y de mortalidad. Finalmente, se confirma la malignidad de la lesión (adenocarcinoma de colon) y se decide indicar tratamiento oncológico específico tras completar el estudio de extensión. Gracias al programa de prehabilitación, se pudo administrar un tratamiento según el protocolo y similar al que recibiría una persona más joven de las mismas características. Qué diagnóstico nutricional tiene esta paciente. Señale la respuesta CORRECTA.

a) No presenta ningún diagnóstico nutricional.
b) Desnutrición relacionada con la enfermedad.
c) Sería muy discutible prescribir SNO a esta paciente.
d) Desnutrición leve de tipo calórico.

462.- Hombre de 60 años, sin alergias medicamentosas, exfumador desde el diagnóstico de 2 paquetes/día. Como antecedentes médicos destacan hipertensión arterial e hipercolesterolemia en tratamiento. Valoración funcional: buen soporte sociofamiliar. Independiente para las actividades de la vida diaria. Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) 0. El paciente que presenta una lesión de 1,5 cm en la cara vestibular de la región maxilar posterior derecha de 4 meses de evolución. Se realiza biopsia, compatible con carcinoma de células escamosas (CCE) infiltrante, y es intervenido de hemimaxilectomía derecha y reconstrucción con colgajo temporal ipsilateral. El resultado de la anatomía patológica describe un CCE queratinizante moderadamente diferenciado de 2,5 cm sin imágenes sugestivas de invasión perineural ni linfovascular. Invade el hueso cortical del maxilar.

Inmunohistoquímica P-16 negativo. Márgenes libres. Se presenta el caso en el Comité de Tumores de Cabeza y Cuello, y se remite para tratamiento con radioterapia y valoración y seguimiento por la Unidad de Hospitalización a Domicilio. Exploración física: dentulismo maxilar; herida de vaciamiento cervical derecho en buen estado, sin datos de infección; mínimo edema en región submaxilar; no se palpan adenopatías; auscultación pulmonar: buena ventilación global; auscultación cardiaca: rítmico, no se oyen soplos.; abdomen: ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación, no OM; extremidades inferiores (EE.II.): pulsos pedios presentes, sin signos de trombosis venosa profunda. El paciente refiere odinodisfagia para sólidos duros, por lo que ha adaptado la consistencia de la dieta a blandos/triturados con proteína incorporada. Ingesta estructurada en cinco tomas, patrón de dieta mediterránea. Nunca ha tomado suplementos nutricionales. Apetito conservado. No náuseas ni vómitos, no alteración del ritmo intestinal. Actividad: pasea, sin actividad física programada. Evolución ponderal: pérdida del 12 % del peso en 3 meses. Diagnóstico nutricional: DRE grave según criterios GLIM (por pérdida de peso) y sarcopenia (baja masa muscular por perímetro de pantorrilla según criterios de Santos + dinamopenia). Que actitud terapéutica considera la más correcta para este paciente con el objetivo de asegurar su nutrición y corregir los efectos secundarios del tratamiento propuesto sobre su alimentación. Señale la respuesta CORRECTA.

a) Pautar mínimo 5 tomas de dieta trirurada y abundantes liquidos.
b) Pautar mínimo 5 tomas de dieta trirurada suplementada con modulo proteico.
c) Realizar una gastrostomía percutánea para asegurar la nutrición/hidratación durante el tratamiento.
d) Las respuestas a) y b) son correctas.

463.- Mujer de 61 años que como antecedente de interés destaca un carcinoma epitelial de ovario diagnosticado hace 2 años, estadio FIGO IIIC2 y T3bN2M0 del AJCC tratado mediante citorreducción completa por laparotomía, 6 ciclos de quimioterapia (QT) y RT (28 sesiones, última hace 4 meses con Dosis Total Acumulada de 45.9 Gy) y braquiterapia. La paciente ingresa en Hospitalización a Domicilio procedente de Oncología Médica por alteraciones hidroelectrolítica. La paciente refería estar asintomática un mes antes, cuando comenzó con cuadro de vómitos (2-3 diarios alimenticios, biliosos, postingesta) y diarrea (3-4 deposiciones líquidas y abundantes al día) desde hacía una semana antes. Acudió a Urgencias donde se objetivó hipocalcemia, hipopotasemia e hipomagnesemia severas que justificaron el ingreso. La enteritis rádica (ER) es una complicación producida por toxicidad gastrointestinal tras radioterapia (RT), siempre que las estructuras gastrointestinales estén dentro del campo de radiación. Se produce daño a nivel microscópico y macroscópico. Su presentación tardía se caracteriza por diarrea y malabsorción de micro y macronutrientes. El diagnóstico se basa en una adecuada sospecha clínica (náuseas, vómitos, dolor abdominal, diarrea, pérdida de peso y malnutrición). El abordaje diagnóstico debe descartar otras causas del cuadro y determinar la extensión de la lesión. Peso 54 kg, talla 1.66 m, IMC 19,6 kg/m2. La paciente refería un peso habitual de 68 kg y en 4 meses había perdido el 20,58% de su peso. El pliegue tricipital era de 17 mm (p25) y el perímetro muscular del brazo de 18 cm (p25). Según la ecuación de Harris-

Benedict se estimaron unas necesidades energéticas de 1589 kcal diarias. Se realizó TC abdominal en el que se observaban cambios secundarios a la cirugía, sin datos de recidiva tumoral. PET-TAC sin evidencia de enfermedad metabólicamente activa. En las endoscopias digestivas alta y baja no se observaba daño macroscópico. En planta se inició tratamiento con K, Mg y Ca intravenoso, además de suplementos nutricionales HC - HP sin fibra. En hospitalización a domicilio se continuó con tratamiento diario oral con: magnesio, potasio, fosfato sódico, carbonato cálcico, vitamina D3 y suplemento nutricional. Durante el seguimiento se evidenció pérdida de peso progresiva, llegando a pesar 39 kilos (IMC 14,15) y alteraciones hidroelectrolíticas a pesar de suplementación oral. Se decidió inicio de nutrición parenteral domiciliaria (NPD) presentando mejoría clínica y analítica. En la última revisión, la paciente presentaba mejoría analítica y recuperación ponderal de 8.5 kg, con corrección de las alteraciones hidroelectrolíticas. Respecto a la Nutrición Parenteral Domiciliaria. Señale la respuesta CORRECTA.

a) Se puede iniciar en el mismo domicilio si la paciente está en Hospitalización a Domicilio ya que eso implica que se cuenta con un equipo especializado que se desplaza al domicilio y tiene los recursos e infraestructura adecuada.

b) El entrenamiento sobre el método de administración, los cuidados de la vía y la identificación de los síntomas que alerten sobre posibles complicaciones se pueden realizar en el domicilio de la paciente

c) La disponibilidad de toda la logística que el tratamiento comporta es tan importante como la formación en la técnica y el conocimiento de las posibles complicaciones.

d) Todas las respuestas son correctas

464.- Mujer de 67 años de edad que es derivada por adelgazamiento progresivo con astenia, anorexia, pérdida de fuerza, pirosis, regurgitación y episodios de disfagia-atascamiento. En tratamiento con cisaprida y pantoprazol. No RAM, seis años de evolución de edema de miembros superiores e inferiores, fenómeno de Raynaud, artralgias en codos, rodillas y esclerodactilia con cambios esclerodermiformes hiperpigmentación en cara y cuello. Diagnosticada como esclerodermia sistémica hace 3 años. Consciente, orientada, piel y mucosas secas y tirantes con ausencia de surcos y arrugas, en facies presenta zonas de hiperpigmentación e imposibilidad para la apertura completa de la boca, apertura 2,5 cm. No focalidad neurológica. AP: ausencia de ruidos patológicos, murmullo vesicular audible en todos los campos pulmonares. Sat. 95% sin O2. AC: rítmica, sin soplos, FC: 98/mi TA 160/90 mm Hg. Abdomen: peristaltismo aumentado, no doloroso, no organomegalias, sin defensa. Extremidades: Piel tensa, manos discretamente edematizadas con retracción de los dedos en flexión. Fuerza de prensión en la mano dominante 10. MMII edemas en calcetín (++). Talla 1,61 m. peso 49 Kg. IMC 18,9. Perímetro de la pantorrilla 23 cm. Pérdida de peso en el último mes 2,8 kg (5,7% de su peso habitual), su ingesta es la mitad de lo que habitualmente comía. Recuerdo de 24 horas = < 50% de sus requerimientos energéticos y < 50% de los requerimientos proteicos. Endoscopia digestiva alta: Se evidencia contenido liquido en esófago de tipo bilioso hernia hiatal de 4 cms. con esofagitis erosiva circunferencial. Manometría esofágica: hipoperistalsis en tercio medio e inferior del esófago. MNA- cribado = 6 Qué diagnóstico nutricional tiene esta paciente. Señale la respuesta CORRECTA.

a) Para ello necesitamos hacer una valoración morfofuncional
b) Necesitaríamos pasar un cribado y cuestionario de evaluación del estado nutricional
c) Sí, pero para hacerlo, necesitamos una analítica
d) Sí, podemos ver por la exploración que la paciente tiene una desnutrición probablemente derivada de la disfagia que la esclerodermia le está produciendo por afectación esofágica

465.- Paciente varón de 76 años con DM tipo 2 en tratamiento con insulina lenta desde hace 3años. Apendicetomía hace 20 años. Consciente, disartria severa, buena hidratación de mucosas, con babeo continuo, buena coloración de piel y mucosas. Peso 102 Kg, Talla (referida) 1,80 m. Hemiplejia facio-braquio-crural, hemianestesia. AP: ausencia de ruidos patológicos, murmullo vesicular conservado en todos los campos. Sat. O2 98% con 1l/mí de O2 en gafas nasales. AC: arrítmico, tonos apagados, FC 114, TA 155/90. El resto del examen sin hallazgos. Glucemia 265, Creatinina 0,8 mg/dl, Na 135 mE/l, K 4,3 mE/l, P Totales 6,5 g/dl, Albumina 5 g/dl, Hb 13,5 g/dl, VCM 93, LDH 1200, Colesterol 280mg/dl. Electrocardiograma: Arritmia Completa por Fibrilación Auricular con respuesta ventricular rápida. Tomografía computarizada (TC) de encéfalo al ingreso. Se observan signos precoces de un infarto de la arteria cerebral media derecha. Control a las 72 h. Se observa un infarto de todo el territorio de la arteria cerebral media derecha. La evolución del paciente es favorable, ha revertido a ritmo sinusal persiste el déficit neurológico identificado a su ingreso y se ha evidenciado una disfagia severa. Las glucemias se mantienen estables en el rango de 100-135 mg/dl. Se instaura fluidoterapia; Glucosalino 2000cc/ día + 40 mEq de ClK. Se coloca sonda nasogástrica a su ingreso en planta y se solicita PEG que se implanta sin complicaciones tolerando la dieta, formula estándar con fibra 2000 kcal. Se cursa hoja de interconsulta a hospitalización a domicilio HaD que inicia formación a la cuidadora principal sobre los cuidados de la ostomía y la administración de la dieta y tras la valoración se procede al traslado a su domicilio. La valoración de la Unidad de hospitalización refleja que el domicilio esadecuado con medidas higiénicas y de confort para el correcto desarrollo del tratamiento y teléfono de contacto, el paciente estable clínicamente y familia colaboradora con buena actitud para la formación. Procede el traslado al domicilio. La familia ha demostrado buen conocimiento de la técnica, el paciente se mantiene estable clínicamente, mantiene ctes. y con buen control de glucemias (rango 87 – 128) durante el ingreso. No ha presentado complicaciones gastrointestinales. Se registra salida accidental de la sonda por rotura del globo con reposición en domicilio. Valoración nutricional: Peso 98Kg, Talla 1,80 (referida) IMC 30.25 (perdida de 4 kg en 1 mes); P. Totales 6,7 g/dl, Albumina 5,8 g/dl, Linfocitos 2340, Hb 13,2 g/dl, VCM 90, Colesterol 220 mg/dl. Recibe fisioterapia domiciliaria y se le ha recomendado que acuda el logopeda. Por qué le han puesto una PEG a este paciente. Señale la respuesta Correcta.

a) Porque presenta una disfagia severa.
b) Porque se prevé que la disfagia va a persistir más de 4 semanas.
c) Porque estéticamente es mejor que la sonda nasogástrica.
d) Las respuestas a) y b) son correctas.

466.- Varón de 71 años, fumador activo, con EPOC grave (FEV1 40 %) y diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con metformina. Sin alergias medicamentosas conocidas. Acude a Urgencias por fiebre de 38,8 °C, tos productiva con esputo purulento amarillo-verdoso y disnea progresiva de 48 horas de evolución. En la radiografía de tórax se objetiva una condensación en el lóbulo inferior derecho. Analíticamente: leucocitosis de 16.000/mm³ con neutrofilia, PCR 148 mg/l, procalcitonina 0,65 ng/ml, creatinina 0,9 mg/dl, sodio 136 mEq/l. Saturación basal 91 %. Frecuencia respiratoria 22 rpm. Tensión arterial 118/74 mmHg. El paciente vive solo, pero cuenta con supervisión familiar diaria; comprende bien las instrucciones y dispone de teléfono. Puntuación CURB-65: 1 punto (>65 años). Puntuación PSI: clase III (82 puntos). Durante el seguimiento, a los 5 días de tratamiento el paciente presenta reaparición de fiebre (38,5 °C), empeoramiento de la disnea y aparición de matidez en la base derecha en la exploración. ¿Cuál es la actitud más adecuada?

a) Sustituir la ceftriaxona por levofloxacino intravenoso 500 mg/24 h y continuar el seguimiento domiciliario.
b) Añadir metronidazol al régimen actual asumiendo una sobreinfección anaerobia como causa más probable del empeoramiento.
c) Derivar al paciente al hospital para realización de radiografía de tórax y ecografía torácica o TC, con el objetivo de descartar derrame pleural complicado o empiema.
d) Solicitar antigenuria para Streptococcus pneumoniae y Legionella y esperar el resultado antes de modificar el tratamiento.

467.- Hombre de 65 años con bronquiectasias no fibrosis quística y EPOC moderado, colonizado por Pseudomonas aeruginosa en esputo (último aislamiento hace 3 meses, sensible a ceftazidima y piperacilina-tazobactam, resistente a ciprofloxacino). Sin alergias. Ingresa en hospitalización a domicilio tras hospitalización de 4 días por exacerbación aguda con neumonía en el lóbulo inferior izquierdo. Durante el ingreso recibió meropenem 1 g/8 h durante 4 días con buena respuesta inicial. Al alta hospitalaria se plantea continuar tratamiento antimicrobiano. El paciente está afebril, saturación 94 %, FR 18 rpm, TA 125/78 mmHg, FC 88 lpm, sin criterios de sepsis. Creatinina al alta: 1,1 mg/dl. Cultivo de esputo al alta: Pseudomonas aeruginosa con mismo patrón de sensibilidad que el previo más resistencia emergente a meropenem (CMI meropenem 16 mg/l). El paciente vive con su esposa, que puede asistirle en la administración del tratamiento. En este paciente con neumonía por Pseudomonas aeruginosa con resistencia emergente a meropenem durante el tratamiento, ¿cuál es la opción terapéutica más adecuada para continuar en hospitalización a domicilio?

a) Continuar con meropenem a dosis más altas (2 g/8 h en perfusión extendida de 3 horas) dado que el paciente ha respondido clínicamente.
b) Iniciar ciprofloxacino IV 400 mg/12 h como paso previo a terapia oral secuencial, ya que es la fluoroquinolona de referencia para P. aeruginosa.
c) Iniciar tratamiento con colistina IV domiciliaria en monoterapia como rescate ante la multirresistencia.
d) Plantear ceftolozano-tazobactam o ceftazidima-avibactam IV según el antibiograma de sensibilidad ampliado, con seguimiento clínico estrecho.



468.- **Mujer de 72 años con diabetes mellitus tipo 2 insulinodependiente, enfermedad renal crónica estadio 3b (FGe 35 mL/min/1,73m2) y colonización nasal previa conocida por SARM (frotis positivo hace 3 meses). Ingresa por ulcera infectada en el talón derecho con celulitis perilesional extensa (> 15 cm), secreción purulenta abundante, fiebre de 38,5 grados C y PCR 210 mg/L. En la aspiración de la colección se aíslan Staphylococcus aureus resistente a meticilina (SARM) y Pseudomonas aeruginosa sensible a piperacilina-tazobactam y meropenem, con sensibilidad intermedia a ceftazidima y resistente a ciprofloxacino. La TC descarta osteomielitis. Tras 5 días de hospitalización con control del foco (desbridamiento quirúrgico) y tratamiento con vancomicina más piperacilina-tazobactam, la paciente está afebril, los marcadores inflamatorios descienden (PCR 45 mg/L) y se propone traslado a hospitalización a domicilio para completar el tratamiento IV. Al ingreso en hospitalización a domicilio continúa con vancomicina IV ajustada por monitorización farmacocinética más piperacilina-tazobactam IV a dosis ajustada a función renal, con revisiones de función renal cada 48-72 horas. En el decimoquinto día del tratamiento en domicilio la función renal ha empeorado (creatinina 2,8 mg/dL; FGe 20 mL/min) y el nivel valle de vancomicina ha aumentado. La paciente está afebril y la lesión progresa favorablemente. ¿Cuál es la actitud más adecuada?**

a) Suspender vancomicina y sustituir por daptomicina IV 6 mg/kg cada 24 horas, dado que la insuficiencia renal es una indicación para su uso frente a vancomicina.
b) Mantener vancomicina, pero reducir la dosis a la mitad y espaciar el intervalo a cada 24 horas sin nuevo control de niveles en 5 días.
c) Suspender vancomicina y sustituir por linezolid vía oral 600 mg cada 12 horas, que no requiere ajuste renal y es preferible a vancomicina cuando se usan otros nefrotóxicos o en insuficiencia renal.
d) Continuar con vancomicina y piperacilina-tazobactam sin cambios, ya que el empeoramiento renal puede deberse a la progresión de la ERC basal y no al fármaco.

469.- **Mujer de 82 años, residente en centro sociosanitario, con deterioro cognitivo moderado (GDS 4), diabetes mellitus tipo 2 bien controlada, incontinencia urinaria crónica y sonda vesical permanente desde hace 10 días por retención urinaria secundaria a prolapso uterino. Es valorada por médico de hospitalización a domicilio por aparición de hipertermia (38,4 °C), taquicardia (102 lpm), deterioro del nivel de conciencia respecto a su estado basal y llamativa desorientación. La familia refiere también disminución del apetito en las últimas 48 horas. En la exploración, la sonda vesical presenta orina con aspecto turbio. No existe dolor suprapúbico valorable. Se procede a sustituir la sonda vesical antes de iniciar la antibioterapia y se toma muestra para urocultivo. Se extrae analítica de sangre con leucocitosis (16.000/µL) y PCR de 87 mg/L. En relación con la elección del antibiótico empírico para el tratamiento de esta paciente, ¿cuál de los siguientes factores es el más relevante para DESCARTAR el uso de fluoroquinolonas como primera opción?**

a) La edad avanzada de la paciente y el riesgo de hepatotoxicidad asociada a fluoroquinolonas en mayores de 75 años.
b) La procedencia de centro sociosanitario, que implica mayor riesgo de microorganismos multirresistentes y alta prevalencia de resistencias a fluoroquinolonas en este perfil de paciente.

c) La presencia de diabetes mellitus, que contraindica el uso de fluoroquinolonas por riesgo de hipoglucemia grave.

d) El uso de la vía oral, que está contraindicada en pacientes sondadas con infección urinaria alta.

470.- Mujer de 68 años con diabetes mellitus tipo 2 (HbA1c 8,1%), obesidad (IMC 34 kg/m²) y arteriopatía periférica en miembros inferiores. Remitida a hospitalización a domicilio desde planta de traumatología con diagnóstico de osteomielitis crónica del calcáneo derecho secundaria a úlcera por presión plantar de 6 semanas de evolución. La biopsia ósea percutánea aísla *Pseudomonas aeruginosa* sensible a ceftazidima, piperacilina-tazobactam y ciprofloxacino, con resistencia a carbapenémicos. La cirujana vascular descarta revascularización. El equipo quirúrgico realiza desbridamiento del tejido necrótico y la herida queda abierta con cura húmeda. El médico de hospitalización domiciliaria indica terapia antibiótica supresora con ceftazidima IV 2 g cada 8 horas mediante bomba de infusión. Tras 6 semanas de tratamiento antibiótico, la paciente presenta una úlcera plantar sin signos de mejoría, con exposición ósea visible, y refiere dolor en reposo. La PCR se mantiene en 78 mg/L sin descenso significativo en las últimas 3 semanas. El médico de hospitalización a domicilio realiza una evaluación de la situación. ¿Cuál de las siguientes conductas es la más adecuada?

a) Intensificar el tratamiento antibiótico añadiendo un segundo agente activo frente a Pseudomonas y prolongar el tratamiento antibiótico otras 6 semanas antes de reevaluar.

b) Derivar a la paciente para reevaluación hospitalaria por el equipo multidisciplinar (cirugía ortopédica, cirugía vascular, infecciosas), dado que la persistencia de marcadores inflamatorios elevados, la exposición ósea y el dolor en reposo tras 6 semanas de tratamiento supresor indican fracaso del control del foco y posible necesidad de amputación como opción terapéutica definitiva.

c) Solicitar una nueva biopsia ósea percutánea en domicilio para descartar cambio de microorganismo o desarrollo de resistencias antes de modificar el tratamiento.

d) Mantener el tratamiento supresor actual indefinidamente, dado que la terapia antibiótica supresora sine die es el objetivo en pacientes sin opción de revascularización y sin expectativas de curación.

471.- **Varón de 68 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, enfermedad renal crónica estadio 3a y valvulopatía mitral degenerativa conocida. Consulta por fiebre de hasta 38,7 °C de 6 días de evolución, astenia marcada y pérdida de apetito. Refiere extracción dental tres semanas antes sin cobertura antibiótica. A la exploración presenta TA 128/74 mmHg, FC 96 lpm, SatO2 97 % basal y soplo holosistólico mitral conocido, sin signos de insuficiencia cardiaca. Analítica: leucocitos 12.400/µL, PCR 11,8 mg/dL, creatinina 1,5 mg/dL. Se obtienen tres hemocultivos, todos ellos positivos para Streptococcus gallolyticus. La ecocardiografía transesofágica muestra una vegetación móvil de 9 mm en velo posterior mitral, sin absceso perivalvular. La TC craneal no objetiva embolias y el paciente se mantiene hemodinámicamente estable. Tras 14 días de antibioterapia intravenosa dirigida, permanece afebril, con hemocultivos negativizados, descenso de reactantes y sin datos de complicación local o a distancia. El equipo valora continuación del tratamiento en hospitalización a domicilio. ¿Cuál de los siguientes hallazgos constituye un criterio mayor para endocarditis infecciosa en este paciente?**

a) Fiebre superior a 38 °C.
b) Valvulopatía previa.
c) Ecocardiografía transesofágica con vegetación.
d) Extracción dental previa.

472.- **Varón de 68 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, enfermedad renal crónica estadio 3a y valvulopatía mitral degenerativa conocida. Consulta por fiebre de hasta 38,7 °C de 6 días de evolución, astenia marcada y pérdida de apetito. Refiere extracción dental tres semanas antes sin cobertura antibiótica. A la exploración presenta TA 128/74 mmHg, FC 96 lpm, SatO2 97 % basal y soplo holosistólico mitral conocido, sin signos de insuficiencia cardiaca. Analítica: leucocitos 12.400/µL, PCR 11,8 mg/dL, creatinina 1,5 mg/dL. Se obtienen tres hemocultivos, todos ellos positivos para Streptococcus gallolyticus. La ecocardiografía transesofágica muestra una vegetación móvil de 9 mm en velo posterior mitral, sin absceso perivalvular. La TC craneal no objetiva embolias y el paciente se mantiene hemodinámicamente estable. Tras 14 días de antibioterapia intravenosa dirigida, permanece afebril, con hemocultivos negativizados, descenso de reactantes y sin datos de complicación local o a distancia. El equipo valora continuación del tratamiento en hospitalización a domicilio. ¿Qué microorganismo del caso se asocia clásicamente a endocarditis y obliga además a completar estudio del colon?**

a) Staphylococcus epidermidis.
b) Streptococcus gallolyticus.
c) Enterococcus faecium.
d) Corynebacterium striatum.

473.- **Varón de 68 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, enfermedad renal crónica estadio 3a y valvulopatía mitral degenerativa conocida. Consulta por fiebre de hasta 38,7 °C de 6 días de evolución, astenia marcada y pérdida de apetito. Refiere extracción dental tres semanas antes sin cobertura antibiótica. A la exploración presenta TA 128/74 mmHg, FC 96 lpm, SatO2 97 % basal y soplo holosistólico mitral conocido, sin signos de insuficiencia cardiaca. Analítica: leucocitos 12.400/µL, PCR 11,8 mg/dL, creatinina 1,5 mg/dL. Se obtienen tres hemocultivos, todos ellos positivos para Streptococcus gallolyticus. La ecocardiografía transesofágica muestra una vegetación móvil de 9 mm en velo posterior mitral, sin absceso perivalvular. La TC craneal no objetiva embolias y el paciente se mantiene hemodinámicamente estable. Tras 14 días de antibioterapia intravenosa dirigida, permanece afebril, con hemocultivos negativizados, descenso de reactantes y sin datos de complicación local o a distancia. El equipo valora continuación del tratamiento en hospitalización a domicilio. Con el diagnóstico de endocarditis infecciosa se le plantea al paciente traslado a hospitalización a domicilio. ¿Cuál de los siguientes datos apoya mejor la derivación a hospitalización a domicilio para completar tratamiento?**

a) Persistencia de fiebre en las últimas 48 horas.
b) Hemocultivos todavía positivos.
c) Estabilidad clínica y hemocultivos negativizados tras fase inicial hospitalaria.
d) Sospecha de absceso perivalvular.

474.- **Varón de 68 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, enfermedad renal crónica estadio 3a y valvulopatía mitral degenerativa conocida. Consulta por fiebre de hasta 38,7 °C de 6 días de evolución, astenia marcada y pérdida de apetito. Refiere extracción dental tres semanas antes sin cobertura antibiótica. A la exploración presenta TA 128/74 mmHg, FC 96 lpm, SatO2 97 % basal y soplo holosistólico mitral conocido, sin signos de insuficiencia cardiaca. Analítica: leucocitos 12.400/µL, PCR 11,8 mg/dL, creatinina 1,5 mg/dL. Se obtienen tres hemocultivos, todos ellos positivos para Streptococcus gallolyticus. La ecocardiografía transesofágica muestra una vegetación móvil de 9 mm en velo posterior mitral, sin absceso perivalvular. La TC craneal no objetiva embolias y el paciente se mantiene hemodinámicamente estable. Tras 14 días de antibioterapia intravenosa dirigida, permanece afebril, con hemocultivos negativizados, descenso de reactantes y sin datos de complicación local o a distancia. El equipo valora continuación del tratamiento en hospitalización a domicilio. En relación con el tratamiento ambulatorio de la endocarditis, señale la opción correcta:**

a) Debe iniciarse siempre en domicilio desde el primer día.
b) Puede considerarse tras una fase hospitalaria crítica y selección estricta del paciente
c) Está contraindicada en toda endocarditis sobre válvula nativa
d) El principal criterio de selección es la edad menor de 65 años

475.- **Varón de 68 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, enfermedad renal crónica estadio 3a y valvulopatía mitral degenerativa conocida. Consulta por fiebre de hasta 38,7 °C de 6 días de evolución, astenia marcada y pérdida de apetito. Refiere extracción dental tres semanas antes sin cobertura antibiótica. A la exploración presenta TA 128/74 mmHg, FC 96 lpm, SatO2 97 % basal y soplo holosistólico mitral conocido, sin signos de insuficiencia cardiaca. Analítica: leucocitos 12.400/µL, PCR 11,8 mg/dL, creatinina 1,5 mg/dL. Se obtienen tres hemocultivos, todos ellos positivos para Streptococcus gallolyticus. La ecocardiografía transesofágica muestra una vegetación móvil de 9 mm en velo posterior mitral, sin absceso perivalvular. La TC craneal no objetiva embolias y el paciente se mantiene hemodinámicamente estable. Tras 14 días de antibioterapia intravenosa dirigida, permanece afebril, con hemocultivos negativizados, descenso de reactantes y sin datos de complicación local o a distancia. ¿Cuál de las siguientes sería una indicación de valoración quirúrgica precoz en endocarditis infecciosa?**

a) Vegetación de 2 mm sin repercusión.
b) PCR elevada al ingreso.
c) Insuficiencia cardiaca por disfunción valvular.
d) Buen control microbiológico y estabilidad hemodinámica.

476.- **Varón de 87 años con antecedentes de insuficiencia cardiaca con fracción de eyección preservada, hipertensión arterial, fibrilación auricular anticoagulada, enfermedad renal crónica estadio 3b y deterioro funcional moderado. Vive con su esposa y se decide ingreso en hospitalización a domicilio tras dos ingresos previos por congestión en los últimos cuatro meses. Tratamiento habitual: furosemida 40 mg/día, espironolactona, bisoprolol, apixabán, enalapril, lorazepam nocturno y omeprazol. Consulta por aumento progresivo de disnea, ortopnea y edemas maleolares en la última semana. En la exploración presenta presión arterial 102/64 mmHg, crepitantes bibasales y edema hasta tercio medio de piernas. Analíticamente: creatinina 1,8 mg/dL (basal 1,4), sodio 131 mEq/L y potasio 4,9 mEq/L. El paciente refiere además somnolencia matutina y varios episodios recientes de inestabilidad al caminar. ¿Cuál sería la actitud más adecuada en este momento?**

a) Suspender toda la medicación cardiovascular por el deterioro renal asociado.
b) Incrementar el tratamiento diurético con monitorización clínica y analítica estrecha.
c) Mantener tratamiento sin cambios al no existir hipotensión grave significativa.
d) Suspender diuréticos y administrar hidratación intensiva intravenosa domiciliaria.

477.- **Mujer de 91 años ingresada en hospitalización a domicilio tras infección respiratoria tratada con ceftriaxona intravenosa. Antecedentes de deterioro cognitivo leve, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y artrosis severa. Tratamiento habitual: metformina, insulina basal, enalapril, paracetamol, tramadol y alprazolam nocturno. En las últimas 24 horas presenta fluctuaciones del nivel de conciencia, desorientación temporoespacial, inversión del ritmo sueño-vigilia y episodios de agitación nocturna. Durante la valoración alterna periodos de somnolencia con otros de inquietud. No presenta focalidad neurológica. Saturación basal 95%, glucemia 132 mg/dL y temperatura 37,4 ºC. La familia refiere que previamente era autónoma para conversación y reconocimiento de familiares. ¿Cuál es la afirmación más correcta respecto a este cuadro clínico?**

a) La ausencia de fiebre elevada prácticamente descarta delirium asociado a infección.
b) La fluctuación clínica y alteración atencional orientan a un síndrome confusional agudo.
c) La coexistencia de deterioro cognitivo previo impide establecer diagnóstico de delirium.
d) El tratamiento inicial más adecuado consiste en sedación farmacológica intensiva precoz.

478.- **Varón de 84 años con insuficiencia cardiaca avanzada, diabetes mellitus tipo 2, enfermedad renal crónica y EPOC. Ha presentado tres ingresos por congestión en los últimos seis meses. Vive solo con apoyo parcial de su hija. Tratamiento habitual: torasemida, espironolactona, carvedilol, sacubitrilo/valsartán, dapagliflozina, inhaladores broncodilatadores, simvastatina, ácido acetilsalicílico, omeprazol y lorazepam. Refiere cansancio extremo, mareo ortostático y pérdida de apetito. La exploración muestra presión arterial 94/58 mmHg, ausencia de congestión franca y pérdida ponderal de 5 kg en 3 meses. Analíticamente presenta creatinina estable y sodio normal. La hija pregunta si "todos los medicamentos siguen siendo necesarios". ¿Cuál sería la estrategia más adecuada?**

a) Mantener todos los tratamientos por el antecedente de insuficiencia cardiaca avanzada.
b) Suspender exclusivamente la medicación cardiovascular y mantener el resto sin revisión.
c) Realizar revisión terapéutica estructurada valorando de prescripción individualizada.
d) Reducir únicamente los diuréticos sin reconsiderar otros tratamientos concomitantes.

479.- **Mujer de 88 años con insuficiencia cardiaca crónica, fibrilación auricular y deterioro funcional moderado. Ingresa en hospitalización a domicilio por descompensación congestiva leve. Recibe furosemida intravenosa y ajuste de tratamiento diurético. A las 72 horas presenta mejoría de disnea y desaparición parcial de edemas, pero comienza con debilidad intensa, hipotensión ortostática y disminución de ingesta oral. Analítica: sodio 127 mEq/L, potasio 3,1 mEq/L y creatinina 2,1 mg/dL (basal 1,3). En la exploración no existen signos claros de congestión residual significativa.¿Cuál sería la actitud más adecuada?**

a) Intensificar la dosis de diurético hasta normalizar completamente el edema periférico.
b) Mantener la pauta actual hasta completar resolución radiológica de congestión pulmonar.
c) Asociar una tiazida para potenciar el efecto descongestivo residual existente.
d) Reevaluar el balance congestión-descongestión y ajustar el tratamiento diurético.

480.- **Varón de 90 años con insuficiencia cardiaca y fracción de eyección preservada, enfermedad renal crónica y anemia crónica. Se encuentra en seguimiento por hospitalización a domicilio tras episodio de congestión leve. Recibe torasemida, espironolactona, bisoprolol y candesartán. En los últimos días presenta empeoramiento progresivo de edemas y disnea de mínimos esfuerzos pese a incremento progresivo de diuréticos de asa. Persiste oliguria relativa y aumento ponderal de 3 kg. Analíticamente: creatinina 1,9 mg/dL, sodio 129 mEq/L y NT-proBNP elevado. ¿Cuál de las siguientes situaciones describe mejor el problema clínico actual?**

a) Hipovolemia secundaria a exceso de diurético sin datos de congestión residual.
b) Resistencia diurética con persistencia de congestión clínicamente significativa.
c) Ausencia de respuesta al tratamiento por progresión exclusiva de anemia crónica.
d) Empeoramiento renal incompatible con cualquier estrategia descongestiva adicional.

481.- **Paciente varón de 82 años que acude al Servicio de Urgencias por disnea progresiva de 5 días de evolución, ortopnea y aumento de edemas en miembros inferiores. Refiere disminución de la diuresis y ganancia ponderal aproximada de 4 kg en la última semana. Niega dolor torácico y fiebre. Antecedentes personales: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, enfermedad renal crónica estadio 3b, fibrilación auricular permanente anticoagulada con apixabán, insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida (FEVI 32 %), dos ingresos previos por insuficiencia cardiaca en el último año y anemia ferropénica. Exfumador. Tratamiento habitual: sacubitrilo/valsartán 49/51 mg cada 12 h, bisoprolol 5 mg/24 h, dapagliflozina 10 mg/24 h, espironolactona 25 mg/24 h, furosemida 40 mg/24 h, atorvastatina 40 mg/24 h, apixabán 5 mg/12 h. Situación basal: vive con su esposa, Barthel 85, independiente para la mayoría de las actividades básicas de la vida diaria. Seguimiento habitual por Unidad de Insuficiencia Cardiaca. Exploración física en Urgencias: Consciente y orientado. TA 132/78 mmHg, FC 96 lpm arrítmica, FR 24 rpm, $SatO_2$ 91 % basal. Peso habitual 78 kg, actual 82 kg. Ingurgitación yugular positiva. Auscultación pulmonar con crepitantes bibasales. Auscultación cardiaca**

arrítmica sin soplos. Edemas con fóvea hasta tercio proximal de ambas piernas. Analítica: Hb 11,2 g/dL; creatinina 2,1 mg/dL (basal 1,5 mg/dL); FG 32 ml/min/1,73m²; Na 131 mEq/L; K 5,1 mEq/L; NT-proBNP 8.500 pg/ml; ferritina 45 ng/ml; índice de saturación de transferrina 14 %. ECG: Fibrilación auricular con respuesta ventricular de 95 lpm. Radiografía de tórax: Cardiomegalia y signos de congestión pulmonar bilateral con pinzamiento de seno costofrénico derecho Ecografía clínica: Múltiples líneas B bilaterales, vena cava inferior dilatada con escasa variabilidad respiratoria y patrón Doppler venoso compatible con congestión sistémica. En Urgencias se inicia tratamiento con furosemida intravenosa 80 mg y oxigenoterapia con gafas nasales a 2 l/min, presentando mejoría clínica y adecuada respuesta diurética en las primeras horas. Tras valoración por Hospitalización a Domicilio (HaD), se decide ingreso en HaD para continuación de tratamiento diurético intravenoso, monitorización clínica estrecha y ajuste terapéutico. Vive con su esposa y una de sus hijas, su domicilio se encuentra situado en el área urbana y aceptan modalidad de ingreso. Durante el ingreso en HaD se administra furosemida intravenosa en perfusión continua, con controles clínicos y analíticos seriados. El paciente presenta progresiva mejoría de la disnea y de los edemas, pérdida de 5 kg de peso y mejoría de la función renal. Previo al alta se optimiza el tratamiento y se coordina seguimiento conjunto con Atención Primaria y Unidad de Insuficiencia Cardiaca. Respecto a los criterios que apoyan el ingreso de este paciente en Hospitalización a Domicilio, señale la respuesta correcta:

a) La presencia de insuficiencia cardiaca descompensada contraindica el manejo en HaD.
b) La estabilidad hemodinámica y la respuesta inicial favorable al tratamiento intravenoso apoyan el ingreso en HaD.
c) La fibrilación auricular permanente es un criterio absoluto de exclusión para HaD.
d) La enfermedad renal crónica avanzada contraindica tratamiento domiciliario.

482.- **Paciente varón de 82 años que acude al Servicio de Urgencias por disnea progresiva de 5 días de evolución, ortopnea y aumento de edemas en miembros inferiores. Refiere disminución de la diuresis y ganancia ponderal aproximada de 4 kg en la última semana. Niega dolor torácico y fiebre. Antecedentes personales: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, enfermedad renal crónica estadio 3b, fibrilación auricular permanente anticoagulada con apixabán, insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida (FEVI 32 %), dos ingresos previos por insuficiencia cardiaca en el último año y anemia ferropénica. Exfumador. Tratamiento habitual: sacubitrilo/valsartán 49/51 mg cada 12 h, bisoprolol 5 mg/24 h, dapagliflozina 10 mg/24 h, espironolactona 25 mg/24 h, furosemida 40 mg/24 h, atorvastatina 40 mg/24 h, apixabán 5 mg/12 h. Situación basal: vive con su esposa, Barthel 85, independiente para la mayoría de las actividades básicas de la vida diaria. Seguimiento habitual por Unidad de Insuficiencia Cardiaca. Exploración física en Urgencias: Consciente y orientado. TA 132/78 mmHg, FC 96 lpm arrítmica, FR 24 rpm, $SatO_2$ 91 % basal. Peso habitual 78 kg, actual 82 kg. Ingurgitación yugular positiva. Auscultación pulmonar con crepitantes bibasales. Auscultación cardiaca arrítmica sin soplos. Edemas con fóvea hasta tercio proximal de ambas piernas. Analítica: Hb 11,2 g/dL; creatinina 2,1 mg/dL (basal 1,5 mg/dL); FG 32 ml/min/1,73m²; Na 131 mEq/L; K 5,1 mEq/L; NT-proBNP 8.500 pg/ml;**

ferritina 45 ng/ml; índice de saturación de transferrina 14 %. ECG: Fibrilación auricular con respuesta ventricular de 95 lpm. Radiografía de tórax: Cardiomegalia y signos de congestión pulmonar bilateral con pinzamiento de seno costofrénico derecho Ecografía clínica: Múltiples líneas B bilaterales, vena cava inferior dilatada con escasa variabilidad respiratoria y patrón Doppler venoso compatible con congestión sistémica. En Urgencias se inicia tratamiento con furosemida intravenosa 80 mg y oxigenoterapia con gafas nasales a 2 l/min, presentando mejoría clínica y adecuada respuesta diurética en las primeras horas. Tras valoración por Hospitalización a Domicilio (HaD), se decide ingreso en HaD para continuación de tratamiento diurético intravenoso, monitorización clínica estrecha y ajuste terapéutico. Vive con su esposa y una de sus hijas, su domicilio se encuentra situado en el área urbana y aceptan modalidad de ingreso. Durante el ingreso en HaD se administra furosemida intravenosa en perfusión continua, con controles clínicos y analíticos seriados. El paciente presenta progresiva mejoría de la disnea y de los edemas, pérdida de 5 kg de peso y mejoría de la función renal. Previo al alta se optimiza el tratamiento y se coordina seguimiento conjunto con Atención Primaria y Unidad de Insuficiencia Cardiaca. En relación con el tratamiento diurético de la insuficiencia cardiaca aguda congestiva, señale la respuesta correcta:

a) Debe suspenderse el tratamiento diurético si existe deterioro leve de la función renal.
b) La administración intravenosa de diuréticos de asa constituye el tratamiento de primera línea en pacientes con congestión.
c) El tratamiento con oxígeno debe administrarse independientemente de la saturación basal.
d) La perfusión intravenosa continua de diuréticos está contraindicada en HaD.

483.- **Paciente varón de 82 años que acude al Servicio de Urgencias por disnea progresiva de 5 días de evolución, ortopnea y aumento de edemas en miembros inferiores. Refiere disminución de la diuresis y ganancia ponderal aproximada de 4 kg en la última semana. Niega dolor torácico y fiebre. Antecedentes personales: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, enfermedad renal crónica estadio 3b, fibrilación auricular permanente anticoagulada con apixabán, insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida (FEVI 32 %), dos ingresos previos por insuficiencia cardiaca en el último año y anemia ferropénica. Exfumador. Tratamiento habitual: sacubitrilo/valsartán 49/51 mg cada 12 h, bisoprolol 5 mg/24 h, dapagliflozina 10 mg/24 h, espironolactona 25 mg/24 h, furosemida 40 mg/24 h, atorvastatina 40 mg/24 h, apixabán 5 mg/12 h. Situación basal: vive con su esposa, Barthel 85, independiente para la mayoría de las actividades básicas de la vida diaria. Seguimiento habitual por Unidad de Insuficiencia Cardiaca. Exploración física en Urgencias: Consciente y orientado. TA 132/78 mmHg, FC 96 lpm arrítmica, FR 24 rpm, $SatO_2$ 91 % basal. Peso habitual 78 kg, actual 82 kg. Ingurgitación yugular positiva. Auscultación pulmonar con crepitantes bibasales. Auscultación cardiaca arrítmica sin soplos. Edemas con fóvea hasta tercio proximal de ambas piernas. Analítica: Hb 11,2 g/dL; creatinina 2,1 mg/dL (basal 1,5 mg/dL); FG 32 ml/min/1,73m²; Na 131 mEq/L; K 5,1 mEq/L; NT-proBNP 8.500 pg/ml; ferritina 45 ng/ml; índice de saturación de transferrina 14 %. ECG: Fibrilación auricular con respuesta ventricular de 95 lpm. Radiografía de**

tórax: Cardiomegalia y signos de congestión pulmonar bilateral con pinzamiento de seno costofrénico derecho Ecografía clínica: Múltiples líneas B bilaterales, vena cava inferior dilatada con escasa variabilidad respiratoria y patrón Doppler venoso compatible con congestión sistémica. En Urgencias se inicia tratamiento con furosemida intravenosa 80 mg y oxigenoterapia con gafas nasales a 2 l/min, presentando mejoría clínica y adecuada respuesta diurética en las primeras horas. Tras valoración por Hospitalización a Domicilio (HaD), se decide ingreso en HaD para continuación de tratamiento diurético intravenoso, monitorización clínica estrecha y ajuste terapéutico. Vive con su esposa y una de sus hijas, su domicilio se encuentra situado en el área urbana y aceptan modalidad de ingreso. Durante el ingreso en HaD se administra furosemida intravenosa en perfusión continua, con controles clínicos y analíticos seriados. El paciente presenta progresiva mejoría de la disnea y de los edemas, pérdida de 5 kg de peso y mejoría de la función renal. Previo al alta se optimiza el tratamiento y se coordina seguimiento conjunto con Atención Primaria y Unidad de Insuficiencia Cardiaca. Respecto al manejo de los fármacos modificadores del pronóstico durante una descompensación de insuficiencia cardiaca, señale la respuesta correcta:

a) Deben suspenderse de forma rutinaria durante cualquier episodio de insuficiencia cardiaca aguda.
b) Los iSGLT2 están contraindicados en pacientes con insuficiencia cardiaca y diabetes mellitus tipo 2.
c) Siempre debe retirarse el sacubitrilo/valsartán ante cualquier elevación de creatinina.
d) Debe individualizarse el mantenimiento de los tratamientos modificadores del pronóstico según la situación clínica y hemodinámica.

484.- **Paciente varón de 82 años que acude al Servicio de Urgencias por disnea progresiva de 5 días de evolución, ortopnea y aumento de edemas en miembros inferiores. Refiere disminución de la diuresis y ganancia ponderal aproximada de 4 kg en la última semana. Niega dolor torácico y fiebre. Antecedentes personales: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, enfermedad renal crónica estadio 3b, fibrilación auricular permanente anticoagulada con apixabán, insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida (FEVI 32 %), dos ingresos previos por insuficiencia cardiaca en el último año y anemia ferropénica. Exfumador. Tratamiento habitual: sacubitrilo/valsartán 49/51 mg cada 12 h, bisoprolol 5 mg/24 h, dapagliflozina 10 mg/24 h, espironolactona 25 mg/24 h, furosemida 40 mg/24 h, atorvastatina 40 mg/24 h, apixabán 5 mg/12 h. Situación basal: vive con su esposa, Barthel 85, independiente para la mayoría de las actividades básicas de la vida diaria. Seguimiento habitual por Unidad de Insuficiencia Cardiaca. Exploración física en Urgencias: Consciente y orientado. TA 132/78 mmHg, FC 96 lpm arrítmica, FR 24 rpm, $SatO_2$ 91 % basal. Peso habitual 78 kg, actual 82 kg. Ingurgitación yugular positiva. Auscultación pulmonar con crepitantes bibasales. Auscultación cardiaca arrítmica sin soplos. Edemas con fóvea hasta tercio proximal de ambas piernas. Analítica: Hb 11,2 g/dL; creatinina 2,1 mg/dL (basal 1,5 mg/dL); FG 32 ml/min/1,73m²; Na 131 mEq/L; K 5,1 mEq/L; NT-proBNP 8.500 pg/ml; ferritina 45 ng/ml; índice de saturación de transferrina 14 %. ECG: Fibrilación auricular con respuesta ventricular de 95 lpm. Radiografía de tórax: Cardiomegalia y signos de congestión pulmonar bilateral con**

pinzamiento de seno costofrénico derecho Ecografía clínica: Múltiples líneas B bilaterales, vena cava inferior dilatada con escasa variabilidad respiratoria y patrón Doppler venoso compatible con congestión sistémica. En Urgencias se inicia tratamiento con furosemida intravenosa 80 mg y oxigenoterapia con gafas nasales a 2 l/min, presentando mejoría clínica y adecuada respuesta diurética en las primeras horas. Tras valoración por Hospitalización a Domicilio (HaD), se decide ingreso en HaD para continuación de tratamiento diurético intravenoso, monitorización clínica estrecha y ajuste terapéutico. Vive con su esposa y una de sus hijas, su domicilio se encuentra situado en el área urbana y aceptan modalidad de ingreso. Durante el ingreso en HaD se administra furosemida intravenosa en perfusión continua, con controles clínicos y analíticos seriados. El paciente presenta progresiva mejoría de la disnea y de los edemas, pérdida de 5 kg de peso y mejoría de la función renal. Previo al alta se optimiza el tratamiento y se coordina seguimiento conjunto con Atención Primaria y Unidad de Insuficiencia Cardiaca. En relación con la congestión en la insuficiencia cardiaca, señale la respuesta INCORRECTA:

a) La ecografía clínica permite valorar signos de congestión pulmonar y sistémica.
b) El NT-proBNP puede ser útil en la evaluación de la congestión y el pronóstico.
c) La persistencia de congestión al alta se asocia a peor pronóstico.
d) La desaparición de los edemas periféricos excluye completamente la persistencia de congestión.

485.- **Paciente varón de 82 años que acude al Servicio de Urgencias por disnea progresiva de 5 días de evolución, ortopnea y aumento de edemas en miembros inferiores. Refiere disminución de la diuresis y ganancia ponderal aproximada de 4 kg en la última semana. Niega dolor torácico y fiebre. Antecedentes personales: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, enfermedad renal crónica estadio 3b, fibrilación auricular permanente anticoagulada con apixabán, insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida (FEVI 32 %), dos ingresos previos por insuficiencia cardiaca en el último año y anemia ferropénica. Exfumador. Tratamiento habitual: sacubitrilo/valsartán 49/51 mg cada 12 h, bisoprolol 5 mg/24 h, dapagliflozina 10 mg/24 h, espironolactona 25 mg/24 h, furosemida 40 mg/24 h, atorvastatina 40 mg/24 h, apixabán 5 mg/12 h. Situación basal: vive con su esposa, Barthel 85, independiente para la mayoría de las actividades básicas de la vida diaria. Seguimiento habitual por Unidad de Insuficiencia Cardiaca. Exploración física en Urgencias: Consciente y orientado. TA 132/78 mmHg, FC 96 lpm arrítmica, FR 24 rpm, $SatO_2$ 91 % basal. Peso habitual 78 kg, actual 82 kg. Ingurgitación yugular positiva. Auscultación pulmonar con crepitantes bibasales. Auscultación cardiaca arrítmica sin soplos. Edemas con fóvea hasta tercio proximal de ambas piernas. Analítica: Hb 11,2 g/dL; creatinina 2,1 mg/dL (basal 1,5 mg/dL); FG 32 ml/min/1,73m²; Na 131 mEq/L; K 5,1 mEq/L; NT-proBNP 8.500 pg/ml; ferritina 45 ng/ml; índice de saturación de transferrina 14 %. ECG: Fibrilación auricular con respuesta ventricular de 95 lpm. Radiografía de tórax: Cardiomegalia y signos de congestión pulmonar bilateral con pinzamiento de seno costofrénico derecho Ecografía clínica: Múltiples líneas B bilaterales, vena cava inferior dilatada con escasa variabilidad respiratoria y patrón Doppler venoso compatible con congestión sistémica. En Urgencias se inicia tratamiento con furosemida intravenosa 80 mg y oxigenoterapia con gafas nasales a 2 l/min, presentando mejoría clínica y adecuada respuesta**

diurética en las primeras horas. Tras valoración por Hospitalización a Domicilio (HaD), se decide ingreso en HaD para continuación de tratamiento diurético intravenoso, monitorización clínica estrecha y ajuste terapéutico. Vive con su esposa y una de sus hijas, su domicilio se encuentra situado en el área urbana y aceptan modalidad de ingreso. Durante el ingreso en HaD se administra furosemida intravenosa en perfusión continua, con controles clínicos y analíticos seriados. El paciente presenta progresiva mejoría de la disnea y de los edemas, pérdida de 5 kg de peso y mejoría de la función renal. Previo al alta se optimiza el tratamiento y se coordina seguimiento conjunto con Atención Primaria y Unidad de Insuficiencia Cardiaca. De cara al alta desde Hospitalización a Domicilio, señale la respuesta correcta:

a) El seguimiento tras el alta debe limitarse a Atención Primaria.
b) La educación terapéutica y la coordinación multidisciplinar son fundamentales para reducir reingresos.
c) Tras una descompensación de insuficiencia cardiaca no es necesario reevaluar el tratamiento crónico.
d) La Hospitalización a Domicilio finaliza sin necesidad de continuidad asistencial estructurada.

486.- Paciente mujer de 61 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con insulina, obesidad (IMC 38 kg/m2) y corticoterapia crónica por polimialgia reumática (prednisona 10 mg/día). Fue intervenida mediante laparotomía media por oclusión intestinal secundaria a brida, con resección de un segmento de ileon y anastomosis primaria, con herida clase III (contaminada) según la clasificación CDC. Recibió profilaxis antibiótica con cefazolina 2 g iv preoperatoria.A los 8 días del alta a HAD, la paciente refiere fiebre de 38,5 grados C de tres días de evolución, dolor en la herida e incapacidad para movilizarse. Exploración: TA 105/70 mmHg, FC 101 lpm, SpO2 97%; herida con eritema, calor, fluctuación en el tercio inferior e induración en los dos tercios superiores, con secreción purulenta espontanea en la zona fluctuante. Sin peritonismo. Analítica: PCR 24 mg/dL, leucocitos 18.200/uL (91% neutrófilos), glucemia 278 mg/dL, creatinina 1,4 mg/dL (basal 0,9 mg/dL). Si se pudiera mantener el manejo en HAD con antibioterapia iv, ¿cuál de los siguientes regímenes empíricos sería el MÁS adecuado para esta infección de herida contaminada abdominal en paciente inmunocomprometida?

a) Azitromicina 500 mg iv/24 h, por su amplio espectro frente a gérmenes atípicos frecuentes en heridas quirúrgicas abdominales.
b) Piperacilina-tazobactam 4 g/6 h iv, que ofrece cobertura de gramnegativos, grampositivos y anaerobios, adecuada para la infección de herida abdominal contaminada en paciente inmunocomprometida.
c) Vancomicina 1 g/12 h iv en monoterapia, asumiendo que el agente causal es exclusivamente S. aureus
d) Ceftriaxona 2 g/24 h iv, que cubre específicamente Pseudomonas aeruginosa y anaerobios abdominales.

487.- **Varón de 48 años, trasplantado hepático hace 19 días por cirrosis por VHC. Postoperatorio hospitalario sin complicaciones vasculares ni biliares. Alta a HAD con tacrolimus 5 mg/12 h, micofenolato 1 g/12 h y prednisona 20 mg/24 h (pauta descendente), profilaxis con trimetoprim-sulfametoxazol, valganciclovir y fluconazol. Al decimonoveno día, el equipo de HAD detecta astenia marcada de 3 días de evolución, náuseas, prurito generalizado e ictericia progresiva sin fiebre. Exploración: afebril, TA 125/80 mmHg, FC 82 lpm; ictericia mucocutánea evidente; hepatomegalia dolorosa leve. Analítica HAD: AST 890, ALT 1020, GGT 480 UI/L, FA 320 UI/L, bilirrubina total 4,8 mg/dL (directa 3,9), creatinina 1,1 mg/dL. Nivel valle de tacrolimus: 4,2 ng/mL. Ante este cuadro de colestasis con citólisis en el día 19 postrasplante, ¿cuál es el diagnóstico diferencial PRIORITARIO que debe plantearse?**

a) Hepatitis aguda por VHC recurrente sobre el injerto, que es la complicación más frecuente en el primer mes postrasplante.
b) Rechazo agudo celular, complicación biliar (estenosis o fuga), trombosis de arteria hepática y toxicidad farmacológica; deben descartarse de forma sistemática y urgente mediante Doppler hepático y colangio-RM o CPRE.
c) Síndrome metabólico postrasplante, la causa más frecuente de alteración enzimática en el primer mes.
d) Infección diseminada por CMV, que siempre cursa con colestasis profunda sin elevación de transaminasas.

488.- **Varón de 55 años, ASA II (HTA bien controlada con enalapril 10 mg/24 h, sin otras comorbilidades relevantes), intervenido en CMA mediante hernioplastia inguinal derecha laparoscópica (TEP) bajo anestesia general. Procedimiento de 45 minutos sin incidencias. Alta desde la sala de adaptación al medio 4 horas después de la cirugía con puntuación PADSS de 9/10, acompañado de su esposa, domicilio a 25 minutos del hospital, analgesia oral pautada e instrucciones escritas. A las 14 horas del alta, el paciente llama a la guardia de la unidad de CMA refiriendo dolor abdominal intenso y progresivo (EVA 8/10), distensión abdominal, imposibilidad de defecar o expulsar gases desde hace 8 horas y un episodio de vómitos. Niega fiebre. Ante este cuadro en el postoperatorio inmediato de una TEP laparoscópica, ¿cuál es la complicación que debe descartarse de forma PRIORITARIA?**

a) Retención aguda de orina posanestésica, que es la complicación más frecuente en las primeras horas y puede causar distensión abdominal.
b) Lesión intestinal inadvertida (perforación intestinal) durante la disección laparoscópica o la colocación de la malla, que puede manifestarse de forma diferida con clínica de íleo o peritonitis y requiere exclusión urgente mediante TC abdominal.
c) cSeroma inguinal, complicación habitual de la hernioplastia que cursa con distensión abdominal intensa.
d) Estreñimiento postoperatorio por opioides, la causa más probable dado que el paciente recibió anestesia general.

489.- **Mujer de 67 años con adenocarcinoma de recto inferior, intervenida mediante resección anterior ultrabaja con anastomosis coloanal e ileostomía de asa de protección en FID. Alta a HAD al séptimo día postoperatorio. Antecedentes relevantes: insuficiencia renal crónica estadio 3a (FG basal 48 ml/min/1,73 m2) y diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con metformina. Al tercer día de HAD (decimo postoperatorio), la enfermera refiere efluente de 3.400 ml/24 h de aspecto liquido verde-amarillento. La paciente refiere sequedad bucal, mareos al incorporarse y astenia intensa. Exploración: TA 98/62 mmHg, FC 108 lpm, mucosas secas, pliegue cutáneo positivo. Analítica urgente: Na+ 126 mEq/L, K+ 2,7 mEq/L, creatinina 2,8 mg/dL, urea 89 mg/dL, pH 7,31, HCO3 17 mEq/L. ¿Cuál es el diagnostico principal y que urgencia clínica implica?**

a) Diarrea infecciosa postoperatoria (Clostridium difficile), manejable con metronidazol oral en domicilio.

b) Ileostomía de alto debito (más de 2.000 ml/24 h) con deshidratación grave, hiponatremia, hipopotasemia, acidosis metabólica e insuficiencia renal aguda prerrenal; requiere traslado hospitalario urgente para reposición hidroelectrolítica iv y monitorización estrecha.

c) Hipotensión ortostática benigna postoperatoria, manejable con aumento de ingesta oral de agua.

d) Fuga anastomótica con absceso pélvico que ocasiona el aumento del débito de la ileostomía.

490.- **Varón de 52 años trasplantado hepático hace 3 meses por cirrosis alcohólica, con postoperatorio favorable. Recibe tacrolimus 3 mg/12 h, micofenolato 750 mg/12 h y prednisona 5 mg/24 h. Profilaxis con trimetoprim-sulfametoxazol tres veces por semana, valganciclovir 900 mg/24 h y fluconazol 100 mg/24 h.Acude a la visita de HAD refiriendo fiebre de 38,8 grados C de 5 días de evolución, tos seca, disnea progresiva de esfuerzo (ahora en reposo), astenia marcada y leve sudoración nocturna. Niega expectoración purulenta. SpO2 88% en aire ambiente. FC 98 lpm, FR 22 rpm. Crepitantes finos bilaterales. Radiografía de tórax: infiltrados intersticiales bilaterales difusos. Analítica: LDH 680 UI/L (VN inferior a 250 UI/L), linfocitos 480/uL, creatinina 1,0 mg/dL. El paciente refiere llevar 2 semanas sin tomar el trimetoprim-sulfametoxazol porque se le olvido comprarlo. ¿Cuál es el agente etiológico MÁS probable de esta neumonía en el contexto descrito?**

a) Streptococcus pneumoniae, el patógeno más frecuente de la neumonía comunitaria adquirida.

b) Pneumocystis jirovecii (PCP), dado el patrón clínico (tos seca, disnea progresiva de esfuerzo, infiltrados intersticiales bilaterales difusos, LDH muy elevada, linfopenia) y la interrupción reciente de la profilaxis con trimetoprim-sulfametoxazol.

c) Aspergillus fumigatus, cuya neumonía se caracteriza por infiltrados bilaterales difusos en el tercer mes postrasplante con suspensión del trimetoprim-sulfametoxazol.

d) Citomegalovirus (CMV), dado que el valganciclovir no cubre completamente este virus en receptores de trasplante hepático.

491.- Varón de 79 años con insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida, enfermedad renal crónica estadio 3 y anemia ferropénica sintomática. Ha presentado dos ingresos por descompensación en los últimos seis meses y actualmente se encuentra estable en seguimiento por hospitalización a domicilio. Refiere intensa fatigabilidad y empeoramiento funcional progresivo. Analíticamente presenta hemoglobina 9,6 g/dL, ferritina 48 ng/mL y saturación de transferrina del 14%. Tolera mal el hierro oral por diarrea y náuseas persistentes. Vive con su esposa, presenta dificultades en la movilidad que dificultan el traslado al hospital. ¿Cuál es la actitud más adecuada?

a) Mantener exclusivamente hierro oral a dosis bajas pese a intolerancia digestiva mantenida.
b) Indicar transfusión sanguínea domiciliaria como primera medida terapéutica estándar.
c) Valorar administración de hierro intravenoso en hospitalización a domicilio con monitorización adecuada.
d) Posponer cualquier tratamiento férrico hasta normalización espontánea de la hemoglobina.

492.- Mujer de 83 años con adenocarcinoma de pulmón metastásico en tratamiento sistémico activo. Ingresa en hospitalización convenviona por episodio de neutropenia febril de bajo riesgo inicialmente estabilizado en urgencias. Permanece hemodinámicamente estable, sin hipotensión y con buen control sintomático. Vive con su hija y dispone de acceso rápido al hospital de referencia. La paciente expresa su preferencia por continuar el tratamiento en domicilio y comprende adecuadamente las recomendaciones clínicas. ¿Cuál es el criterio más relevante para considerar adecuado el manejo en hospitalización a domicilio en el caso de esta paciente?

a) Existencia de neutropenia independientemente de estabilidad clínica o riesgo infeccioso.
b) Estabilidad clínica, bajo riesgo de complicaciones y capacidad de seguimiento estrecho.
c) Exclusiva preferencia de la paciente por evitar ingreso hospitalario convencional.
d) Administración obligatoria de tratamiento antineoplásico intravenoso simultáneo.

493.- Varón de 72 años diagnosticado de embolia pulmonar segmentaria tras consulta por dolor pleurítico y disnea leve. Se encuentra normotenso, con frecuencia cardiaca de 86 lpm, saturación basal 95% y ausencia de signos de insuficiencia ventricular derecha. Vive acompañado y comprende adecuadamente el tratamiento anticoagulante y dispone de teléfono y acceso rápido al hospital. No presenta antecedentes hemorrágicos ni insuficiencia renal avanzada. ¿Cuál sería la actitud más adecuada?

a) Ingreso obligatorio en unidad de cuidados intensivos por riesgo de deterioro brusco.
b) Manejo domiciliario o en hospitalización a domicilio tras adecuada estratificación pronóstica.
c) Observación hospitalaria prolongada independientemente de evolución clínica inicial.
d) Suspender anticoagulación hasta confirmar resolución espontánea de los síntomas.

494.- Varón de 81 años con insuficiencia cardiaca y enfermedad renal crónica en seguimiento por hospitalización a domicilio. Se indica administración de hierro intravenoso por anemia ferropénica sintomática. A los pocos minutos del inicio de la perfusión presenta dolor lumbar, opresión torácica leve y sensación de malestar general, sin hiptensión, hipoxemia ni broncoespasmo. La perfusión se detiene inmediatamente y el paciente mejora progresivamente en pocos minutos ¿Cuál es la interpretación más adecuada del cuadro?

a) Reacción anafiláctica grave obligatoriamente asociada a shock refractario.
b) Síndrome de Fishbane asociado a administración de hierro intravenoso.
c) Evento coronario agudo desencadenado exclusivamente por anemia ferropénica.
d) Manifestación típica de tromboembolismo pulmonar secundario a perfusión férrica.

495.- Mujer de 76 años con adenocarcinoma de colon metastásico en tratamiento paliativo. Consulta por fiebre y malestar general. Se objetiva celulitis leve en miembro superior asociada a acceso venoso periférico. Permanece estable y dispone de seguimiento diario por hospitalización a domicilio. ¿Cuál sería el aspecto más importante que apoya continuar el ingreso en hospitalización a domicilio?

a) Exclusiva ausencia de neutropenia en el hemograma inicial.
b) Posibilidad de seguimiento estrecho y criterios claros de revaloración hospitalaria.
c) Edad inferior a 80 años como principal criterio de selección.
d) Necesidad obligatoria de antibiótico exclusivamente oral.

496.- Mujer de 62 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 y valvulopatía aortica degenerativa conocida (estenosis aortica moderada). Consulta a Urgencias por fiebre de hasta 38,8ºC de 10 días de evolución, astenia progresiva y perdida de 4 kg de peso. Exploración física: TA 118/72 mmHg, FC 88 lpm, temperatura 38,6ºC. Soplo sistólico 3/6 en foco aórtico conocido. Petequias subungueales en dos dedos de la mano derecha. Se extraen tres sets de hemocultivos. Ecocardiografía transesofágica (ETE): vegetación de 12 mm en velo coronario izquierdo con regurgitación aortica leve de nueva aparición. Hemocultivos positivos para Enterococcus faecalis sensible a ampicilina (CMI 0,5 mg/L) y ceftriaxona. Se inicia tratamiento con ampicilina 2 g/4 h i.v. + ceftriaxona 2 g/12 h i.v. Buena tolerancia clínica y hemodinámica. A los 14 días de tratamiento, hemocultivos de control negativos. Sin complicaciones embólicas ni signos de disfunción valvular grave. El equipo de HaD valora el traslado al domicilio para completar el tratamiento antibiótico. Respecto al tratamiento y criterios de traslado a hospitalización a domicilio (HaD) de esta paciente con endocarditis infecciosa sobre válvula nativa por Enterococcus faecalis, señale la afirmación CORRECTA:

a) El tratamiento total debe ser de 2 semanas con ampicilina + ceftriaxona y puede trasladarse a domicilio en cualquier momento una vez que la paciente este afebril.
b) Es posible realizar el tratamiento en el domicilio con ampicilina a dosis altas y ceftriaxona, una vez negativizados los hemocultivos y confirmada la estabilidad clínica y hemodinámica.

c) Tras dos semanas de tratamiento combinado, se debe desescalar a monoterapia con ceftriaxona para continuar de forma ambulatoria.

d) El tratamiento de elección en el domicilio es linezolid oral, ya que permite prescindir de la vía venosa y simplifica el alta.

497.- Varón de 71 años, ex-fumador (60 paquetes-año), con EPOC estadio GOLD III (FEV1 42 % del predicho) y oxigenoterapia crónica domiciliaria (OCD) a 1,5 L/min. Antecedentes: HTA controlada, dislipemia. Situación basal: disnea habitual mMRC 2. Vive con su esposa en domicilio adaptado; buena comprensión y adherencia terapéutica.Consulta a Urgencias por aumento progresivo de la disnea (mMRC 3-4) de 48 horas de evolución, con incremento de la tos y del volumen y purulencia del esputo. Sin fiebre ni dolor torácico. En la exploración: FR 26 rpm; SpO2 83 % con OCD a 1,5 L/min (mejora a 91 % con mascarilla Venturi al 28 %); TA 148/86 mmHg; FC 96 lpm. Auscultación: hipofonesis difusa con roncus bilaterales dispersos; no utiliza musculatura accesoria; nivel de conciencia conservado.Gasometria arterial (FiO2 28 %): pH 7,38; PaO2 62 mmHg; PaCO2 51 mmHg; HCO3 30 mEq/L. Rx tórax: hiperinsuflación bilateral, sin infiltrados ni derrame pleural. Analítica: leucocitos 11.200/microL con neutrofilia; PCR 48 mg/L; creatinina 0,9 mg/dL; Hb 14,2 g/dL; eosinófilos 380/microL. ECG: ritmo sinusal sin alteraciones agudas. Tras 4 horas de broncodilatación intensiva, corticoides sistémicos y antibioterapia en Observación, el paciente muestra clara mejoría: SpO2 92 % con OCD a 2 L/min y FR 18 rpm. En relación con la escala DECAF y la posibilidad de traslado a hospitalización a domicilio (HaD) de este paciente con agudización de EPOC, señale la afirmación CORRECTA:

a) La escala DECAF valora la presencia de eosinofilia, consolidación pulmonar, acidosis, fibrilación auricular y nivel de disnea basal. En este paciente la puntuación seria mayor o igual a 3, por lo que no sería candidato a HaD.

b) La fibrilación auricular crónica con respuesta ventricular controlada es un criterio de exclusión para el ingreso en HaD en la agudización de EPOC.

c) La escala DECAF es un predictor robusto de mortalidad hospitalaria en pacientes ingresados con EPOC agudizado; en este paciente, la ausencia de consolidación radiológica, acidosis y arritmia, junto con un mMRC basal de 2 y eosinofilia presente, orienta a una puntuación DECAF baja (1 punto) que apoya la selección para HaD.

d) La hipercapnia (PaCO2 > 45 mmHg), por si sola e independientemente del pH, constituye un criterio absoluto de exclusión de HaD en la agudización de EPOC.

498.- **Varón de 86 años, con antecedentes de HTA, diabetes mellitus tipo 2, enfermedad renal crónica estadio 3a (FG basal 52 ml/min), dislipemia y diagnosticado de insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida (IC-FEr) hace ocho meses. Situación basal: Barthel 80, sin deterioro cognitivo, NYHA II. Tratamiento habitual: valsartan/amlodipino 160/5 mg/24 h, furosemida 40 mg/24 h, metformina 850 mg/8 h y atorvastatina 40 mg/24 h.Consulta en Urgencias por aumento progresivo de la disnea (NYHA III), ortopnea y edemas hasta rodillas de 5 días de evolución. Exploración: TA 148/93 mmHg; SpO2 basal 89 %; FC 104 lpm; auscultación cardiaca arritmia; ingurgitación yugular positiva; crepitantes bibasales; edemas con fóvea hasta rodillas. IMC 31. Analítica en observación: Hb 13 g/dL; glucemia 128 mg/dL; HbA1c 7,2 %; Urea 56 mg/dL; creatinina 2,4 mg/dL (FG 30 ml/min); Na 134 mEq/L; K 5,4 mEq/L; pro-BNP 1.550 pg/mL; CA-125 165 U/mL; ferritina 12 microg/L; índice de saturación de transferrina (IST) 6 %. ECG: fibrilación auricular (FA) con respuesta ventricular media de 90 lpm. Ecocardio: FEVI 35 % sin acinesia segmentaria. Ecografía clínica: líneas B pulmonares, VCI >20 mm que no colapsa, Doppler suprahepático D<S, Doppler portal con pulsatilidad 30-49 %, Doppler renal monofásico.Tras tratamiento diurético intravenoso en observación se obtiene respuesta favorable con mejoría de la disnea y reducción de los edemas. Se plantea el ingreso del paciente en HaD desde observación de Urgencias para continuar el tratamiento diurético ev y ajuste farmacológico. En relación con la posibilidad de ingreso de este paciente en HaD desde observación de Urgencias, señale cuál de los siguientes NO es un criterio de exclusión:**

a) Signos de inestabilidad hemodinámica.
b) Ausencia de respuesta al tratamiento médico iniciado en Urgencias.
c) FA con respuesta ventricular controlada (media 90 lpm).
d) Primer episodio de descompensación cardiaca.

499.- **Mujer de 83 años con antecedentes de HTA, diabetes mellitus tipo 2, fibrilación auricular crónica anticoagulada con acenocumarol, artrosis severa de rodillas y deterioro cognitivo leve (MEC-Lobo 24/35 en situación basal). Barthel 70 (dependencia leve). Vive con su marido; buena red de apoyo familiar. Tratamiento habitual: 9 fármacos (acenocumarol, metformina, omeprazol, enalapril, furosemida, atorvastatina, tramadol, lorazepam 1 mg/noche y paracetamol). Ingresa en HaD procedente de planta de Medicina Interna tras tratamiento de una pielonefritis aguda con afectacion sistémica por E. coli (hemocultivos positivos). Durante el ingreso hospitalario presento un episodio de confusión aguda que se resolvió en 48 horas. En el momento del traslado a HaD la paciente está orientada, apirética y con buena tolerancia oral. Se pauta ertapenem 1 g/24 h ev para completar 14 días de tratamiento. Al cuarto día de ingreso en HaD, la enfermera avisa al médico porque la paciente presenta desde la madrugada confusión aguda, desorientación temporoespacial y alucinaciones visuales. La familia refiere que por la mañana estaba más tranquila y casi lucida. No hay signos de focalidad neurológica. No fiebre. TA 132/78 mmHg, FC 82 lpm. No signos de retención aguda de orina ni fecaloma. La cuidadora reconoce que la noche anterior la paciente tomo 2 comprimidos de lorazepam porque estaba muy agitada. Respecto al diagnóstico y manejo del cuadro actual de esta paciente en HaD, señale la afirmación CORRECTA:**

a) El tratamiento farmacológico de elección para controlar la agitación en este episodio son las benzodiacepinas, ya que la paciente ya las tomaba previamente.

b) La escala CAM (Confusion Assessment Method) es una herramienta de ayuda diagnostica de alta especificidad (98-100 %) para el delirium.

c) Según el DSM-IV-TR, el delirium se caracteriza por alteración de la conciencia con reducción de la atención, cambios cognitivos o alteraciones perceptivas, inicio en horas-días y curso fluctuante a lo largo del día; todas estas características están presentes en esta paciente.

d) Dado que la paciente presenta delirium en el domicilio, el ingreso en hospitalización convencional es siempre obligatorio.

500.- Varón de 67 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 (HbA1c 8,4 %), insuficiencia venosa crónica bilateral con antecedente de trombosis venosa profunda hace 4 años e IMC 33. Consulta a Urgencias por tumefacción, eritema y calor en la extremidad inferior derecha de 3 días de evolución, con rápida progresión de los signos inflamatorios. Temperatura 38,4 degC, TA 126/78 mmHg, FC 92 lpm. La zona afecta abarca desde el tobillo hasta la rodilla con bordes mal definidos y sin zona de fluctuación ni necrosis cutánea. No hay crepitación tisular.Analítica: leucocitos 14.800/microL (neutrofilia), PCR 168 mg/L, procalcitonina 0,8 ng/mL, creatinina 1,1 mg/dL, hemocultivos pendientes. Rx pie y tibia: sin gas en partes blandas ni signos de osteomielitis. Se diagnostica de celulitis extensa sin fascitis necrotizante y se decide ingreso en HaD con TADE. Dado que se prevén 14 días de tratamiento antibiótico intravenoso con ertapenem 1 g/24 h, el equipo decide colocar un acceso venoso adecuado. A las 48 horas del inicio del tratamiento en domicilio, la familia avisa al equipo de HaD refiriendo que el paciente sigue con fiebre (37,8ºC) y que el área de eritema no ha variado de tamaño. La enfermera realiza una visita de valoración. En relación con el manejo de esta celulitis en HaD, señale la afirmación CORRECTA:

a) La fiebre durante las primeras 24-48 horas de instauración del tratamiento antibiótico es un signo de alarma que obliga al reingreso hospitalario inmediato.

b) La zona de fluctuación con sospecha de absceso o la presencia de necrosis cutánea son signos de alarma que requieren reevaluación urgente y posible reingreso.

c) Para un tratamiento con ertapenem endovenoso de 14 días de duración el acceso venoso más adecuado en condiciones estándar es un acceso venoso corto periférico.

d) La progresión de los signos inflamatorios locales en la extremidad afecta durante el tratamiento antibiótico no modifica la actitud terapéutica domiciliaria.