Osakidetza



FACULTATIVO/A ESPECIALISTA MÉDICO/A

MEDICINA INTERNA

PREGUNTAS

1.- Existen diferentes escalas empleadas en la valoración geriátrica integral. En referencia a ello, una de las siguientes asociaciones NO ES CORRECTA. Señálela:

a) Actividades instrumentales de la vida diaria-Índice de Lawton y Brody.
b) Función social-Escala de Yesavage.
c) Función mental-Test de Pfeiffer.
d) Equilibrio y marcha-Test de Tinetti.

2.- Respecto al síndrome confusional agudo o "delirium" en pacientes ancianos, señale la respuesta FALSA:

a) Es un problema frecuente que afecta al 10-15% de los ancianos ingresados por enfermedad médica aguda.
b) Sus características principales son la falta de atención y el curso fluctuante de la clínica.
c) Las alucinaciones visuales son típicas, aunque afectan a menos del 30% de los pacientes.
d) Fármacos como las benzodiacepinas y los antidepresivos tricíclicos deben evitarse.

3.- Respecto a las causas de fiebre de origen desconocido (FOD), NO ES CIERTO que:

a) Globalmente, la causa más frecuente son las infecciones (20-25% de casos).
b) La tuberculosis es la infección bacteriana más frecuentemente implicada.
c) La endocarditis infecciosa ha aumentado en los últimos años como causa de FOD.
d) En mayores de 60 años, la arteritis de células gigantes es una causa importante de FOD.

4.- Para evaluar la disfunción orgánica en la sepsis, se emplea la escala SOFA. Todos los siguientes parámetros están contemplados en dicha escala, EXCEPTO UNO. Señálelo:

a) Cifras de presión arterial sistólica.
b) Valores de bilirrubina.
c) Cociente PaO2/FiO2.
d) Volumen de diuresis.

5.- Respecto a los objetivos a alcanzar durante el tratamiento de la sepsis y el shock séptico, una de las siguientes NO ES CORRECTA. Señálela

a) Saturación venosa de oxígeno mayor de 70%.
b) Presión arterial media mayor de 65 mmHg
c) Presión venosa central entre 8-12 mmHg.
d) Volumen de diuresis > 1 ml/kg/hora.

6.- ¿Cuál es la droga vasoactiva de elección en el shock séptico?

a) Adrenalina.
b) Noradrenalina.
c) Dobutamina.
d) Vasopresina.

7.- Todas las siguientes bacterias reducen los nitratos a nitritos en la orina SALVO UNA, señálela:

a) *Escherichia coli.*
b) *Proteus mirabilis.*
c) *Enterobacter cloacae.*
d) *Pseudomonas aeruginosa.*

8.- Respecto al concepto de fragilidad y sus implicaciones clínicas en el paciente anciano, señale la afirmación CORRECTA:

a) La fragilidad es una condición que precede a la discapacidad y aumenta el riesgo de volverse dependiente ante un acontecimiento estresante.
b) Se considera un sinónimo de discapacidad y dependencia establecida.
c) Una de las consecuencias de la fragilidad es que las enfermedades suelen manifestarse con una clínica muy típica y florida.
d) La fragilidad es una situación irreversible en todos sus estadios, sin margen para la intervención preventiva.

9.- Las caídas son un síndrome geriátrico de gran impacto. ¿Cuál es el lugar y el momento de máxima incidencia de caídas en el medio hospitalario y residencial?:

a) En los pasillos durante los traslados a las salas de rehabilitación.
b) En la propia habitación, especialmente al lado de la cama, durante las primeras semanas de internamiento.
c) En el cuarto de baño, debido principalmente a la baja altura de los sanitarios.
d) En las zonas comunes durante las horas de máxima actividad física y socialización.

10.- En el proceso diagnóstico de la disfagia orofaríngea (DO) en el anciano, ¿cuál se considera el método instrumental de referencia («patrón oro») para determinar la seguridad y la eficacia de la deglución?:

a) El cuestionario autoadministrado Eating Assessment Tool (EAT-10).
b) El Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (MECV-V).
c) La videofluoroscopia.
d) La fibrogastroscopia y manometría esofágica.

11.- Varón de 72 años con antecedentes de fibrilación auricular no valvular, hipertensión arterial y dislipemia, que va a ser sometido a una artroplastia de cadera (riesgo intermedio). Su medicación habitual incluye: apixabán, ramipril, bisoprolol y atorvastatina. Su función renal es normal. ¿Cuál es el manejo perioperatorio más adecuado de su medicación?:

a) Suspender el apixabán 48 horas antes iniciando terapia puente con heparina de bajo peso molecular (HBPM); continuar el resto de fármacos.
b) Suspender el apixabán 1-2 días antes de la cirugía sin necesidad de terapia puente; suspender el ramipril el día de la intervención; continuar el bisoprolol y la atorvastatina.
c) Suspender el apixabán y el bisoprolol 3 días antes de la cirugía; mantener ramipril y atorvastatina hasta la mañana de la intervención.
d) Mantener toda la medicación habitual hasta la mañana de la cirugía, administrándola con una pequeña cantidad de agua.

12.- En la evaluación preoperatoria de un paciente, ¿en qué situación clínica está específicamente indicada la realización de un electrocardiograma (ECG)?:

a) En todos los pacientes que se sometan a una cirugía de riesgo bajo, como una operación de cataratas.
b) Únicamente en pacientes mayores de 65 años, independientemente del tipo de cirugía y su comorbilidad.
c) En pacientes sanos (sin comorbilidad) que vayan a someterse a reconstrucciones cosméticas.
d) En pacientes con enfermedad cardiovascular establecida que requieran un procedimiento quirúrgico de riesgo intermedio.

13.- En relación con la evaluación y el diagnóstico diferencial de la fiebre postoperatoria, señale la afirmación CORRECTA:

a) Las atelectasias son la causa más frecuente de fiebre en las primeras 48 horas tras la cirugía.
b) La fiebre precoz (antes de las 48-72 h) se debe habitualmente a la respuesta inflamatoria a la intervención y suele resolverse en 2 o 3 días.
c) La fiebre que aparece de forma inmediata tras la operación suele ser indicativa de una infección nosocomial por catéter venoso central.
d) La fiebre tardía (más allá de las 48-72 h) no suele deberse enfermedad tromboembólica venosa (ETV).

14.- En pacientes estables, asintomáticos y sin cardiopatía isquémica, sometidos a cirugía no cardiológica ni ortopédica, ¿cuál es el umbral de cifras de hemoglobina para plantear un transfusión de concentrados de hematíes?:

a) Menor de 9 g/dl
b) Menor de 8.5 g/dl
c) Menor de 8 g/dl
d) Menor de 7 g/dl

15.- De acuerdo con la estratificación del riesgo de muerte de causa cardíaca o infarto de miocardio no fatal, ¿cuál de las siguientes intervenciones quirúrgicas NO se clasifica dentro del grupo de riesgo intermedio (1%-5%)?:

a) Esofagectomía.
b) Trasplante renal.
c) Esplenectomía.
d) Endarterectomía carotídea asintomática.

16.- Respecto a la utilidad clínica de la procalcitonina (PCT) en la evaluación de un paciente con fiebre aguda, señale la afirmación CORRECTA:

a) Es un marcador muy específico que permite diferenciar siempre las infecciones bacterianas de los brotes de enfermedades autoinmunitarias.
b) Posee un alto valor predictivo negativo para la exclusión de infección bacteriana sistémica, especialmente con valores inferiores a 0,5 ng/mL.
c) Su concentración aumenta de forma marcada y característica en infecciones producidas por Legionella sp. y Pneumocystis sp.
d) Es un marcador de respuesta lenta que alcanza su pico máximo de elevación a las 72 horas del inicio de los síntomas.

17.- En relación con la distribución etiológica de la fiebre de origen desconocido (FOD) en las series clínicas publicadas en las últimas décadas, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?:

a) Las infecciones continúan representando más del 60% de los casos en hospitales de tercer nivel.
b) El lupus eritematoso sistémico (LES) ha aumentado su frecuencia como causa de FOD debido a la complejidad de las nuevas pruebas diagnósticas.
c) Se observa una proporción elevada de casos (25%-30%) que quedan finalmente sin un diagnóstico etiológico.
d) En pacientes mayores de 50 años, la causa infecciosa más frecuente es la endocarditis por estreptococos viridans.

18.- Con independencia de la localización de la infección (cistitis o pielonefritis), ¿cuál de los siguientes factores permite clasificar una infección urinaria como complicada?:

a) Clínica de más de 7 días de evolución.
b) Presencia de síntomas miccionales de menos de 48 horas de evolución en una mujer joven.
c) Infección producida por Staphylococcus saprophyticus en una mujer sexualmente activa.
d) Aparición de hematuria macroscópica aislada (cistitis hemorrágica).

19.- En el manejo de las infecciones urinarias recurrentes, ¿cuál de las siguientes situaciones constituye una indicación para iniciar profilaxis antibiótica?:

a) Paciente con sonda vesical permanente para evitar la aparición de bacteriuria.
b) Mujeres jóvenes con dos episodios de cistitis no complicada documentados en el último año



c) Varones con un primer episodio de prostatitis aguda.
d) Pacientes con riesgo de deterioro de la función renal (p. ej., nefropatía intersticial o reflujo vesicoureteral)

20.- Mujer de 32 años, sin antecedentes médicos, acude a urgencias por fiebre de 39 °C, escalofríos y dolor intenso en la fosa lumbar izquierda de 24 horas de evolución. No presenta signos de sepsis ni deshidratación y tolera la vía oral. La tira reactiva muestra leucocituria y nitritos positivos. ¿Cuál es la conducta terapéutica inicial más adecuada?:

a) Tratamiento con fosfomicina-trometamol 3 g en dosis única y alta domiciliaria.
b) Ingreso hospitalario para tratamiento intravenoso con ceftriaxona y amikacina.
c) Tratamiento ambulatorio con una cefalosporina oral de tercera generación (cefixima o cefditoreno) o una primera dosis parenteral de ceftriaxona seguida de tratamiento oral.
d) Tratamiento empírico con una fluoroquinolona oral.

21.- Ante una infección grave producida por una enterobacteria que expresa una metalo-β-lactamasa (clase B de Ambler, como NDM o VIM), ¿cuál de los siguientes nuevos agentes antimicrobianos mantiene su actividad frente a dicho mecanismo de resistencia?

a) Ceftazidima-avibactam.
b) Cefiderocol.
c) Meropenem-vaborbactam.
d) Imipenem-relebactam.

22.- Respecto al espectro de actividad del ceftolozano-tazobactam, señale cuál de los siguientes microorganismos NO está cubierto por este fármaco:

a) Pseudomonas aeruginosa.
b) Escherichia coli productora de BLEE.
c) Staphylococcus aureus.
d) Klebsiella pneumoniae productora de BLEE.

23.- En el tratamiento de un paciente con shock séptico, se decide optimizar la eficacia de los antibióticos β-lactámicos basándose en sus parámetros farmacocinéticos y farmacodinámicos (PK/PD). ¿Cuál es la estrategia recomendada para maximizar su actividad bactericida?:

a) Administrar la dosis total diaria en una única toma para maximizar el cociente Cmáx/CIM.
b) Utilizar perfusión continua o extendida (3-4 h) para maximizar el tiempo que la concentración permanece por encima de la CIM (T > CIM).
c) Reducir la dosis inicial para evitar el aumento del volumen de distribución típico del paciente crítico.
d) Dar preferencia a la administración intramuscular para evitar el efecto inóculo.

24.- **La situación de agonía se define como el estado que precede a la muerte en horas o días, caracterizado por un deterioro físico muy marcado. ¿Cuáles son los síntomas que se presentan con mayor frecuencia durante esta fase?:**

a) Delirio (hipoactivo o hiperactivo), boca seca y disnea.
b) Hemorragias frecuentes y convulsiones tónico-clónicas.
c) Hipertensión arterial paroxística y aumento de apetito.
d) Diarrea profusa y aumento del nivel de conciencia.

25.- **Varón de 65 años con diagnóstico de carcinoma bronquogénico avanzado que presenta dolor óseo persistente y muy intenso (8/10 en la Escala Visual Analógica). Hasta el momento solo recibía paracetamol de forma ocasional. ¿Cuál es la estrategia terapéutica inicial más adecuada?:**

a) Mantener paracetamol y añadir un antiinflamatorio no esteroideo (AINE) a dosis máximas.
b) Iniciar sedación paliativa terminal ante la intensidad del síntoma.
c) Iniciar tratamiento con morfina oral a dosis bajas, pautada de forma fija y regular, asociando dosis de rescate para las crisis.
d) Prescribir fentanilo transdérmico para el control rápido del dolor agudo.

26.- **En el abordaje multidimensional del dolor en cuidados paliativos, el uso de fármacos coanalgésicos es fundamental para tratar causas específicas. ¿Cuál es la asociación CORRECTA entre el tipo de dolor y el coanalgésico indicado?:**

a) Dolor por obstrucción intestinal — Psicoestimulantes (metilfenidato).
b) Dolor neuropático — Anticonvulsionantes (gabapentina o pregabalina) y antidepresivos (amitriptilina).
c) Dolor por compresión neurológica — Benzodiazepinas (midazolam).
d) Metástasis óseas líticas — Antagonistas del NMDA (ketamina).

27.- **De acuerdo con la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, ¿cuál es la definición CORRECTA de «médico consultor»?**

a) El facultativo que tiene a su cargo coordinar toda la información y la asistencia sanitaria del paciente, actuando como su interlocutor principal.
b) El profesional sanitario que pertenece al mismo equipo asistencial del médico responsable y colabora en la administración de la prestación.
c) El facultativo con formación en el ámbito de las patologías que padece el paciente y que no pertenece al mismo equipo del médico responsable.
d) El médico designado por la Comisión de Garantía y Evaluación para verificar el cumplimiento de los requisitos en el control previo.



28.- De acuerdo con la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, ¿cuál es el intervalo de tiempo mínimo que, con carácter general, debe mediar entre la primera y la segunda solicitud de ayuda para morir por parte del paciente?:

a) Siete días naturales.
b) Diez días hábiles.
c) Quince días naturales.
d) Treinta días naturales.

29.- ¿Cuál de las siguientes características clínicas es la que permite diferenciar fundamentalmente un cuadro de delirio (síndrome confusional agudo) de una demencia establecida en un paciente anciano?:

a) La existencia de un deterioro marcado de la memoria reciente.
b) La presencia de desorientación temporoespacial.
c) El inicio brusco del cuadro y la fluctuación de los síntomas a lo largo del día.
d) La incapacidad para realizar de forma independiente las actividades básicas de la vida diaria.

30.- Se evalúa a un paciente de 85 años con un cuadro de insuficiencia cardíaca y artrosis grave de rodillas que le limita mucho la deambulación. Refiere que, aunque siente el deseo de orinar, no llega a tiempo al cuarto de baño por la lentitud de sus movimientos, produciéndose el escape. Si la función de su tracto urinario inferior está conservada, ¿cómo se clasifica este tipo de incontinencia?

a) Incontinencia funcional.
b) Incontinencia de urgencia.
c) Incontinencia por rebosamiento.
d) Incontinencia de esfuerzo.

31.- De acuerdo con las recomendaciones de la Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR), ¿cómo se define una úlcera por presión de ESTADIO III?

a) Piel intacta con eritema que no blanquea tras la presión.
b) Pérdida de la piel en todo su espesor con destrucción extensa, necrosis tisular o lesión de músculos, huesos o estructuras de soporte.
c) Pérdida parcial del espesor cutáneo que afecta a la epidermis y la dermis, con aspecto de abrasión o ampolla.
d) Pérdida completa del espesor de la piel con afección del tejido celular subcutáneo, que puede extenderse hasta la fascia subyacente pero sin atravesarla.

32.- En relación con los efectos tóxicos de las diversas familias de antibióticos, señale la afirmación FALSA:

a) La daptomicina puede producir una miopatía del músculo esquelético de carácter reversible al retirar el tratamiento, así como neumonía eosinofílica.
b) El «síndrome del hombre rojo» por vancomicina es una reacción alérgica grave mediada por IgE que obliga a la suspensión definitiva del fármaco.

c) El linezolid puede causar alteraciones hematológicas como trombocitopenia y anemia, que suelen ser reversibles y aparecen en tratamientos de más de 15 días.
d) Las tetraciclinas pueden provocar esteatosis hepática si se administran en dosis altas por vía i.v. o durante el embarazo, además de fotosensibilidad.

33.- Diversas condiciones del medio donde se asienta la infección pueden alterar la capacidad de los antibióticos para penetrar en la bacteria o ejercer su acción. ¿Cuál de las siguientes situaciones aumenta de forma ostensible la concentración inhibitoria mínima (CIM) de los aminoglucósidos, reduciendo su eficacia clínica?:

a) Medio con pH alcalino.
b) Baja concentración de iones de magnesio (Mg) y calcio (Ca) en el foco.
c) Ambiente anaerobio (como el que se encuentra en abscesos o tejido necrótico).
d) Situaciones de hipoosmolaridad en el lugar de la infección.

34.- La resistencia bacteriana puede obedecer a diversos mecanismos. Respecto a la existencia de sistemas de expulsión (bombas de eflujo) activos del agente antibacteriano hacia el exterior, ¿cuál de los siguientes grupos de antibióticos se ve afectado por la hiperexpresión de estos mecanismos?:

a) Glucopéptidos.
b) Fluoroquinolonas.
c) Polimixinas.
d) Aminoglucósidos.

35.- En relación con la fiebre producida por fármacos como causa de fiebre de origen desconocido (FOD), ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?:

a) Puede producirse incluso con fármacos que el paciente ha tomado durante períodos prolongados sin problemas previos.
b) Invariablemente se acompaña de una erupción cutánea y eosinofilia marcada.
c) Los antibióticos betalactámicos y las sulfamidas rara vez están implicados en este proceso.
d) Solo puede ocurrir con medicamentos que se han iniciado recientemente (menos de una semana antes).

36.- En relación con la Fiebre de Origen Desconocido (FOD) en pacientes con infección por el HIV confirmada, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?:

a) Tras la generalización del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), la incidencia de episodios de FOD se ha incrementado.
b) Menos del 50% de los casos de FOD en estos pacientes llegan a tener un diagnóstico etiológico.
c) Más de la mitad de los casos de FOD en pacientes con HIV se deben a infecciones, principalmente por micobacterias (M. avium-intracellulare) y tuberculosis.
d) Los linfomas representan la causa más frecuente de FOD en esta población, suponiendo más del 40% de los casos.

37.- ¿En cuál de los siguientes escenarios clínicos está recomendado realizar cribado y tratamiento de una bacteriuria asintomática?:

a) Mujeres posmenopáusicas con incontinencia urinaria y residuo posmiccional.
b) Pacientes ancianos institucionalizados en centros geriátricos.
c) Pacientes con diabetes mellitus tipo 2, incluso si presentan mal control glucémico.
d) Mujeres embarazadas y pacientes que se van a someter a una litotricia extracorpórea.

38.- Varón de 50 años que consulta por presentar su tercer episodio de infección urinaria por Escherichia coli en el último año. Fuera de los episodios agudos, el paciente refiere molestias imprecisas en la región perineal. El tacto rectal es normal y el PSA es de 1,5 ng/mL. ¿Cuál es el procedimiento de elección para confirmar que el reservorio de la infección se localiza en la próstata?

a) Realizar una biopsia prostática transrectal para cultivo de tejido, previa suspensión del tratamiento antibiótico.
b) Comparar dos urocultivos: uno del chorro medio y otro tras un masaje prostático de 1 min, siendo positivo si la densidad bacteriana en el segundo es al menos 10 veces superior al primero.
c) Constatar una elevación del antígeno prostático específico (PSA) durante los periodos asintomáticos.
d) Solicitar una TC pélvica de alta resolución para identificar zonas de heterogeneidad en el parénquima prostático.

39.- De acuerdo con la Tercera Conferencia de Consenso Internacional (2016), ¿cuáles son los criterios clínicos específicos que definen la situación de shock séptico dentro del espectro de la sepsis?:

a) Infección sospechada o confirmada asociada a un aumento de 2 o más puntos en la escala SOFA.
b) Presencia de hipotensión arterial (PAS < 90 mm Hg) que revierte tras la administración inicial de 20 mL/kg de cristaloides.
c) Sepsis con hipotensión persistente que requiere vasopresores para mantener una PAM ≥ 65 mm Hg y presenta un nivel de lactato sérico > 2 mmol/L (18 mg/dL) tras una adecuada reposición de volumen.
d) Presencia de al menos dos criterios de la escala qSOFA (frecuencia respiratoria ≥ 22 rpm, alteración de la conciencia y PAS ≤ 100 mm Hg).

40.- En la evaluación de un paciente en situación de shock, ¿cuál es el patrón hemodinámico característico que presenta el shock séptico tras la reanimación inicial y que permite diferenciarlo del shock cardiogénico o el obstructivo?:

a) Gasto cardíaco bajo, resistencias vasculares sistémicas elevadas y presiones de llenado bajas.
b) Patrón distributivo e hiperdinámico, con gasto cardíaco normal o alto, presiones de llenado normales o altas y resistencias vasculares bajas.
c) Gasto cardíaco bajo, resistencias vasculares sistémicas elevadas y presiones de llenado altas.



d) Gasto cardíaco normal, resistencias vasculares elevadas y presión venosa central disminuida.

41.- Varón de 82 años con demencia avanzada, identificado previamente mediante el instrumento NECPAL por sus necesidades paliativas, que se encuentra actualmente en situación de agonía (situación de últimos días). En las últimas 12 horas, el paciente ha pasado de un estado de somnolencia a presentar una agitación psicomotora importante, con gemidos frecuentes y desorientación. ¿Cuál de las siguientes exploraciones es prioritaria realizar para descartar una causa reversible de este malestar antes de considerar el síntoma como refractario?

a) Realización de una analítica de sangre para descartar hipercalcemia o hipoglucemia.
b) Toma de la presión arterial y frecuencia cardíaca para valorar el dolor mediante signos indirectos.
c) Evaluación de la saturación de oxígeno por sospecha de hipoxia como causa de delirio
d) Palpación hipogástrica y tacto rectal para descartar retención urinaria o un fecaloma.

42.- ¿Cuál de los siguientes cuadros dolorosos, que mejoran con los antidepresivos tricíclicos, no ha demostrado que lo haga por su efecto analgésico?

a) Neuralgia postherpética.
b) Dorsalgia baja crónica.
c) Migraña.
d) Cefalea tensional.

43.- Un varón de 60 años, sin antecedentes de interés, acude al servicio de urgencias por dolor abdominal sordo y constante en cuadrante inferior izquierdo de 5 días de evolución. En la exploración se observa fiebre de 38.5ºc, y dolor a la palpación en la zona referida con ligero peritonismo. Presenta leucocitosis moderada con desviación izquierda. Se realiza TAC abdominal para confirmar la sospecha observada. ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?

a) En esta situación la sensibilidad y especificidad del TAC abdominal para confirmar la enfermedad es del 97%.
b) La gravedad del cuadro clínico descrito según la clasificación de Hinchey estaría en II-III.
c) En caso que fuera clasificado con estadio I de Hinchey el paciente sería controlado en su domicilio con tratamiento antibiótico oral.
d) En caso de estadio III de Hinchey no suele requerir cirugía de urgencia.

44.- De entre las siguientes afirmaciones sobre el dolor torácico, ¿cuál es característica de isquemia miocárdica?

a) Localización principal del dolor en el centro del abdomen o en la región abdominal inferior.
b) Dolor constante que persiste durante muchas horas.
c) Episodios de dolor muy breve que duran unos pocos segundos o menos.
d) Dolor cuya intensidad aumenta a lo largo de un período de pocos minutos.

45.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a la cefalea es verdad?

a) El 40% de las personas con migraña tienen el primer episodio antes de los 30 años.
b) El síndrome de Costen es una cefalea en racimos de 1 hora de duración.
c) La cefalea de tensión crónica la padece el 3% de la población.
d) El auténtico generador de un ataque de migraña parece ser el mesencéfalo.

46.- Un varón de 28 años ingresa en urgencias por pérdida de conciencia. En la exploración se aprecia un coma profundo con pupilas dilatadas y fijas. ¿cuál de los siguientes es el diagnóstico más probable?

a) Encefalopatía metabólica.
b) Intoxicación por alcohol metílico.
c) Lesión pontina.
d) Lesión a nivel del encéfalo.

47.- Una mujer de 86 años sin antecedentes de interés, excepto pérdida ligera de memoria, es trasladada a urgencias porque en los últimos 5 días de forma aguda ha presentado incoherencias, pensamiento desorganizado y ocasionalmente fabulación. No ha modificado su medicación. ¿cuál de los siguientes pruebas sería necesario realizar en la valoración inicial?

a) Pruebas de función renal.
b) Tac cerebral.
c) Resonancia cerebral.
d) Urocultivo.

48.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones con respecto a la epidemiología de los accidente vasculares cerebrales (ACV) es cierta?

a) En España los ACV son la tercera causa de invalidez permanente.
b) La tasa de mortalidad por ictus en españa lleva más de 20 años descendiendo de forma prácticamente paralela en ambos sexos.
c) La incidencia de ACV es directamente proporcional al consumo de alcohol y al paro laboral, pero no al analfabetismo.
d) Aproximadamente el 30% de los supervivientes de un ictus tienen algún grado de incapacidad, de los que cerca del 20% requieren una hospitalización definitiva.

49.- Respecto al tratamiento del ACV isquémico agudo, si no hay contraindicaciones ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?

a) Se debe de comenzar con RTPA (activador del plasminógeno tisular recombinante) en las primeras 4,5 horas del inicio del episodio, solo si el paciente muestra signos de recuperación.
b) Se debe de comenzar con ácido acetilsalicílico (AAS) en las primeras 24 horas.
c) La heparina de bajo peso molecular es una alternativa a la AAS en el ACV isquémico.
d) Se debe contactar urgentemente con el equipo de ictus para evaluar todos los ictus agudos isquémicos aunque hayan pasado 4 horas del comienzo del episodio.

50.- Respecto a las demencias ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?

a) Una demencia que comienza por la amnesia episódica y se sigue de otros defectos apráxicos y agnósicos, sugiere una enfermedad de alzheimer por el predominio habitual temporolímbico de las lesiones.
b) En las demencias frontotemporales los trastornos de la personalidad y de la conducta serán Tardíos y dominantes al margen de su base patológica.
c) Los principales síntomas de las demencias «subcorticales» se deben a la disfunción de los lóbulos frontales por alteración de los circuitos frontobasales y se encuentran en el grupo de las demencias frontotemporales.
d) El principal objetivo del mini mental state examination (MMSE) es el de descartar estados de delirio o confusión, confirmar el deterioro cognitivo global y descartar la seudodemencia depresiva.

51.- Una mujer de 68 años, sin antecedentes de interés, es llevada a consulta por deterioro progresivo de la memoria de 20 meses de evolución. La familia refiere que empezó con lentitud de memoria en su comportamiento diario, desinterés progresivo y tendencia al llanto. Un año más tarde fue diagnosticada de enfermedad de Parkinson y tratada con L-dopa que abandonó por alucinaciones. Posteriormente siguió con delirios paranoicos y ocasionalmente alucinaciones visuales alternando con comportamiento normal y pensamiento estructurado. En la exploración destacaba hipomimia facial, lenguaje monocorde, enlentecimiento de la marcha y ligero temblor de reposo de las manos. El MMSE fue de 19/35 sobre todo a expensas de cálculo, copia de gráficos y orientación temporal. ¿cuál de los diagnósticos siguientes es el más probable?

a) Enfermedad de Parkinson.
b) Enfermedad de Alzheimer.
c) Demencia con cuerpos de Lewy.
d) Demencia frontotemporal.

52.- Respecto al cáncer primario de origen desconocido ¿cuál de las afirmaciones siguientes sobre recomendaciones terapéuticas para los siguientes subgrupos favorables de cáncer es CORRECTA?

a) Mujeres con adenocarcinoma que afecta a ganglios axilares: tratar como carcinoma de mama estadio III o IV.
b) Mujeres con adenocarcinoma seroso papilar en la cavidad peritoneal: tratar como carcinoma de ovario estadio III.
c) Carcinoma de células escamosas de ganglios cervicales: tratar como cáncer de cabeza y cuello estadio IV.
d) Metástasis única: tratamiento local con cirugía o radioterapia y quimioterapia posterior.

53.- De las siguientes afirmaciones respecto a los síndromes paraneoplásicos, ¿cuál es la CORRECTA?

a) Estos síndromes se observan hasta en el 15% de los pacientes (sin incluir la caquexia).
b) Hasta dos tercios de los síndromes paraneoplásicos aparecen antes de diagnosticarse una neoplasia maligna asociada.



c) Cuando la acantosis nigricans aparece en adultos (especialmente cuando incluye lesiones mucosas) está estrechamente asociada a neoplasias malignas del tubo digestivo
d) La osteoartropatía hipertrófica puede afectar al 20% de los pacientes con adenocarcinoma pulmonar.

54.- ¿Cuál de las siguientes evaluaciones recomendadas tras el diagnóstico inicial de cáncer metastásico (MTX) de origen desconocido es FALSA?

a) En los hombres con adenocarcinoma MTX hay que medir la concentración sérica de PSA.
b) En las mujeres con adenocarcinoma MTX hay que considerar la posibilidad de realizar una mamografía o resonancia mamaria.
c) En pacientes mayores de 70 años con carcinoma poco diferenciado hay que medir las concentraciones séricas de gonadotrofina coriónica humana y de a-fetoproteína (AFP).
d) En pacientes con carcinoma escamoso MTX que afecta a los ganglios inguinales hay que realizar una inspección minuciosa de todas las estructuras peritoneales, que incluya una endoscopia, una evaluación urológica y una exploración de la pelvis en las mujeres.

55.- Respecto a la esclerodermia ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?

a) La incidencia de la enfermedad en **EEUU** es de 276 casos por millón de habitantes.
b) Los anticuerpos antitopoisomerasa son un marcador de la enfermedad pulmonar intersticial.
c) Los anticuerpos anticentrómero son muy frecuentes en la esclerosis cutánea difusa.
d) El subtipo clínico (enfermedad limitada vs difusa) y el auto anticuerpo específico presente no se correlacionan con la gravedad de la enfermedad.

56.- Un varón de 38 años acude a urgencias por un cuadro sugestivo de artritis de rodilla derecha con impotencia funcional y fiebre de 38ºc. Una semana antes había presentado diarrea autolimitada. En la exploración se observa derrame articular que tras artrocentesis se obtienen 50 cc de líquido turbio y los siguientes parámetros analíticos: 45.000/mm leucocitos (92% neutrófilos), glucosa de 47 mg/dl, tinción de Gram negativa. ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?

a) El tratamiento antibiótico se debe iniciar una vez conocido el resultado del cultivo de líquido articular.
b) Es aconsejable realizar artrocentesis cada 5 días para aliviar los síntomas y evitar la destrucción articular.
c) La negatividad de la tinción de Gram descarta que se trate de una artritis séptica por gram (+).
d) La tinción de Gram es positiva en el 50% de las artritis producidas por Gram negativos.

57.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta respecto a la artritis reumatoide (AR)?

a) El factor reumatoide es característico de la AR y es positivo en más del 85% de los pacientes en fases tempranas de la enfermedad.
b) Los anticuerpos anti-péptidos cíclicos citrulinados (ACPA) tienen una alta sensibilidad en la AR.
c) El FR o el ACPA son altamente predictivos de la enfermedad erosiva de la AR.

d) Se deben de realizar pruebas genéticas para el diagnóstico diferencial de la enfermedad.

58.- Un varón de 64 años de edad, sin antecedentes previos de interés, consulta por debilidad muscular progresiva de 4 meses de evolución, que en el momento actual, le dificulta considerablemente el subir y bajar escaleras. En la exploración física llama la atención la presencia de lesiones papuloeritematosas sobre los nudillos de ambas manos, confirmándose que se trata de papulas de Gottron. Todas menos una, de las siguientes pruebas complementarias, nos podrían ayudar a definir mejor el cuadro clínico del paciente. Señálela.

a) Arteriografía del tronco celíaco.
b) TAC tóraco-abdómino-pélvico.
c) Exploración urológica.
d) Anticuerpos antisintetasa.

59.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la amiloidosis primaria (tipo AL) y secundaria (tipo AA) es cierta?

a) La afectación cardíaca es la más frecuente en la AA y la renal en la AL.
b) La afectación renal en ambas amiloidosis es semejante, pero tiene peor pronóstico en el tipo AL.
c) La presencia de macroglosia es muy rara, pero cuando ocurre en el contexto de sospecha de amiloidosis, es casi patognomónica de AA.
d) El pronóstico de la enfermedad es generalmente peor en la AA sistémica que en la AL.

60.- De las siguientes causas de hipercalcemia señale cuál de ellas cursa con PTH elevada.

a) Intoxicación por vitamina D.
b) Hipertiroidismo.
c) Hipercalcemia de las enfermedades granulomatosas (como sarcoidosis).
d) Hipercalcemia hipocalciúrica familiar.

61.- Respecto al tratamiento de la hipercalcemia ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?

a) El tratamiento agudo solo está justificado si hay síntomas graves de la enfermedad.
b) No se debe tratar en caso de elevaciones de calcio por encima de 12 mg/dl y asintomático.
c) El Cinacalcet puede estar indicado tanto en hiperparatiroidismo primario como secundario.
d) El Denosumab no ha probado su eficacia en la hipercalcemia tumoral persistente.

62.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta respecto a la osteoporosis asociada al tratamiento con glucocorticoides?

a) NO se observa un deterioro importante de la densitometría ósea hasta al menos un año de tratamiento.
b) En estos pacientes sin fracturas, los suplementos de calcio y vitamina D son suficientes para prevenir la disminución de la masa ósea.

c) La Teriparatida es peor alternativa que los bifosfonatos para el tratamiento de esta osteoporosis por glucocorticoides.
d) Las tasas de fractura aumentan también con dosis de prednisona tan bajas como 2,5 mg diarios.

63.- Una mujer de 60 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial e hipotiroidismo en tratamiento medicamentoso, acudió a consultas por la aparición, en los últimos tres meses, de placas eritematosas, edematosas e induradas al tacto, en antebrazos y piernas. No tenía otros antecedentes de interés salvo el esfuerzo realizado con motivo del cambio de domicilio poco antes de comenzar el cuadro clínico. En la exploración no se observaron alteración de la apertura bucal, esclerodactilia ni debilidad muscular; negaba síntomas gastrointestinales, renales o fenómeno de Raynaud. El laboratorio mostraba 11 % (800/mm) de eosinófilos en sangre en sangre periférica, VSG de 80 mm y TSH elevada. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a) Se trata del comienzo de una morfea con una biopsia indistinguible de esclerodermia.
b) Seguramente ha presentado una reacción a algunos de los medicamentos que tomaba.
c) Hay que buscar antecedentes de ingesta de triptófano.
d) La enferma muy probablemente responderá de forma favorable a dosis altas de corticoides.

64.- Una mujer de 21 años de edad consulta tras haberse apreciado, de forma casual, adenopatías inguinales en las últimas semanas. Aunque tiene vida sexual activa niega prácticas de riesgo, así mismo no refiere clínica local ni otros datos sugerentes de infección de transmisión sexual, así como tampoco clínica general. En la exploración se aprecian 3-4 adenopatías bilaterales de 1 cm de diámetro mayor, blandas, móviles, no dolorosas. No se aprecia ninguna lesión cutánea en miembros inferiores, ano o periné. El hemograma es normal. La paciente no está muy preocupada tras de hablar con el médico. ¿cuál de las siguientes exploraciones debería ser la siguiente?

a) Serología de lúes dada la edad de la paciente, a pesar de lo que explica la paciente.
b) Exploración ginecológica a fin de descartar un cáncer de ovario.
c) Por las características clínicas parece tratarse de unos ganglios normales. No hacer más pruebas y controlar en varias semanas.
d) Realizar serología vírica para descartar enfermedad relacionada al menos VEB, CMV.

65.- Un varón de 62 años es evaluado por anemia. Tiene los siguientes parámetros: hemoglobina de 9,0 g/dl (valor de hemoglobina normal, 15 g/dl), hematocrito de 27% (hematocrito normal 45%), volumen corpuscular medio (VCM) de 88 fl, hemoglobina corpuscular media (HCM) de 28 pg y concentración de hemoglobina corpuscular media (CHCM) del 30%. Su recuento de reticulocitos es del 9 %. ¿cuál es su índice de producción de reticulocitos?

a) 2,7.
b) 0.27.
c) 27.
d) 0,5.

66.- De las afirmaciones siguientes para el diagnóstico de anemia, marque la CORRECTA:

a) El ADE (RDW en inglés) o amplitud eritrocitaria se correlaciona con el grado de anisocitosis.
b) En las anemias ferropénicas el ADE está disminuido.
c) Los cuerpos de Howell-Jolly se suelen ver en anemias hemolíticas.
d) Los dacriocitos son característicos de las anemias megaloblásticas.

67.- En el diagnóstico de fiebre de origen desconocido (FOD) ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta respecto a la utilización de la tomografía de emisión de positrones (PET) combinada con TAC PET/TAC?

a) El PET/TAC tiene una sensibilidad del 80% vs la gammagrafía marcada con Indio tan solo del 25%.
b) Respecto a las ventajas del PET sobre gammagrafías es que tiene más resolución, un alto grado de exactitud en el esqueleto central pero menos sensibilidad en infecciones leves/crónicas
c) Las tasas de utilidad en el diagnóstico del PET/TAC en la FOD no alcanzan más del 40%.
d) En pacientes con FOD, la captación aumentada de médula ósea sugiere una enfermedad hematológica.

68.- Respecto a la epidemiología de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) ¿cuál de las siguientes afirmaciones sobre las mismas no es cierta?

a) La incidencia anual de iras tanto en Europa como en EE.UU. es de aproximadamente 1 de cada 14-20 pacientes ingresados (4%).
b) Las IRAS es una de las 10 primeras causas de muerte en EE.UU..
c) Los patógenos más frecuentemente identificados en infecciones relacionadas con dispositivos e intervenciones son *S. Aureus, género enterococcus, E coli y S epidermidis.*
d) Las IRAS con medidas preventivas pueden reducirse hasta el 35 al 40%.

69.- Sobre las recomendaciones destinadas a prevenir y controlar la infección hospitalaria, todas las siguientes excepto una, son de grado I (eficiencia comprobada). Señálela.

a) Educación e información.
b) Profilaxis antibiótica preoperatoria.
c) Buena técnica quirúrgica y prácticas asépticas en el quirófano.
d) Correcto lavado de manos.

70.- Un paciente de 38 años acude a urgencias por fiebre de hasta 39ºc de 36 horas de evolución. No tenía antecedentes de interés salvo que fue esplenectomizado de forma urgente, tras un accidente de moto, hace 6 meses. El paciente no recuerda con certeza si fue o no vacunado. Estando asintomático y 36 horas antes del ingreso comenzó con malestar general, fiebre de hasta 39ºc, dudosa tiritona, tos ligera sin expectoración y cefalea. Epidemiología negativa. En la exploración se observa fiebre de 38,7ºc, tensión arterial 98/60 mm hg, frecuencia cardiaca 120 latidos x', frecuencia respiratoria 20 x', no datos meníngeos ni otro foco inicial de sospecha. ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?

a) Dentro de los factores de riesgo más importantes en este tipo de pacientes son las edades extremas de la vida y el tiempo transcurrido desde la esplenectomía.
b) El defecto inmunológico específico en la asplenia o hipoesplenia, es la reducción de la formación de anticuerpos proteínicos y el mayor riesgo de infección por gérmenes encapsulados.
c) Si el paciente estuviera vacunado los gérmenes implicados más habituales serían el *staphylococcus* y bacterias entéricas Gram (-).
d) El tratamiento empírico de elección, si el paciente no estuviera vacunado sería: ceftriaxona (2 g c/12 h) y además vancomicina (15 mg/kg c/12 h).

71.- Una mujer de 27 años paraguaya, ha sido diagnóstica de tuberculosis pulmonar con aislamiento en esputo de mycobacterium tuberculosis. Se inicia tratamiento con pauta cuádruple diaria tuberculostáticos a dosis estándar (isoniacida (INH), rifampicina (RIF), etambutol (EMB) y pirazinamida (PZA)). En el día 29 del tratamiento se recibe el informe de resistencias observándose que el mycobacterium es resistente a isoniazida. ¿cuál de los siguientes regímenes de tratamiento es el más adecuado en este caso?

a) Interrumpir INH y seguir con RIF, EMB y PZA hasta completar los 6 meses previstos.
b) Interrumpir INH y seguir con RIF, EMB y PZA 9 meses y Estreptomicina 2 meses.
c) Interrumpir INH y seguir con RIF, EMB y PZA durante 12 meses.
d) Interrumpir INH y seguir con RIF, EMB y PZA durante 12 meses y una quinolona 2 meses.

72.- Un varón de 35 años acude a consultas externas al apreciarse de forma casual una masa en la zona cervical izquierda. La historia clínica era anodina, sin datos epidemiológicos de infección ni síntomas constitucionales. En la exploración física solo era destacable una masa (ganglios) enrojecida no dolorosa, consistencia firme en el borde superior del esternocleidomastoideo izquierdo. Se comprueba que es una linfadenitis por mycobacterium tuberculosis. ¿cuál de las respuestas siguientes es CORRECTA?

a) La evolución de la linfadenitis, incluso con dolor, supuración y fistulización después de comenzar el tratamiento, significa fracaso del mismo obligando a modificar el mismo.
b) La aparición de nuevos nódulos después de comenzar el tratamiento ocurre en el 25-30%.
c) No están indicados los corticoides en este tipo de tuberculosis extrapulmonar.
d) El tratamiento es con 4 fármacos (INH, RIF, EMB Y PZA) 4 meses.

73.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta sobre las infecciones urinarias (ITU)?

a) Por encima de los 65 años al menos el 20% de los varones y el 30% de las mujeres tienen ITUs.
b) Un sedimento urinario sin bacteriuria hace improbable una ITU.
c) Un 10% de las mujeres tienen ITUs cada año.
d) La carencia de circuncisión no aumenta el riesgo de ITU en adultos jóvenes.

74.- Una mujer de 52 años, sexualmente activa, refiere episodios de infecciones urinarias (ITU) de repetición en los últimos 3 años (3 o más/anual), a pesar del tratamiento habitual completo en cada episodio de la ITU. La sintomatología, con mucha frecuencia comienza en las siguientes 24 horas del coito. ¿cuál de los siguientes tratamientos es el más efectivo, en este caso, para disminuir estos episodios?

a) Vaciamiento de la vejiga, inmediatamente después del coito.
b) Dadas las infecciones tan frecuentes, comenzar con tratamiento antibiótico profiláctico diario a largo plazo.
c) Quimioprofilaxis con dosis-única, tomada inmediatamente después del coito.
d) No es útil conocer el antibiograma para realizar la quimiprofilaxis.

75.- Una mujer de 54 años de edad, trabajadora social, refiere que desde hace dos años presenta fatiga intensa, dolores musculares generalizados e inespecíficos, artralgias, insomnio recurrente, disminución de concentración en su trabajo y "calambres musculares ocasionales". Le han visto numerosos médicos habiendo descartado, con alta fiabilidad patología médica, depresión mayor, esquizofrenia o cualquier otra enfermedad sustancial. ¿cuál de las siguientes respuestas es cierta en la posible enfermedad de la paciente?

a) Probablemente la enferma no tenga antecedentes en la infancia, alteraciones por estrés social ni falta de apoyo personal.
b) Para ayudar a la enferma y disminuir los síntomas genuinos, no debemos reconocer el impacto de los mismos en el funcionamiento diario de la persona.
c) La recuperación completa de la enfermedad a largo plazo es frecuente sin tratamiento.
d) Las terapias no farmacológicas pueden ser extremadamente útiles en este tipo de paciente, entre ellas la terapia de ejercicio graduado aeróbico.

76.- Un varón de 34 años acude a urgencias por tos, sensación de falta de aire y edemas considerables localizados en cara, parpados y mano derecha. Es la tercera vez que acude al hospital en los últimos 4 meses, una de las veces por dolor abdominal. Desde hace varios años le ha ocurrido en diversas ocasiones. Así mismo dice que ha estado en tratamiento con antihistamínicos y ocasionalmente con corticoides. Niega ingesta de alimentos sospechosos y no toma medicamentos. Las lesiones edematosas no son, ni han sido nunca, dolorosas ni pruriginosas. No da tiempo a preguntarle más porque el enfermo empeora de su disnea y se plantea la intubación o una traqueotomía. Mientras tanto, ¿cuál sería el tratamiento más adecuado en esta situación?

a) Adrenalina racémica administrada en la vía respiratoria por nebulización y mediante inyecciones intramusculares (0,2-0,3 ml al 1:1.000 a intervalos de 20-30 min).
b) Adrenalina como en la respuesta anterior y metilprednisolona en pulsos a dosis elevadas.



c) Dos unidades de plasma fresco congelado.
d) Icatibant 30 mg subcutánea.

77.- Indique la asociación más adecuada de las inmunodeficiencias siguientes.

a) Defecto de adhesión leucocitaria: infecciones cutáneas graves y fenómenos autoinmunidad.
b) Inmunodeficiencia común variable: infecciones de repetición por bacterias encapsuladas.
c) Déficit del complemento: infecciones por virus y bacterias catalasa positivas.
d) Déficit de la fagocitosis: infecciones de víricas de repetición y salmonelosis.

78.- De los siguientes principios de tratamiento de la infección por vih¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?

a) El cociente de linfocitos T CD4/linfocitos T CD8 indica el grado de competencia del sistema inmunitario en ese momento.
b) Las mujeres deben recibir el tratamiento antirretroviral óptimo sin importar el grado de gestación.
c) Las concentraciones plasmáticas de RNA del VIH indican la magnitud de la replicación y la tasa de destrucción de linfocitos T CD4.
d) La cantidad de fármacos disponible es limitada. Cualquier decisión sobre el tratamiento antirretroviral repercute en las opciones futuras para el paciente.

79.- ¿En cuál de las siguientes formas de transmisión de la infección por VIH es la menos probable que ocurra?

a) Pinchazo percutáneo en trabajador sanitario.
b) Coito anal insertivo.
c) Sexo oral insertivo o receptivo.
d) Compartir juguetes sexuales.

80.- Un hombre de 24 años de edad acude a consultas por disuria y quemazón en el meato uretral con presencia de una secreción blanquecina, que sale a través del meato desde hace tres días. El paciente ha tenido una relación sexual reciente sin protección. ¿cuál de las siguientes respuestas es FALSA?

a) La tinción de Gram del exudado uretral es una prueba diagnóstica rápida y simple para documentar tanto la uretritis como la presencia o ausencia de infección gonocócica.
b) Se realizará tratamiento empírico con ceftriaxona intramuscular y azitromicina vía oral en dosis únicas, en espera de los resultados microbiológicos.
c) Si se ha aislado *Neisseria gonorrhoeae*, dado que cada vez hay más resistencias bacterianas al tratamiento, se deben realizar pruebas a las 3 semanas para confirmar la curación.
d) Cabe esperar que la azitromicina cure la mayoría de los casos de uretritis no gonocócicas.

81.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA respecto al diagnóstico de sífilis?

a) La RPR es un test cardiolipídico que tiene una sensibilidad de 95-98% para el diagnóstico de la sífilis primaria.
b) La tinción mediante inmunofluorescencia directa de extensiones fijadas es más apropiada que la microscopia de campo oscuro para examinar las lesiones cutáneas húmedas.
c) Las pruebas treponémicas es posible que sean las únicas pruebas positivas en pacientes con sífilis cardiovascular o neurológica.
d) El RPR o el VDRL aunque son útiles para el diagnóstico de sífilis no lo son para monitorizar la respuesta terapéutica.

82.- Un hombre de 51 años es llevado a urgencias porque ha sido encontrado en su casa bradipsíquico, tiritando, con tª 35,6, sudoroso. Refieren que desde el día anterior se quejaba de polaquiuria y disuria. Entre los antecedentes destaca que es diabético, tratado en tratamiento con antidiabéticos orales, e hipertenso para lo que toma un IECA. En la exploración se observa un paciente con tendencia al sueño, aunque responde a las preguntas sencillas, sin focalidad neurológica. La temperatura se mantiene en 35,6º, frecuencia cardiaca de 118 latidos/min, TA 84/50 mm Hg, frecuencia respiratoria 22 respiraciones/min, relleno capilar >2 segundos; el abdomen parece doloroso en hipogastrio y en fosa renal dcha. Sin signos de irritación peritoneal. Marque la respuesta INCORRECTA.

a) Posiblemente se trate de un shock séptico, aunque no sepamos que tenga una hipotensión refractaria, dado que hay que esperar la respuesta de su hipotensión a la administración de líquidos intavenosos.
b) La dopamina es el fármaco vasopresor de elección para el shock séptico.
c) Entre las pruebas complementarias destaca un lactato >5,6 mmol/l (0.5-2.2 mmol/l); esto nos indica que el paciente tiene una inadecuada perfusión tisular en ese momento.
d) La administración precoz de fluidos iv a dosis de 30 ml/kg/ de salino al 0,9% es esencial para mantener una adecuada perfusión tisular, siendo la meta conseguir mantener una presión arterial media >65 mm hg o una TAS por encima de 90 mm hg.

83.- Entre el 20-35% con septicemia grave y entre el 40-60% de ellos que se encuentran en shock séptico fallecen en el primer mes de seguimiento. Se han utilizado diferentes tratamientos para intentar reducir dicha mortalidad. ¿cuál de las alternativas siguientes es cierta en los pacientes con shock séptico?

a) La administración de bicarbonato cuando el pH es menor de 7,2 mejora la hemodinámica.
b) La administración de inmunoglobulinas ha demostrado mejorar la morbilidad.
c) La eritropoyetina es de utilidad en el shock séptico con anemias graves (HGB < 7).
d) La hidrocortisona acelera la recuperación del shock séptico sin prolongar la supervivencia.

84.- Una de las siguientes consideraciones generales para el uso de medicamentos en el anciano no es cierta.

a) El aclaramiento de fármacos eliminados por los riñones puede reducirse en un 50%.
b) Los fármacos eliminados principalmente por el hígado suelen precisar un ajuste de la dosis por la edad.



c) Debido a la posibilidad de un aumento de la sensibilidad del órgano diana en ancianos, solo debe usarse la dosis mínima eficaz
d) Como su masa muscular es menor y tienen más grasa respecto al peso corporal total, son más sensibles a los efectos de los fármacos hidrosolubles y sufren efectos prolongados de los liposolubles.

85.- Un varón de 78 años es atendido en urgencias por síndrome confusional agudo de 24 horas de evolución. No tiene antecedentes de interés salvo fibrilación auricular en tratamiento con acenocumarol y ocasionalmente toma AINES por artrosis de cadera derecha. La historia clínica es anodina destacando que no tenía clínica urinaria, no había habido episodios de atragantamiento ni datos epidemiológicos de infección. En la exploración destaca: un paciente que intenta colaborar, pero con dato de fabulación y desorientación. Tª 36.5ºc; TA 120/mm Hg, FC 95 X', FR 20 X´. Sat de O2: 89%. En la analítica solo es relevante 10.200 leucocitos (85% polimorfonucleares). En la Rx de tórax se aprecia condensación en LID y dudoso el LMD. ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?

a) La neumonía en el anciano tiene una incidencia semejante a la de los individuos de edad media.
b) Los gérmenes habitualmente implicados en este caso serían el *streptocccus peumoniae*, y bacterias anaerobias y bacilos entéricos gram (-).
c) El tratamiento de elección en este caso es una cefalosporina de tercera generación.
d) No hay clara evidencia de que, en pacientes ancianos, la vacunación contra la gripe y la administración de vacuna neumocócica polisacárida baje la mortalidad.

86.- Varón de 29 años de edad con antecedentes de ulceras orales de repetición menores de 1 cm relacionados con dudosa alergia a frutos secos. Desde hace varios años refiere episodios de dificultad para deglutir, a veces incluso saliva, acompañado, en ocasiones, de dolor retroesternal atípico que se han resuelto espontáneamente en menos de ½ hora. En otras ocasiones ha presentado pirosis, náuseas y vómitos. Nunca ha querido realizarse gastroscopia y ha tomado innumerables veces inhibidores de la bomba de protones con resultados variables. Acude a urgencias refiriendo sensación de detención de alimentos a nivel retroesternal con práctica incapacidad para deglutir su propia saliva, que han cedido de forma espontánea en pocos minutos. ¿cuál de los siguientes es el diagnóstico más probable?

a) Acalasia.
b) Esófago de Barret.
c) Esofagitis eosinófila.
d) Anillo esofágico distal (Schazki).

87.- Ingresa un varón en urgencias por hematemesis de 3 horas de evolución. Entre los antecedentes destaca una historia de dolor recurrente epigástrico tratado de forma intermitente con inhibidores de la bomba de protones. En las 2 últimas semanas y por inflamación en rodilla izquierda ha estado tomando AINES. Al ingreso el paciente está sudoroso, con sensación de mareo (ha intentado levantarse y ha estado a punto de caerse); no sabe la cantidad de hematemesis, pero asegura que mucho, trae una sábana empapada de sangre. El paciente esta sudoroso, frio, tas de 95, fc 120 x'. Sat o2 94%. Fr 16 x'. Pendiente de analítica ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a) La endoscopia se debe de realizar inmediatamente.
b) En estas situaciones, tanto en intensivos como urgencias la administración de altas dosis de inhibidores de la bomba de protones (IBP) ha demostrado disminuir la mortalidad.
c) En estas situaciones, tanto en intensivos como urgencias la administración de altas dosis de IBP ha demostrado disminuir el número de transfusiones y la necesidad de cirugía
d) La mejor forma de practicar la endoscopia en este caso, sería cuando el paciente estuviera con la TAS >100 mm hg, frecuencia cardíaca <100 x' e ingresado en intensivos.

88.- Un paciente con colitis ulcerosa es remitido a consultas para su valoración previa antes de comenzar con tratamiento anti-TNF, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA respecto a la utilización de estos fármacos en esta enfermedad?

a) Es esencial la realización de una prueba tuberculínica y una radiografía de tórax antes de iniciar el tratamiento, y si es positiva hacer tratamiento profiláctico antituberculoso.
b) Se debe evaluar el estado en cuanto a la hepatitis B y vacunar antes del tratamiento si fuera necesario.
c) Los anti-TNF solo están indicados para la inducción de la remisión en las formas moderadas o graves de la enfermedad.
d) Pueden exacerbar los síntomas de insuficiencia cardíaca en pacientes grado II-IV de la NYHA.

89.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el riesgo de cronificación de los virus que causan hepatitis viral aguda es CORRECTA?

a) Hepatitis B: entre el 5-10%.
b) Hepatitis C: entre el 30 y 40%.
c) Hepatitis D: en el 90% en casos de sobreinfección.
d) Hepatitis E: con frecuencia en pacientes inmunodeprimidos.

90.- **Un paciente de 67 años diagnosticado de cirrosis hepática, ingresa en el hospital por un cuadro clínico de 5 días de evolución con malestar general, anorexia, fiebre de 37,6ºc, distensión abdominal progresiva y en las últimas horas enlentecimiento cerebral. En la exploración destaca asterixis ligera y ascitis moderada. Entre otras pruebas se realiza paracentesis diagnóstica con líquido ligeramente turbio, LDH normal, glucosa 100 mg/dl y 500 células (con 60% de PMN, 40% de linfocitos). La creatinina en plasma es 1,2 mg/dl ¿Cuál de las opciones siguientes es las más apropiada en este paciente en este momento?**

a) Tratamiento con cefalosporina de tercera generación (cefotaxima o ceftriaxona) y albúmina intravenosa de forma inmediata.
b) Paracentesis evacuadora y reposición de albúmina.
c) Tratamiento con una cefalosporina de tercera generación más las medidas de soporte generales.
d) Lactulosa y administrar la albúmina.

91.- **Una paciente de 56 años de edad con cirrosis alcohólica de larga evolución ingresa en el hospital por segunda vez en 10 días por deterioro general y aumento del perímetro abdominal de rápida evolución. La atención en urgencias previa fue por disnea que fue achacada a ascitis por lo que le realizaron una paracentesis evacuadora de 6 litros, mejorando la clínica y enviada a su domicilio. La creatinina plasmática en el ingreso previo fue de 1,1 mg/dl. En el momento actual tiene molestias abdominales inespecíficas con ascitis a tensión. La paciente niega aumento de las dosis de espirolactona, fiebre, sangrado, ingesta de fármacos ni ninguna otra causa aparente de descompensacion. La TA es de 120/80 mm hg. En la analítica actual llama la atencion: Na 123 meq/l, creatinina plasmática 2,4 mg/dl. Sedimento urinario: sin alteraciones significativas. Paracentesis sin sospecha de peritonitis bacteriana. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es la más CORRECTA en nuestro medio?**

a) El tratamiento debería basarse en la administración de vasopresina más albúmina.
b) El tratamiento debería basarse en la administración de terlipresina más albúmina.
c) La mortalidad de esta situación está en torno al 20% en la primera semana.
d) La causa más probable de la enfermedad sea un shock hipovolémico encubierto.

92.- **De las siguientes afirmaciones respecto a la anorexia nerviosa ¿Cuál de ellas es FALSA?**

a) En pacientes no tratados la mortalidad alcanza el 5/1000.
b) Es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes.
c) Se debe incrementar relativamente rápido el peso para evitar el síndrome de realimentación.
d) Dentro de los efectos endocrinos se encuentra la hipercortisolemia.

93.- **Una mujer de 57 años presenta disnea de esfuerzos de 5 meses de evolución, estando en el momento actual con disnea moderada. ¿cuál de los siguientes resultados es compatible con miastenia gravis? Nota: TLC (capacidad pulmonar total); RV: volumen residual; FVC: capacidad vital forzada; FEV: volumen respiratorio forzado en 1 segundo; RAW: resistencia de las vías respiratorias.**

a) TLC: 75%; FEV1/FCV: normal; RV: 120%; RAW: 1.
b) TLC: 60%; FEV 1/ FCV: normal: RV: 60%; RAW: 1.
c) TLC: 95%; FEV 1/ FCV: normal. RV: 100%. RAW: 1.
d) TLC:120%; FEV 1/ FCV: bajo.

94.- En ciertas enfermedades intersticiales el análisis microscópico del lavado broncoalveolar (BAL) es útil para la orientación diagnóstica. ¿cuál de las siguientes asociaciones es CORRECTA respecto al BAL?

a) Neumonitis por hipersensibilidad: linfocitosis intensa (>50%).
b) Sarcoidosis: linfocitosis con cociente CD4/CD8 >2,5.
c) Proteinosis alveolar: neumocitos tipo II hiperplásicos atípicos.
d) Neumonía organizativa: material alveolar positivo por la tinción con ácido periódico de Schiff.

95.- Una mujer de 56 años acude al hospital por disnea, fundamentalmente al ejercicio, de 1 año de evolución. Hace unos años presentó molestias articulares acudiendo a un reumatólogo que le recetó corticoides y AINES durante unos meses cediendo el cuadro clínico sin saber el diagnóstico, así mismo le ha visto un oftalmólogo por sequedad en los ojos. La exploración demuestra crepitantes bilaterales en ambas bases. Las pruebas de función respiratoria son sugestivas de restricción pulmonar. ¿qué esperaría ver en el TAC?

a) Consolidación parcheada subpleural o peribronquial con o sin nódulos.
b) Nódulos centrolobulillares difusos, en vidrio esmerilado, engrosamiento de paredes septales broncovasculares y quistes de pared fina.
c) Reticulación subpleural basal periférica con panalización, bronquiectasias por tracción.
d) Atenuación en vidrio esmerilado periférica, basal, subpleural y simétrica con líneas irregulares y consolidación; conservación subpleural.

96.- La hipertensión pulmonar grupo IV o hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HPTEC) constituye un subgrupo frecuente con todas las siguientes características excepto una. Señálela.

a) La HPTEC se debe a una obstrucción crónica de las arterias pulmonares principales tras una embolia pulmonar, siendo una complicación a largo plazo de las embolias pulmonares.
b) El TAC representa la principal herramienta para el diagnóstico de la enfermedad.
c) Existen factores de riesgo que favorecen esta enfermedad tales como la esplenectomía y la enfermedad intestinal inflamatoria.
d) El tratamiento de elección de la HPTEC es la cirugía.

97.- ¿Cuál de los siguientes marcadores se utiliza para monitorizar la respuesta inmunológica al tratamiento del VIH?

a) El recuento de linfocitos T CD4+ en sangre periférica
b) IL-6
c) Dímero D
d) sCD14

98.- Las infecciones bacterianas recurrentes, con frecuencia por microorganismos como Streptococcus pneumoniae y Haemophilus influenzae, pueden estar causadas por:

a) Deficiencias de anticuerpos
b) Alteraciones de la función fagocítica
c) Déficits de los componentes del complemento
d) Defectos de la inmunidad celular

99.- Una mujer de 84 años consultó por cefalea intensa de varias semanas de evolución y que ha empeorado. No ha tenido aura visual, pero refiere pérdida intermitente de visión en el ojo izquierdo durante los últimos días. Además, presenta dolor mandibular al masticar. Sus antecedentes incluyen cardiopatía isquémica tratada mediante implante de un stent a los 74 años, diabetes mellitus, hiperlipidemia y depresión leve. ¿Cuál sería su decisión?

a) Ácido acetilsalicílico 975 mg por vía oral al día.
b) Determinación de la velocidad de sedimentación globular.
c) Inicio inmediato del tratamiento con glucocorticoides.
d) Derivación para realizar una biopsia de la arteria temporal.

100.- Una mujer de 60 años con esclerodermia de larga evolución (fenómeno de Raynaud, afectación cutánea difusa y fibrosis pulmonar) acudió a consulta por pérdida de peso de aparición reciente. También refiere dolor hipogástrico progresivo, distensión abdominal y diarrea. Niega pirosis o disfagia y no ha presentado melena ni hematoquecia. ¿Cuál de los siguientes mecanismos relacionados con la esclerodermia podría estar contribuyendo a sus síntomas?

a) Ectasia vascular del antro gástrico.
b) Enfermedad por reflujo gastroesofágico.
c) Sobrecrecimiento bacteriano.
d) Metaplasia de Barrett.

101.- Una mujer de 32 años con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico de larga evolución fue valorada por su reumatólogo. En la exploración se auscultó un nuevo soplo cardiaco y se solicitó un ecocardiograma. La paciente se siente bien y no tiene fiebre, pérdida de peso ni enfermedad cardiaca preexistente. Se demostró la presencia de una vegetación en la válvula mitral. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera?

a) Es poco probable que los hemocultivos sean positivos.
b) Se ha demostrado que el tratamiento con glucocorticoides mejora esta afección.
c) Con frecuencia se presenta pericarditis concomitante.
d) La lesión tiene un riesgo bajo de embolia.

102.- Una mujer de 19 años consulta por episodios recurrentes de fiebre desde hace varios años, acompañados de dolor abdominal y mialgias intensas tras el ejercicio. Los hemocultivos son repetidamente negativos y los ANA son negativos. ¿Qué fármaco reduciría las crisis y ayudaría a prevenir la amiloidosis sistémica?

a) Colchicina
b) Ciclosporina
c) Prednisona
d) Rituximab

103.- En el caso clínico de una fascitis, ¿cuál es la prueba que facilita el diagnóstico?

a) Resonancia magnética nuclear
b) Electromiograma
c) Ecografía
d) Determinación de creatina cinasa

104.- Una mujer de 54 años presenta debilidad y fatiga que empeoran con el uso repetido de los músculos y al final del día, y puede mejorar con el reposo o el sueño. Presenta diplopía y ptosis. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

a) Síndrome miasténico de Lambert-Eaton
b) Miastenia gravis
c) Distrofia oculofaríngea
d) Síndrome de Kearns-Sayre

105.- Un paciente de 75 años ingresado por neumonía recibe antibióticos e ibuprofeno intravenoso a dosis altas. Al tercer día desarrolla máculas y pápulas eritematosas pruriginosas de predominio en el tronco. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

a) Psoriasis
b) Dermatitis herpetiforme
c) Exantema por fármacos
d) Dermatitis seborreica

106.- Una paciente de 48 años presenta eritema violáceo periorbitario bilateral, pápulas eritematosas planas sobre las articulaciones de las manos y telangiectasias periungueales. ¿Cuál es la patología más probable?

a) Dermatomiositis
b) Lupus eritematoso sistémico
c) Esclerodermia
d) Dermatitis herpetiforme

107.- Identifique el signo o síntoma que NO forma parte de los criterios diagnósticos de encefalomielitis miálgica/síndrome de fatiga crónica según el Institute of Medicine (2015).

a) Duración menos de 6 meses
b) Fatiga profunda que no mejora con el reposo
c) Deterioro cognitivo
d) Intolerancia ortostática

108.- En el cuadro clínico de COVID persistente o prolongado, señale el síntoma más frecuente.

a) Disnea de esfuerzo
b) Fatiga
c) Intolerancia ortostática
d) Taquicardia postural

109.- Un hombre de 45 años presenta artritis gotosa y se planifica iniciar tratamiento con alopurinol. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a) El alopurinol y la azatioprina se usan con frecuencia en combinación.
b) La dosis de alopurinol debe ajustarse según la función hepática.
c) La dosis de alopurinol debe ajustarse para alcanzar concentraciones séricas de ácido úrico < 6 mg/dL.
d) Debe evitarse el alopurinol cuando los pacientes estén tomando colchicina.

110.- Una paciente de 56 años con déficit crónico de vitamina D presenta hipocalcemia sintomática con parestesias, entumecimiento y convulsiones. ¿Qué alteración asociada debe sospecharse?

a) Hipomagnesemia
b) Hipofosfatemia
c) Hiperfosfatemia
d) Hipercalcemia

111.- Un paciente de 70 años consulta por insuficiencia cardíaca congestiva. No presenta diabetes ni lesiones cutáneas. En una ecografía cardíaca de un paciente se observa la cavidad ventricular izquierda de tamaño normal con engrosamiento de las paredes ventriculares y agrandamiento biauricular. Señale la causa más probable:

a) Amiloidosis cardíaca
b) Enfermedad de Fabry
c) Miocardiopatias mitocondriales
d) Pericarditis constrictiva

112.- Identificar el tipo de amiloidosis que, a menudo, se presenta como primera manifestación, el síndrome del túnel del carpo, y también muestra derrame articular persistente, espondiloartropatías o lesiones óseas quísticas.

a) Aβ2M resulta del plegamiento inapropiado de la β2-microglobulina
b) Compuesto por proteínas séricas de amiloide A (SAA) reactivas de fase aguda de la inflamación, AA
c) Compuesto por cadenas ligeras (LC, light chains) AL de las inmunoglobulinas
d) Mutaciones en la Transtiretina

113.- ¿Cuál de los siguientes tipos tumorales forma parte del grupo de los carcinomas de origen desconocido (CUP)?

a) Linfomas
b) Cánceres epiteliales
c) Melanomas
d) Sarcomas

114.- Identificar el tumor que puede presentar TROMBOCITOSIS como síndrome paraneoplásico:

a) Cáncer renal,
b) Hepatocarcinoma,
c) Hemangioblastoma cerebeloso
d) Cáncer de mama

115.- Un paciente de 60 años presenta fotosensibilidad, pérdida progresiva de la vista y de la percepción del color, escotomas centrales o anulares y nictalopía (ceguera nocturna). ¿Este tipo de clínica a qué tipo de tumor se asocia?

a) Carcinoma pulmonar microcítico
b) Carcinoma epitelial de ovario
c) Adenocarcinoma de colon
d) Linfoma No Hodgkin

116.- ¿Cuál de las siguientes entidades NO se asocia clásicamente a neuropatía por paraproteinemia?

a) Mieloma Múltiple
b) Macroglobulinemia de Waldenström
c) Síndrome POEMS
d) Cáncer de mama

117.- Una paciente de 34 años está en estudio por una hipercalcemia con concentraciones de la hormona paratiroidea (PTH) elevadas. Entre las siguientes patologías elija la causa más probable:

a) Cáncer,
b) Vitamina D
c) Recambio óseo elevado
d) Hiperparatiroidismo primario

118.- La hipercalcemia produce los siguientes signos o síntomas, EXCEPTO:

a) Depresión
b) Diarrea
c) Defectos tubulares renales reversibles
d) Acortamiento del intervalo QT en el electrocardiograma

119.- En una paciente de 52 años se detecta una concentración de calcio <2,1 mM/L (8,5 mg/dL) con una concentración de albumina normal. Señale la manifestación clínica que NO espera que presente la paciente:

a) Signo de Chvostek (Gesticulación facial)
b) Convulsiones
c) Espasmo laríngeo
d) Cálculos renales de calcio

120.- ¿Cuál es el mecanismo responsable del aumento de la 1,25-dihidroxivitamina D en la sarcoidosis?

a) 1,25-dihidroxivitamina D (1,25(OH)2 D)
b) Hormona Paratiroidea
c) Péptido relacionado con la hormona paratiroidea (PTHrP)
d) Calcitonina

121.- Una mujer de 26 años que acudió a consulta refiriendo fatiga, debilidad difusa y calambres musculares. Niega el consumo de tabaco, alcohol o fármacos ilegales. La exploración física muestra una presión arterial normal. El índice de masa corporal fue de 18 kg por metro cuadrado. La exploración de la cavidad bucal muestra dentición en mal estado. En la analítica, se identifica un potasio sérico de 2,7 meq/L y aumento del bicarbonato sódico. Entre las siguientes causas, identifique la causa menos probable.

a) Vómito
b) Consumo de tiazidas
c) Hipomagnesemia
d) Consumo de opioides

122.- ¿Cuál de los siguientes antihipertensivos NO puede mantenerse durante el estudio del hiperaldosteronismo primario?

a) Enalapril
b) Verapamilo,
c) α bloqueadores
d) Dosis bajas de amilorida.

123.- ¿Cuál de los siguientes factores, es el principal factor de riesgo para arritmias auriculares y ventriculares?

a) Hipopotasemia
b) Hiperpotasemia
c) Hiponatremia
d) Hipernatremia

124.- En el periodo inmediato posterior a la esplenectomía ¿Qué alteración hematológica puede aparecer?

a) Anemia
b) Trombocitosis
c) Leucopenia
d) Poliglobulia

125.- Cuando se realiza una esplenectomía incrementa la susceptibilidad a las infecciones bacterianas. Identifica el microorganismo MÁS frecuente observado en las infecciones graves de los pacientes sin bazo:

a) *Streptococcus pneumoniae*
b) *Haemophilus influenzae*
c) *Neisseria meningitidis*
d) *Escherichia coli*

126.- Una paciente de 67 años presenta adenopatías generalizadas. ¿Cuál de las siguientes patologías NO presenta adenopatías generalizadas?

a) Tiroiditis subaguda
b) Citomegalovirus
c) Epstein-Barr
d) Linfoma

127.- Un paciente de 28 años ha sufrido un accidente de moto, y ha perdido más de 2 L de sangre. De los siguientes signos ¿Cuál es un signo de gravedad?

a) Palidez conjuntival
b) Presión arterial sistólica <80 mmHg
c) Presión arterial sistólica <120 mmHg

d) Frecuencia cardíaca de 90 pulsaciones por minuto

128.- Una paciente de 70 años presenta una Hemoglobina de 8 g/dL, Volumen corpuscular medio de 90 fl, Haptoglobina indetectable y bilirrubina indirecta elevada. ¿Cuál es la sospecha diagnóstica?

a) Anemia ferropénica
b) Anemia por déficit de vitamina B12
c) Anemia hemolítica
d) Anemia por déficit de folato

129.- Un paciente de 60 años presenta una hemoglobina de 7,5 g/dL, y un Volumen Corpuscular Medio de 73 fl. ¿Cuál de las siguientes pruebas complementarias es la más útil entre las propuestas?"

a) Test de sangre oculta en heces
b) Haptoglobina
c) Vitamina B12
d) Folato

130.- ¿En cuál de las siguientes situaciones NO está indicado el examen de médula ósea?

a) Células inmaduras circulantes (p. ej., blastos)
b) Pancitopenia grave
c) Hemoglobina <7g/dL
d) Recuento de reticulocitos muy bajo (< 0.1%)

131.- En la leucemia mielomonocítica crónica se puede producir una nefropatía. Entre las siguientes causas, identifique la causa más probable:

a) Inmunoglobulina M
b) Lisozima
c) Inmunoglobulina G
d) Inmunoglobulina A

132.- En una paciente de 45 años que presenta una vasculitis con ANCA positivos. ¿Qué tipo de lesión renal se debe sospechar?

a) Nefritis intersticial
b) Glomerulonefritis aguda
c) Glomerulonefritis de rápida progresión
d) Depósitos de IgA

133.- ¿Qué alteración espera encontrar en un paciente de 52 años que presenta un síndrome nefrótico?

a) Concentraciones elevadas de colesterol de las lipoproteínas de baja densidad
b) Concentraciones elevadas de colesterol de las lipoproteinas de alta densidad
c) Hipomagnesemia
d) Hipercalcemia

134.- Entre los siguientes factores de riesgo de nefropatía crónica, identifique el factor que constituye un factor de fallo renal agudo:_

a) Diabetes
b) Lupus eritematoso sistémico
c) Inmunoterapia del cáncer
d) Obstrucción por cálculos ureterales bilaterales

135.- ¿Qué variable analítica define la lesión renal aguda (AKI, acute kidney injury)?

a) El aumento en las concentraciones séricas de creatinina al menos de 0,3 mg/100 mL en 48 h
b) El aumento de microalbuminuria
c) El aumento de un 30% de la concentración de creatinina basal en el periodo de un mes
d) El aumento del doble del nitrógeno uréico

136.- Entre las siguientes causas, identifique la causa que puede producir hipotensión por disminución del volumen intravascular y descenso del gasto cardíaco:

a) Pancreatitis grave,
b) Insuficiencia suprarrenal,
c) Tirotoxicosis
d) Poliuria

137.- ¿Cuál es la complicación aguda más frecuente en la hemodialisis?

a) Reacciones anafilactoides al dializador
b) Hemorragia en el sitio de acceso
c) Hipertensión arterial
d) Hipotensión arterial

138.- En la enfermedad renal crónica en etapa V, la tasa de filtración glomerular es inferior al siguiente nivel:

a) 90 mL/min/1.73 m2
b) 60 mL/min/1.73 m2
c) 25 mL/min/1.73 m2
d) 15 mL/min/1.73 m2

139.- ¿Cuál es el diagnóstico si en una radiografía se identifica lesiones de osteodistrofia renal?

a) Insuficiencia renal aguda
b) Glomerulonefritis
c) Nefropatía terminal
d) Nefritis

140.- Un hombre de 53 años presenta de forma progresiva debilidad y dolor en las piernas y pérdida de 10 kg de peso en 3 meses. El dolor no aparece en reposo ni empeora por la noche. El valor de la hemoglobina glicosilada es de 14% (normal <5,6%). La RMN de la región lumbar muestra una pequeña protrusión del disco subarticular en el nivel L5–S1 del lado derecho, que está causando un contacto mínimo con la raíz nerviosa S1 derecha descendente, sin estenosis significativa del canal espinal. Los hallazgos electrofisiológicos son consistentes con una lesión del plexo lumbar y sacro bilateral asimétrica grave, subaguda, con reinervación incompleta. ¿Cuál sería su diagnóstico?

a) Diabetes con radiculopatía con implicación del plexo lumbar y sacro
b) Diabetes con neuropatía autónoma
c) Diabetes con polineuropatía distal simétrica
d) Neuropatía diabética dolorosa

141.- Indique que característica NO apoya la determinación de autoanticuerpos contra las células de los islotes (ICA, islet cell autoantibodies)

a) Edad de inicio de la diabetes > 35 años
b) Cetoacidosis
c) Enfermedad celíaca
d) Normopeso

142.- ¿Cuál de los siguientes criterios permite el diagnóstico de prediabetes?:

a) Hemoglobina A1c <5,6%
b) Hemoglobina A1c 5,7 a 6,4%
c) Hemoglobina A1c >6,5%
d) Hemoglobina A1c >7%

143.- ¿Cuál de las siguientes pruebas se recomienda para el cribado de diabetes mellitus tipo 2 entre las siguientes opciones?

a) Determinación de Glucosa plasmática en ayunas
b) Determinación de Glucosa plasmática, de forma aleatoria (que no importa el tiempo transcurrido desde la última comida)
c) Prueba de tolerancia oral a la glucosa (OGTT)
d) Determinación de glucosa plasmática (PG, plasma glucose) 2 h después de una prueba de tolerancia a la glucosa

144.- Entre los siguientes síntomas o signos, identifique el que NO se presenta en la intolerancia ortostática:

a) Mareo
b) Debilidad ortostática
c) Episodios sincopales
d) Hipertensión arterial

145.- ¿Cuál de los siguientes signos permite el diagnóstico de síndrome de taquicardia postural ortostática (POTS)?

a) Con el ortostatismo, la frecuencia cardíaca incrementa a 120 latidos por minuto
b) Con el reposo, la frecuencia cardíaca incrementa a 120 latidos por minuto
c) Con el esfuerzo, la frecuencia cardíaca aumenta a 120 latidos por minuto
d) Con el ortostatismo, la presión arterial sistólica disminuye al menos 20 mmHg

146.- Un hombre de 63 años de edad con antecedente de diabetes e infarto miocardio, ingresó en la unidad de cuidados intensivos por un cuadro de septicemia debida a neumonía neumocócica con bacteriemia. Se inició tratamiento con antibióticos, pero al principio necesitó dosis altas de norepinefrina y líquidos para estabilizar la presión arterial. En las últimas 2 h, el paciente ha tenido dolor abdominal cada vez más intenso, distensión y heces sanguinolentas. La exploración física mostró una presión arterial de 100/50 mmHg, frecuencia cardiaca regular de 100 latidos/min, frecuencia respiratoria de 22 respiraciones/min (rpm) y saturación de oxígeno de 93%. A la palpación abdominal superficial se desencadena dolor difuso y el dolor aumenta al retirar la mano del abdomen. En la auscultación no se escuchan ruidos intestinales. Una radiografía abdominal muestra múltiples niveles hidroaéreos en el intestino delgado. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

a) Embolia arterial
b) Colitis por Clostridioides difficile
c) Enfermedad inflamatoria intestinal
d) Isquemia mesentérica no oclusiva

147.- Una paciente de 45 años consulta por dolor abdominal difuso de varias horas de evolución y se acompaña de fiebre de 38ºC. ¿Qué signo clínico de los siguientes ayuda al diagnóstico de peritonitis?

a) Dolor que se intensifica con la presión manual abdominal
b) Dolor que incrementa con la descompresión manual abdominal
c) Dolor que no varía con la palpación abdominal
d) Dolor que mejora con el movimiento del paciente

148.- ¿Cuál de las siguientes es la causa más frecuente de obstrucción intestinal aguda?

a) Neoplasias
b) Hernias internas o externas
c) Enfermedad intestinal inflamatoria
d) Adherencias postoperatorias

149.- En un paciente hombre de 78 años que presenta dificultad para iniciar la deglución, reflujo nasal y tos. ¿Qué tipo de disfagia presenta el paciente?

a) Anillo de Schatzki
b) Estenosis esofágicas
c) Disfagia de transferencia
d) Cáncer epidermoide temprano

150.- Un hombre de 64 años de edad con un prolongado antecedente de dolor abdominal, pirosis y dispepsia. Se somete a esofagogastroduodenoscopia para valoración de enfermedad por úlcera péptica. Se identifican lengüetas eritematosas de mucosa que se extienden en dirección proximal desde la unión gastroesofágica hacia el esófago. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

a) Esofagitis péptica,
b) Estenosis péptica,
c) Metaplasia de Barrett
d) Adenocarcinoma

151.- En la esclerodermia, se puede producir disfagia. ¿Cuál es la posible fisiopatología?

a) Hipotonía del esfínter esofágico inferior con ausencia de peristalsis esofágica.
b) Alteración de la relajación del esfínter esofágico superior
c) Estenosis esofágica
d) Disfagia estructural

152.- Una paciente de 64 años refiere que presenta ronquera y voz monótona desde hace unos meses. Desde hace unos días, se ha añadido dificultad para la deglución de alimentos. ¿Cuál es la posible causa de la disfagia?

a) Una lesión esofágica
b) Una lesión en la boca
c) Una lesión en la laringe
d) Una lesión del nervio laríngeo

153.- Un paciente de 62 años consulta por cuadro de varias deposiciones diarias que flotan en el agua del retrete. También manifiesta que ha presentado dolor en manos y rodillas que han cedido con ibuprofeno, pérdida de 15 kg de peso, trastornos de la memoria reciente y fiebre 38ºC. Ante este cuadro clínico, se decide realizar una fibrogastroscopia con biopsia de duodeno. A continuación se describen varios tipos de lesiones del duodeno ¿Qué lesión le parece más probable encontrar en la biopsia de duodeno?

a) Dilatación de los vasos linfáticos
b) Aplanamiento de las vellosidades con hiperplasia de las criptas
c) Infiltrado de células mononucleares en la lámina propia
d) Macrófagos positivos para tinción con ácido peryódico de Schiff que contienen bacilos pequeños.

154.- Mujer de 67 años, que consulta por cuadro clínico caracterizado por numerosas deposiciones líquidas acuosas diarias, sin sangre ni moco, acompañadas de vómitos, dolor abdominal de tipo cólico y mal estado general, de 72 horas de evolución. De los siguientes diagnósticos, señale el más probable:

a) Enfermedad celíaca
b) Enfermedad de Crohn
c) Infección por Shigella
d) Infección por virus

155.- Paciente de 35 años refiere que desde los 22 años presenta episodios de distensión y dolor abdominal generalizado. La determinación de los IgA contra transglutaminasa tisular (TTG-IgA) es negativa y los antígenos HLADQ2 y DQ8 del locus de histocompatibilidad son negativos. Los síntomas desaparecen al seguir una dieta sin gluten y reaparecen tras la reintroducción de gluten. La fibrogastroscopia no mostro lesiones macroscópicas. La biopsia muestra:(1) - duodeno distal, biopsia endoscópica:- mucosa sin atrofia vellositaria, con cambios no específicos e incremento focal de linfocitos intraepiteliales; (enteritis linfocítica, Marsh I).(2) - duodeno, bulbo, biopsia endoscópica:- muestra mal orientada, con cambios morfológicos, compatibles con duodenitis crónica no específica.(3) - estómago, antro, biopsia endoscópica:- moderada gastritis crónica con signos de actividad leve.- sin signos de atrofia ni metaplasia intestinal.- no se identifican bacilos tipo Helicobacter pylori. Con los resultados de las lesiones ¿cuál será su sospecha diagnóstica?

a) Enfermedad celíaca
b) Enfermedad de Whipple
c) Sensibilidad al gluten no celíaca
d) gastroenteritis eosinófila,

156.- En el tratamiento con opiáceos aparece estreñimiento en el contexto de cuidados paliativo. Se plantea el tratamiento del estreñimiento, ¿cuál NO sería el tratamiento razonable para el estreñimiento de esta paciente?

a) Fibra dietética
b) Hidróxido de magnesio

c) Lactulosa
d) Macrogol

157.- Un hombre de 55 años de edad con consumo crónico conocido de alcohol, presenta dos episodios de hematemesis. En días recientes sufrió una caída y se lesionó una rodilla. Ha estado tomando ibuprofeno varias veces al día durante la última semana para controlar el dolor. Su hemoglobina inicial es de 10 g/ dLEl paciente recibe 2 L de líquidos intravenosos y se le somete a endoscopia de tubo digestivo alto. De las lesiones siguientes, ¿cuál es la lesión que tiene un riesgo más elevado de hemorragia recidivante?

a) Las úlceras con bases limpias
b) Las máculas pigmentadas planas que cubren la base de la úlcera
c) Los coágulos adherentes que cubren la base de la úlcera
d) Un tapón de fibrina que protruye por una pared vascular en la base de la úlcera (denominado coágulo centinela o vaso visible (estigma de alto riesgo de Forrest IIa)

158.- La colangiopancreaografia por resonancia magnética presenta ventajas sobre la colangiopancreatografía endoscópica retrógrada, EXCEPTO:

a) Adquisición más rápida de imágenes
b) Mayor sensibilidad para identificar lesiones de la ampolla de Vater
c) No conlleva riesgo de radiación ionizante
d) No conlleva riesgo de pancreatitis

159.- Un paciente de 75 años sin inmunodeficiencia, que consulta por cuadro de astenia y perdida de 9 kg en 2 meses. En la analítica, destacan concentraciones de bilirrubina total y directa normal, Alanina aminotransferasa (ALT) un poco elevada, Fosfatasa alcalina muy elevada y γ-glutamil transpeptidasa [gGT]) muy elevada. ¿Este patrón analítico a qué patología corresponde?

a) Hepatitis aguda
b) Hepatitis crónica
c) Colestasis crónica
d) Colestasis aguda

160.- Un hombre de 65 años de edad con cirrosis considerada secundaria a esteatohepatitis no alcohólica o esteatosis hepática metabólica (MASH, metabolic dysfunction–associated steatohepatitis), se presenta con alteración del estado mental. ¿Cuál es el punto fundamental del tratamiento de la encefalopatía hepática?

a) Rifaximina
b) Lactulosa
c) Neomicina
d) Metronidazol



161.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la hiperbilirrubinemia observada en pacientes con hemólisis es verdadera?

a) Las concentraciones de bilirrubina < 4 mg/dL implican disfunción vesicular o biliar concomitante.
b) La hemólisis por sí sola no suele originar una hiperbilirrubinemia sostenida superior a aproximadamente 4 mg/dL (68 µmol/L).
c) Por lo general se compone de 50% de bilirrubina conjugada y 50% no conjugada.
d) La hemólisis prolongada puede derivar directamente en el desarrollo de cirrosis.

162.- Un hombre de 42 años con cirrosis secundaria a hepatitis C y consumo crónico de alcohol presenta ascitis. ¿Cuál es el aspecto clave del tratamiento inicial de la ascitis?

a) Restricción hídrica a menos de 2 L/día.
b) Furosemida 40 mg/día.
c) Restricción de sodio a menos de 2 g/día.
d) Espironolactona 100 mg/día.

163.- Una mujer de 75 años con cáncer de pulmón no microcítico metastásico presenta hipotensión (73/52 mmHg), fatiga y disnea progresiva. En la exploración física se observa distensión yugular y ruidos cardíacos apagados. La radiografía de tórax muestra una silueta cardíaca aumentada de tamaño con aspecto de "botella de agua". ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

a) Taponamiento cardíaco.
b) Derrame pericárdico.
c) Derrame pleural.
d) Miocardiopatía.

164.- Paciente de 89 años que presenta un episodio sincopal en reposo. ¿Cuál de los siguientes NO constituye un signo de alto riesgo de episodios sincopales futuros o de daño grave?

a) Presión arterial sistólica < 90 mmHg de causa inexplicada.
b) Bradicardia persistente (< 40 lpm).
c) Soplo sistólico no diagnosticado.
d) Presencia de auras.

165.- Una mujer de 63 años presenta confusión y somnolencia. Los análisis muestran un calcio sérico total de 14 mg/dL. Entre las siguientes patologías, ¿cuál puede producir hipercalcemia mediante un mecanismo distinto de la elevación de la proteína relacionada con la PTH (PTHrP)?

a) Cáncer de mama.
b) Linfoma de células del manto.
c) Carcinoma epidermoide de pulmón.
d) Carcinoma epidermoide del seno filiforme.



166.- De las siguientes patologías, ¿cuál suele presentar un inicio clínico con manifestaciones más heterogéneas y variables?

a) Demencia vascular.
b) Demencia frontotemporal (FTD).
c) Enfermedad de Huntington (HD).
d) Enfermedad de Alzheimer.

167.- En una persona anciana se observa una ligera disminución de la memoria episódica compatible con el envejecimiento normal. ¿Cuál sería el diagnóstico más probable?

a) Pérdida de memoria relacionada con la edad
b) Demencia frontotemporal (FTD).
c) Enfermedad de Huntington (HD).
d) Enfermedad de Alzheimer.

168.- Todas las enfermedades siguientes pueden dar derrame pleural. Respecto al tipo de derrame que producen ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?

a) La Artritis reumatoide puede producir un exudado con glucosa baja < 60 mg/100 mL
b) El pH >7,3 indica empiema
c) El Síndrome de Cava Superior produce un exudado.
d) La concentración de neutrófilos elevada en el líquido pleural sugiere un derrame pleural por perforación esofágica

169.- En una revisión para contratar a un varón de 36 años, además de la exploración general, que fue normal, le realizaron una serología frente a hepatitis B para identificar que estaba vacunado. ¿Cuál es el marcador que confirmará la vacunación?:

a) HBsAg (+)
b) Anti-HBs (+)
c) HBeAg (-)
d) Anti-HBE (+)

170.- Una paciente de 50 años, no fumadora y sin antecedentes de interés acude al médico por clínica desde hace 4 meses de malestar general, anorexia con pérdida de 6 kg de peso. Hace unas semanas tos, sibilantes y algún esputo hemoptoico. Sinusitis. Presenta afectación del nervio ciático poplíteo externo. Hace 72 horas comienza con lesiones cutáneas que en la exploración coinciden con púrpura palpable. En la analítica destaca: VSG de 70 mm, anemia normocítica y un sedimento urinario con hematuria franca y proteinuria de 400 mg/24horas. ¿Cuáles de los siguientes hallazgos esperaría encontrar con más probabilidad?

a) Predominantemente Anticuerpos citoplásmicos contra neutrófilos (ANCA, antineutrophil cytoplasmic antibodies) con perfil de tinción citoplasmático; anticuerpos contra proteínas citrulinadas positivos; Glomerulonefritis necrosante focal extracapilar inmunonegativa.

b) Eosinofilos > 15% del recuento periférico de leucocitos, (ANCA, perfil de tinción perinuclear con detección de anticuerpos específicos contra la mieloperoxidasa (MPO).
c) ANCAs negativos; NO afectación renal por inmunocomplejos, microaneurismas arteriales
d) ANCAs negativos, GN mesangial proliferativa con depósitos de IgM, C4 en asas capilares.

171.- Un paciente ha ingresado en la unidad de cuidados intensidad por infección respiratoria por SARS-COV-2 y presenta lesión renal aguda sin hipotensión arterial. Identifica la posible causa de la lesión renal aguda:

a) Hipocomplementemia
b) Mioglobinuria
c) Estado de hipercoagulabilidad generalizado
d) Anticuerpos contra membrana basal del glomérulo

172.- ¿Qué tipo de dolor es el causado por un estímulo suave, como una ducha con agua tibia sobre la piel quemada por el sol?

a) Sensibilización central
b) Convergencia-proyección
c) Sensibilización periférica
d) Dolor referido

173.- Una mujer de 70 años tiene infecciones urinarias de repetición. Su médico inició antibiótico terapia. Un año después, refirió disnea progresiva y la radiografía de tórax muestra el desarrollo de fibrosis pulmonar. ¿Qué antibiótico podría explicar el desarrollo de esta complicación?

a) Cefaclor
b) Ciprofloxacino
c) Nitrofurantoína
d) Trimetoprim con sulfametoxazol

174.- En la infección por áscaris lumbricoides, de las siguientes afirmaciones, identificar la FALSA:

a) En la infección asintomática puede encontrarse eosinofilia
b) Los gusanos adultos no suelen causar síntomas
c) Se asocia con transmisión fecal de la mano a la boca
d) Se puede observar neumonitis eosinofílica

175.- Un paciente de 37 años ingresa en el hospital por clínica de 48 horas de evolución de fiebre de 39ºc, tos con expectoración purulenta sin hemoptisis y dolor de características pleurales en hemitórax derecho. La RX inicial demuestra un mínimo derrame paraneumónico. El enfermo es tratado con antibioterapia mejorando. El quinto día refiere disnea con aumento de la fiebre junto con un claro aumento del derrame pleural. Se realiza toracocentesis diagnóstica. Los criterios para efectuar un procedimiento más invasor que la toracentesis (por orden de importancia creciente) son los siguientes. Elija la respuesta más CORRECTA.

a) Líquido pleural (LP) loculado; pH LP < 7,20; glucosa LP< de 60 mg/dl, Gram o cultivo lp (+): empiema.
b) Gram ó cultivo LP (+); pH LP < 7,20; glucosa LP< de 60; LP loculado; empiema.
c) PH LP < 7,20; glucosa LP< de 60; Gram ó cultivo LP (+) LP loculado; empiema.
d) Glucosa LP< de 60; pH <7,20; Gram o cultivo LP (+); LP loculado; empiema.

176.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto al oxígeno complementario en pacientes con enfermedad respiratoria crónica NO es CORRECTA?

a) Es el único elemento terapéutico que ha reducido la mortalidad en el EPOC.
b) Ha reducido la mortalidad del EPOC cuando se administra a pacientes con signos de hipertensión pulmonar independiente de la saturación de O2 (Sat O2) en reposo.
c) Ha reducido la mortalidad del EPOC cuando se administra a pacientes con hipoxemia en reposo (Sat O2< de 88-90%) con Insuficiencia Cardíaca derecha.
d) Los beneficios sobre la mortalidad son proporcionales al número de horas/día de utiización.

177.- Un paciente asmático de 26 años lleva 6 meses sin acudir a su especialista. El tratamiento habitual es anárquico basado en terbutalina inhalada a demanda. Desde hace 2 meses su médico de familia le ha recetado un inhalador que no recuerda y ocasionalmente prednisona oral. En los últimos 2 meses tiene sintomatología diurna a diario y nocturna 1 a 2 veces a la semana, sin clara limitación de la actividad física. Le realizan una espirometría donde se observa una FEV1 65%. ¿Qué tratamiento y seguimiento le recomendaría en esta situación?

a) Seguir con el tratamiento a demanda de terbutalina y añadirle un corticoide inhalado a dosis bajas (200 mcg/12 horas de budesonida) y volver en 3 meses.
b) El mismo esquema anterior pero controlando al paciente en 2-6 semanas.
c) Seguir con el tratamiento a demanda de terbutalina, añadirle un corticoide inhalado a dosis intermedias (400 mcg/12 de budesonida) y control trimestral.
d) Terbutalina a demanda y añadir una combinación de glucorticoides a dosis bajas y un agonista b2 de de larga duración (budesonida/formoterol) y control a las 2-6 semanas.

178.- Los péptidos natriuréticos son biomarcadores útiles para el diagnóstico y la determinación de la gravedad y el pronóstico de la IC, y, probablemente, también para su tratamiento. Los péptidos natriuréticos más utilizados son el péptido natriurético de tipo b (BNP) (cerebral) y su equivalente propeptídico de escisión aminoterminal, la porción n-terminal del propéptido natriurético de tipo B (NT-PRO-BNP). ¿Cuál de las siguientes afirmaciones no es cierta respecto al nt-pro-bnp en insuficiencia cardíaca (IC) aguda?

a) Se debe considerar siempre el contexto del paciente dados los diferentes factores que pueden modificar los niveles de NT-pro-BNP (edad, obesidad, situación función renal, etc.).
b) Para descartar la IC descompensada aguda la sensibilidad, cuando el NT-pro-BNP está por debajo de 300 pg/ml es del 99% y tiene un valor predictivo positivo del 99%.
c) Para identificar la IC descompensada aguda la sensibilidad, cuando e NT-pro-BNP es mayor de 900 pg/ml, es del 90 % y el valor predictivo positivo es del 94%.
d) Para la evaluación del paciente ambulatorio disneico, los valores e interpretación de BNP o NT-pro-BNP son semejantes que en la fase aguda hospitalaria.

179.- En un paciente con infarto agudo de miocardio y elevación del ST (IAMEST) y si el paciente es candidato a reperfusión, dado que la mortalidad está relacionada con el retraso del tiempo de intervención ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?

a) La intervención coronaria percutánea (IPC) primaria es el método de reperfusión recomendado cuando el personal experimentado puede efectuarla.
b) Cuando se prevé un tiempo mayor a 60 minutos para la realización de la IPC se debe de comenzar con tratamiento fibrinolítico.
c) El ácido acetilsalicílico (de 162 a 325 mg) debe administrarse antes de la ICP primaria.
d) En general NO se ha constatado disminución de la mortalidad cuando se administra fibrinolítico de rutina entre las 12 y las 24 h siguientes a la aparición de síntomas.

180.- ¿Respecto a la endocarditis bacteriana cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?

a) Los criterios de Duke modificados, en el momento presente, apenas tienen valor con las actuales técnicas de diagnóstico.
b) La insuficiencia mitral asociada a prolapso degenerativo de la válvula mitral, es el segundo trastorno predisponente más frecuente de Endocarditis bacteriana.
c) Cuando en hemocultivo se aisla Streptococcus gallolyticus, hay que descartar una neoplasia de colon.
d) En las endocarditis con hemocultivos negativos, los microorganismos más posiblemente implicados que pertenecen a esta categoría son hongos, *Coxiella burnetii*, *Bartonella spp.*, *Brucella spp*. y los microorganismos HACEK.

181.- Numerosos factores están implicados en la placa de ateroma y desarrollo de la enfermedad aterosclerótica. ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?

a) La formación de las primeras lesiones ateroscleróticas parece deberse a la acumulación localizada de lipoproteínas (cLDL sobre todo) en ciertas regiones de la íntima. Esa “estría grasa” constituye la lesión inicial de la aterosclerosis.

b) El centro necrótico de las placas de ateroma establecidas está producido, entre otros, por apoptosis de células espumosas.
c) El remodelamiento arterial durante la formación del ateroma (crecimiento abluminal) explica parte de la variabilidad en la expresión clínica de la enfermedad aterosclerótica.
d) El ateroma en crecimiento NO invade la luz arterial hasta que la carga de la placa aterosclerótica supera el 60%. Por ello, durante gran parte de su evolución el ateroma NO produce estenosis capaz de limitar la perfusión hística.

182.- Una mujer de 70 años ingresa por síndrome general de unos meses de evolución y que últimamente se levanta de la cama con manos y cara hinchada. Estaba diagnosticada de HTA en tratamiento con IECAS. La función renal era normal. En la exploración se observa HTA de 160/90 mm Hg y edemas en 1/3 inferior de piernas. Analíticamente, destaca una tasa de filtrado glomerular (GFR) de 45 ml/min, creatinina plasmática de 1,4 mg/dl y una proteinuria de 5 g/24 horas. En la biopsia renal se identifica engrosamiento uniforme de la membrana basal en todas las asas capilares periféricas. Hay un 30% de glomérulos afectados. En el estudio de inmunofluorescencia directa en el glomérulo se observan depósitos granulares difusos de IgG ++ y C3 ++, y por microscopía electrónica se identifican depósitos subepiteliales electrodensos. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre esta enfermedad es FALSA?

a) Es la causa más frecuente de Síndrome nefrótico en los ancianos.
b) Se asocia en un 25% a un cáncer hematológico y enfermedades autoinmunes.
c) El grado de atrofia tubular o la fibrosis intersticial anticipan la progresión de la enfermedad mejor que la etapa de la glomerulopatía.
d) El pronóstico lo marcan sexo masculino, la edad, hipertensión y persistencia de la proteinuria.

183.- Un varón de 51 años, sano, es remitido a consulta por hipertensión arterial (HTA) de reciente comienzo. El paciente hacía controles habituales en la empresa, nunca había tenido HTA y en el último control le observaron (comprobado repetidas veces y en su domicilio) una tensión arterial sistólica de 165 mm hg y una diastólica de 98 mm hg. No tiene historia familiar de HTA ni otros factores de riesgo excepto fumador de 10 paquetes/año. En el fondo de ojo se le observa estrechamiento arteriolar y algún cruce arterio-venoso. El paciente está tomando dieta tipo mediterránea sin sal y hace ejercicio habitual. ¿cuál de los siguientes antihipertensivos no le administraría hasta completar estudio?

a) Beta-bloqueantes.
b) Alfa-bloqueantes.
c) Inhibidores de la ECA.
d) Antagonistas del calcio.

184.- Un varón de 57 años con diabetes de 4 años de evolución, en tratamiento con antidiabéticos orales e hipertenso en tratamiento con enalapril acude a la consulta para que se le recomiende cuales deben ser sus objetivos terapéuticos respecto a su nivel de tensión arterial (TA), su cifra de glucemia en ayunas (GA) y los niveles de lipoproteínas de baja densidad porque sabe que el control de los mismos mejorará su pronóstico futuro. El paciente ya conoce que el objetivo de control de la hemoglobina A1C debe de ser < de 7%. ¿cuál de las siguientes afirmaciones es la mejor opción?

a) Glucosa en ayunas entre 80-100 mg/dl; TA <140/90 mm Hg; LDL < 70 mg/dl.
b) Glucosa en ayunas entre 80-130 mg/dl; TA <130/90 mm Hg; LDL < 70 mg/dl.
c) Glucosa en ayunas entre 80-130 mg/dl; TA <140/90 mm Hg; LDL < 100 mg/dl.
d) Glucosa en ayunas entre 80-100 mg/dl; TA <130/90 mm Hg; LDL < 100 mg/dl.

185.- Una mujer de 37 años acude a la consulta porque desde hace 2 meses, nota taquicardia a más de 120 por minuto al ponerse de pie que desaparece al sentarse o tumbarse. En ocasiones ha tenido cuadros presincopales con el ortostatismo (debilidad, obnubilación leve) y en otras ocasiones palpitaciones o náuseas y sensación de fatiga. Tras el estudio exhaustivo de la paciente no se encuentra ninguna causa aparente secundaria que pudiera producir el cuadro clínico. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

a) Síndrome POTS.
b) Inicio de una Atrofia de múltiples aparatos y sistemas.
c) Síndrome de insuficiencia pura del sistema autónomo.
d) Forma inhabitual de comienzo de Hipotensión ostostática.

186.- El mayor conocimiento del genoma humano, la utilización de GSWA y otras técnicas está permitiendo que la toma de decisiones clínicas esté directamente influida y se vea mejorada por las tecnologías moleculares. ¿Cuál de las relaciones siguientes entre el tipo de prueba, biomarcador, y enfermedad es FALSA?

a) Como prueba de riesgo se utilizan el BRCA1 y BRCA2 en paciente con cáncer de mama.
b) Como prueba diagnóstica se utiliza "Cancer TYPE ID" para el carcinoma primario de origen desconocido.
c) En Farmacogenómica se utilizan los biomarcadores EGFR y KRAS para la elección del panitumumab para el tratamiento del cáncer de cólon.
d) Como prueba pronóstica se utiliza el Oncotype DX en el cáncer de ovario.

187.- Entre las técnicas diagnósticas habituales utilizadas en la práctica clínica de un internista, entre otras, están la toracocentesis (TCS) y la punción lumbar (PL). ¿Cuál de las siguientes respuestas es verdad?

a) La introducción de la aguja en la TCs se debe realizar de 5-10 cmts por debajo del borde superior del derrame, sobre línea axilar posterior y NO por debajo del 9 espacio intercostal.
b) Tanto en la PL como en la TCs una contraindicación absoluta es la infección en la piel de la zona y plaquetas por debajo de 60.000/mm.
c) Para evitar el edema de expansión en la TCs, NO se debería realizar una TCs mayor de 1000 cc por sesión.

d) En la PL post-punción la cefalea ocurre en el 10-30% de los casos; suele comenzar a las 24- 48 horas y puede durar hasta 2 semanas.

188.- De las siguientes afirmaciones respecto a la estadística y epidemiología, ¿cuál es cierta?

a) En un contraste de hipótesis estadístico el valor "p" se refiere a la probabilidad de observar los resultados del estudio, u otros más alejados de la hipótesis nula, si la hipótesis alternativa fuera cierta.
b) La utilización de la técnica estadística de la regresión múltiple permite establecer qué variables independientes influyen en las variables dependientes.
c) El Número de pacientes a tratar (NNT) necesario para evitar un efecto adverso de un tratamiento, en un estudio determinado, es la unidad (1) dividido entre la Reducción Relativa de riesgo.
d) En estudio de casos y controles, cuanto más lejos esté el estadístico Odds Ratio de la unidad menos fuerte será la relación (positiva o negativa) de la variable que se está estudiando.

189.- Todas las siguientes cuestiones se tienen que abordar en la atención de enfermos en situación de cuidados paliativos. Pero, ¿cuál de ellas es "condición sine qua non"?

a) Conseguir que el paciente aborde el final de su vida cómodo y sin dolor.
b) Evaluar exhaustivamente la decisión con especial interés en el estado psicológico del enfermo.
c) Garantizar que el tratamiento se corresponda con los valores del paciente.
d) Atención adecuada al sufrimiento de los cuidadores.

190.- Las intervenciones preventivas eficaces en la población han ocasionado una reducción notable de la mortalidad de muchas enfermedades. ¿Cuál de los siguientes principios de la detección de enfermedades es falso?

a) La enfermedad debe ser un problema de salud importante.
b) El coste de encontrar un caso NO necesariamente debe equilibrarse con el gasto médico total
c) Debe de haber una prueba o examen para detectar la enfermedad.
d) Debe de existir un tratamiento para la enfermedad.

191.- Una mujer de 63 años acude a urgencias por disnea progresiva de varios meses de evolución hasta hacerse disnea de reposo con ortopnea y disnea paroxística nocturna. Así mismo refiere que en las últimas semanas tiene molestias en hipocondrio derecho y algunos edemas en extremidades inferiores. La exploración es compatible con insuficiencia cardiaca congestiva descompensada. En el ECG no se observan datos de isquemia miocárdica. Entre otras pruebas pendientes de resultado, se le realiza una ecografía transtorácica destacando: fracción de eyección 38, ventriculo izquierdo 62 mm, y crecimiento biauricular. ¿cuál de las siguientes enfermedades es la menos probable que sea responsable del cuadro clínico?

a) Miocardiopatía tiroidea.
b) Miocardiopatía amiloidea.

c) Miocardiopatía mitocondrial.
d) Miocardiopatía vírica.

192.- Un varón de 56 años diagnosticado de prediabetes e hipercolesterolémico mal controlado presenta molestias atípicas en región retroesternal. Se le hace una prueba de esfuerzo mediante tapiz rodante y protocolo de bruce. En reposo tiene frecuencia cardíaca (FC) de 87 latidos por minuto y tensión arterial (TA) de 127/78 mm hg. Durante la prueba se observa que el paciente, después de 9 minutos de esfuerzo, presenta una FC de 140 latidos por minuto; TA 124/80 mm Hg, y descenso del ST en cara anterior de 1 mm, el paciente no presenta molestias, palpitaciones, mareo ni hay otras alteraciones electrocardiográficas ¿Cuál de las siguientes respuestas es la CORRECTA?

a) Es una prueba de esfuerzo falsamente positiva y debería repetirse la prueba.
b) Prueba de esfuerzo positiva con probablemente poca afectación coronaria por NO presentar clínica acompañante.
c) Prueba de esfuerzo positiva con importante mal pronóstico.
d) Prueba de esfuerzo negativa por respuesta inapropiada al ejercicio.

193.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre los objetivos de colesterol LDL según el riesgo cardiovascular calculado mediante las tablas SCORE es CORRECTA?

a) En pacientes de muy alto riesgo cardiovascular: LDL < de 70 mg/dl o el 50% del previo.
b) En riesgo moderado (de> 2% a <7,5%): alcanzar niveles LDL<115 mg/dl
c) En riesgo alto (>7,5 a <10): Alcanzar un LDL <100 mg/dl.
d) Un diabético reciente controlado con Metformina y HbA1C de 6%: Riesgo moderado.

194.- En pacientes diabéticos con riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV) las recomendaciones de la asociación americana de diabetes para la administración de ácido acetilsalicílico (AAS) son todas las siguientes excepto una. Señálela.

a) El AAS está indicado en prevención primaria en mujeres mayores de 60 años o en varones mayores de 50 años con riesgo de ECV entre 7,5% y 10%.
b) El uso de AAS está indicado en Prevención primaria de eventos coronarios con un riesgo de ECV riesgo a 10 años > del 10% .
c) La administración de AAS está indicada en la prevención secundaria de ECV.
d) NO se ha establecido la dosis óptima de AAS aunque en general se recomiendan 75-162 mg/día.

195.- La hiperglucemia es un hallazgo frecuente entre los pacientes hospitalizados. Hasta el 40% de los pacientes médico o quirúrgicos tienen hipoglucemia por diferentes causas (diabéticos mal controlados, pacientes que no se conocían diabéticos, etc.). Es por ello que es necesario un control de los mismos mientras estén hospitalizados. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones no es cierta?

a) Los pacientes ingresados por razones diferentes a la diabetes y que comen normalmente, pueden continuar con el tratamiento ambulatorio que tenían para la diabetes, salvo contraindicación específica.

b) En pacientes en unidades de no críticos, el objetivo de la glucosa en ayunas y antes de las comidas es < de 140 mg/dl; postprandial o en cualquier momento al azar <180 mg/dl. Si la glucemia en algún momento es < a 100 mg/dl se deberá ajustar la dosis de insulina.
c) Los pacientes diabéticos tipo I y II en tratamiento insulínico deben seguir con la dosis de insulina que tenían en su domicilio.
d) Los pacientes que deben ayunar para pruebas diagnósticas o tratamientos, deben interrumpir todos los tratamientos antidiabéticos no insulínicos.

196.- Dentro de las herramientas que se utilizan de forma sistemática para el cribado de personas con condición crónica avanzada (CCA) con pronóstico de vida limitado está el instrumento NECPAL-CCOMS. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta en relación con dicho instrumento?

a) Establecer un pronóstico del paciente para los próximos 6 meses y diseñar un abordaje apropiado.
b) Marcar las bases para las necesidades de intervención de un equipo especializado.
c) Identificar pacientes con necesidad de atención paliativa.
d) Solo es aplicable para pacientes con al menos 2 enfermedades crónicas.

197.- Un entrenador del equipo de hockey de 57 años con antecedentes de hipertensión, hiperlipidemia y abuso de tabaco. Acudió al servicio de urgencias esta noche después de experimentar dolor torácico durante una práctica. Señala que comenzó a experimentar dolor torácico tres semanas antes durante un esfuerzo intenso durante la práctica. Sin embargo, durante la última semana, ha sido necesario menos esfuerzo para que inicie el dolor torácico. Esta noche, ocurrió mientras estaba sentado en la banca. Describe el dolor como sensación de opresión que se irradia a la mandíbula. Por lo general, dura unos 10 min. Su electrocardiograma muestra inversión de la onda T en las derivaciones I, II, aVL, V5 y V6 que no se detectó en el electrocardiograma anterior que se tomó dos años antes en una revisión programada. ¿Cuál de los siguientes es el diagnóstico adecuado?

a) Se requiere más información antes de hacer un diagnóstico.
b) Infarto de miocardio sin elevación del segmento ST.
c) Infarto del miocardio con elevación del segmento ST.
d) Angina inestable.

198.- Se valora a una paciente a la que se le encontró un aneurisma aórtico en una tomografía computarizada de tórax. Se nota que tiene hipertelorismo (ojos muy separados), úvula bífida y en la TC de cuello tiene arterias carótidas "en sacacorchos". Se sospecha síndrome de Loeys-Dietz. ¿Qué mutación genética se relaciona con este síndrome?

a) Regulador de conductancia transmembrana de fibrosis quística.
b) Fibrilina 1.
c) Gen STK11.
d) Transformación del receptor β del factor de crecimiento.

199.- Se valora a un varón de 54 años con disnea. Después de una exploración física cuidadosa, se sospecha hipertensión pulmonar y cardiopatía pulmonar. ¿Cuál de las siguientes pruebas se requiere para confirmar el diagnóstico de hipertensión pulmonar y descartar como causa enfermedad de las cavidades izquierdas del corazón?

a) Péptido natriurético tipo B.
b) Electrocardiograma.
c) Prueba de esfuerzo.
d) Cateterismo de cavidades cardiacas derechas.

200.- Un paciente con preexcitación conocida en el electrocardiograma (ECG) presenta una taquicardia de gran complejo y muy irregular, compatible con fibrilación auricular. El paciente está sudoroso, diaforético, hipotenso y letárgico. ¿Cuál de las siguientes opciones es la gestión inicial más adecuada?

a) Administrar adenosina intravenosa.
b) Administrar diltiazem intravenoso.
c) Administrar digoxina intravenosa.
d) Realizar cardioversión sincronizada.

201.- Una mujer de 25 años con lupus eritematoso sistémico (LES) complicado por nefropatía, anemia hemolítica y pleuritis. Su enfermedad está bien controlada con tratamiento. Recientemente descubrió que está embarazada y hoy acude a la terapia prenatal. En concreto, le preocupa el efecto que su enfermedad pueda tener en el bebé. ¿Le dices que la complicación cardíaca más común en niños nacidos de madres con LES es cuál de las siguientes?

a) Bloqueo auriculoventricular (AV).
b) Enfermedad de las arterias coronarias.
c) Miocardiopatía dilatada.
d) Hipertensión pulmonar con insuficiencia ventricular derecha.

202.- Todos los siguientes medicamentos utilizados en el manejo agudo del infarto de miocardio con elevación ST están adecuadamente adaptados a su mecanismo de efecto, EXCEPTO:

a) Aspirina—reducción en tromboxano A2.
b) Abciximab—inhibición del receptor de la glicoproteína IIb/IIIa.
c) β-antagonistas adreinérgicos—reducción del consumo de oxígeno miocárdico.
d) Nitroglicerina—reducción de la carga cardíaca.



203.- Un hombre de 60 años con antecedentes de hipertensión, diabetes y tabaquismo presenta dificultad progresiva para respirar, fatiga y molestias ocasionales en el pecho. Se ordena un estudio de perfusión miocárdica por estrés utilizando tomografía computarizada por emisión de fotón único (SPECT) para evaluar su riesgo de enfermedad coronaria. Los resultados muestran un gran defecto de perfusión en las paredes anterior y anteroseptal bajo estrés, sin defecto reversible significativo en reposo. Según estos hallazgos, ¿cuál de los siguientes es el diagnóstico más probable?

a) Infarto agudo de miocardio.
b) Angina crónica estable.
c) Hibernación miocárdica.
d) Enfermedad coronaria grave con formación de cicatriz.

204.- Un hombre de 75 años se sometió a una angiografía coronaria diagnóstica tras una prueba de esfuerzo anormal. Se obtuvo fácilmente acceso arterial en la arteria femoral derecha y la angiografía se completó con 35 cc de contraste yodado. Afortunadamente, no se detectó una estenosis coronaria significativa. Siete días después, regresa a urgencias con dolor abdominal y náuseas. Informa que su producción de orina ha sido baja últimamente. El examen revela una ligera fiebre (38,3°C) y livedo reticularis en las extremidades inferiores. Los estudios de laboratorio muestran una creatinina de 2,7 mg/dL (anteriormente era 1,1), recuento de glóbulos blancos de 10.500/mL con un 21% de eosinófilos y una tasa de sedimentación de eritrocitos de 92 mm/h. ¿Cuál de los siguientes es el diagnóstico más probable?

a) Nefritis intersticial aguda.
b) Enfermedad renal ateroembólica.
c) Síndrome de Churg-Strauss.
d) Nefropatía inducida por contraste.

205.- Una mujer de 47 años con antecedentes de abuso de tabaco y colitis ulcerosa es evaluada por palpitaciones intermitentes. Ella cuenta que durante los últimos 6 meses, cada 2 a 4 días, nota una sensación de que su corazón "se acelera" en el pecho durante aproximadamente 5 minutos. No ha detectado ningún factor que lo haya provocado y no se ha sentido mareada ni ha tenido dolores en el pecho con estos episodios. Su examen físico es normal. Un electrocardiograma en reposo (ECG) revela el ritmo sinusal y no hay anomalías. Aparte de comprobar los electrolitos séricos, ¿cuál de las siguientes pruebas es la más adecuada?

a) Tomografía computarizada abdominal (TC) con contraste oral e intravenoso.
b) Angiografía por TC de tórax.
c) Monitor de eventos.
d) Monitor Holter.

206.- Un hombre de 72 años presenta disnea por esfuerzo, edema periférico y fatiga. No tiene antecedentes de enfermedad coronaria ni hipertensión. El examen físico revela distensión venosa yugular, galope S4 y rales bilaterales. La ecocardiografía demuestra un engrosamiento concéntrico de las paredes ventriculares y un aspecto miocárdico moteado. Los biomarcadores cardíacos muestran niveles elevados de NT-proBNP y troponina. Se considera un diagnóstico de amiloidosis cardíaca. ¿El uso de cuál de los siguientes radiotrazadores en pruebas posteriores será más adecuado para confirmar un diagnóstico de amiloidosis cardíaca con transtiretina?

a) N-amoníaco.
b) Fluorodesoxiglucosa (FDG).
c) Metaiodobenzilguanidina de yodo-123 (123I-MIBG).
d) Tecnecio-99m pirofosfato (99mTc-PYP).

207.- Estás viendo a un exgolfista profesional de 65 años, que sospechas que tiene insuficiencia cardíaca. ¿Cuál de los siguientes hallazgos es MENOS PROBABLE que esté presente en tu evaluación?

a) Un pulso venoso yugular elevado.
b) Un hígado pulsátil agrandado.
c) Un sonido cardíaco grave que ocurre poco después de S2.
d) Un electrocardiograma normal de 12 derivaciones.

208.- Un hombre de 60 años con antecedentes de tabaquismo e hipertensión acude a urgencias con un dolor intenso en el pecho, descrito como aplastante y irradiando hacia su brazo izquierdo. Acompañaba a otro paciente y por ello se presentó casi de inmediato. Es diaforético y ansioso. Se realiza un electrocardiograma (ECG) en la presentación y muestra un ritmo sinusal normal sin cambios significativos. Durante la siguiente hora, sus síntomas empeoran y el ECG repetido muestra cambios significativos. ¿Cuál de las siguientes opciones es la progresión más probable de los cambios en el ECG en este paciente con un infarto de miocardio (IM) en evolución debido a la oclusión completa de la arteria coronaria proximal?

a) Ondas T hiperagudas → elevación del segmento ST → inversiones de onda T → Resolución de la elevación ST.
b) ECG normal → ondas T hiperagudas → elevación del segmento ST → ondas Q.
c) ECG normal → elevación del segmento ST → inversiones de ondas T → depresión del segmento ST.
d) ECG normal → depresión del segmento ST → inversiones de ondas T → elevación del segmento ST.

209.- Un capataz de construcción de 32 años presenta dolor por esfuerzo en los antebrazos y manos bilaterales. Fuma un paquete de cigarrillos al día; de lo contrario, no tiene antecedentes médicos. Tiene un pulso braquial fácilmente palpable, pero pulsos radiales y cubitales muy débiles. La angiografía de su extremidad superior revela lesiones segmentarias lisas y amenuzadas en los pequeños vasos arteriales distales. ¿Cuál de los siguientes tratamientos tiene más probabilidades de éxito?

a) Cilostazol.
b) Enoxaparina.
c) Prednisona.
d) Cesar de fumar.

210.- Estás viendo a una mujer de 72 años con antecedentes de miocardiopatía isquémica y una fracción de eyección ventricular izquierda del 35%. Ella es de clase II de la Asociación del Corazón de Nueva York en cuanto a síntomas. Toma lisinopril 40 mg diarios, carvedilol 25 mg dos veces al día y espironolactona 25 mg diarios. Su tensión arterial es de 102/82 y su frecuencia cardíaca de 60 latidos/min. ¿Cuál de los siguientes medicamentos adicionales reducirá aún más su mortalidad?

a) Aliskiren.
b) Digoxina.
c) Valsartan.
d) Ninguna de las anteriores.

211.- Todos los siguientes son pasos terapéuticos apropiados para las varices EXCEPTO:

a) Aspirina.
b) Evitar estar de pie durante mucho tiempo.
c) Elevación frecuente de las extremidades inferiores.
d) Medias de compresión graduadas.

212.- Un hombre de 75 años con diabetes mellitus e hipertensión. A pesar de seguir recibiendo asesoramiento, no ha podido dejar de fumar cigarrillos importados sin filtro. En su visita de hoy, se queja de dolor ardiente en las pantorrillas bilaterales al deambular. Normalmente ocurre tras caminar en terreno llano de unas dos manzanas y mejora con el descanso. También ha notado un dolor punzante en la pantorrilla durante la noche que mejora cuando se sienta al lado de la cama. ¿Cuál de las siguientes opciones es probablemente cierta para el paciente?

a) Probablemente tiene estenosis arterial aorto-ilíaca crítica.
b) La amplitud de su contorno de volumen de pulso será aguda y con picos.
c) La etiología más probable de sus síntomas es la displasia fibromuscular arterial femoral.
d) La proporción entre la presión arterial sistólica en el tobillo y la arteria braquial probablemente sea menor de 0,9.



213.- Estás cuidando a una persona de 72 años que sufrió un infarto de miocardio con revascularización tardía y sin éxito. Prescribes adecuadamente el tratamiento médico guiado por las directrices al paciente, pero él no cumple. En tu primera visita, su ventrículo izquierdo tiene 5,1 cm de diámetro en la diástole extrema con una fracción de eyección del 40%. Sin embargo, regresa tras 2 años (sin haber tomado la medicación) y el ecocardiograma revela que su ventrículo izquierdo tiene 7,2 cm de diámetro en el extremo de la diástole y su fracción de eyección es del 25%. Todos los siguientes mecanismos probablemente son responsables de la remodelación del ventrículo izquierdo EXCEPTO:

a) Energética miocárdica y metabolismo anómalos.
b) Alteraciones en las propiedades contráctiles del miocito.
c) Aumento de la sensibilización β-adrenérgica.
d) Hipertrofia miocitaria.

214.- Todos los siguientes son factores de riesgo para el desarrollo de miocardiopatía periparto EXCEPTO:

a) Edad materna avanzada.
b) Desnutrición.
c) Primíparo.
d) Embarazo gemelo.

215.- Un hombre de 28 años con antecedentes médicos de consumo de drogas inyectables presenta 3 días de fiebre, escalofríos, falta de aire y tos que provocan esputo amarillo y dolor lumbar. En el primer examen, su temperatura es de 39,6°C, pulso de 130 latidos/min, presión arterial de 95/60, frecuencia respiratoria de 40 respiraciones/minuto y saturación de oxígeno del 94%. Al examinarlo, está desaliñado, con los brazos cubiertos de marcas de huellas. Presenta un soplo sistólico II/VI en el borde esternal inferior izquierdo. Tiene sensibilidad a la palpación en su L2-L3. Tiene crepitantes en el lóbulo inferior derecho del pulmón. Los hemocultivos son positivos para cocos Gram positivos en racimos. Se realiza una tomografía computarizada que es compatible con embolos sépticos en el pulmón. También se queja de un dolor lumbar severo. Todos los siguientes son pasos de gestión apropiados en este momento, EXCEPTO:

a) Iniciación de la vancomicina.
b) Drenaje quirúrgico de la lesión pulmonar.
c) Ecocardiograma transtorácico.
d) Resonancia magnética de la columna izquierda.

216.- Todas las siguientes afirmaciones sobre la endocarditis por Bartonella son ciertas EXCEPTO

a) La falta de vivienda y el alcoholismo son factores de riesgo para la endocarditis B. quintana.
b) La endocarditis de B. henselae suele asociarse a la exposición a gatos.
c) Con el uso de técnicas especiales de cultivo, los hemocultivos suelen dar positivo en Bartonella en la endocarditis de Bartonella.

d) Las pruebas serológicas son útiles para el diagnóstico de la endocarditis Bartonella.

217.- Una mujer de 28 años tiene hipertensión difícil de controlar. Le diagnosticaron a los 26 años. Desde entonces ha estado tomando cantidades cada vez mayores de medicación. Su régimen actual consiste en labetalol 1000 mg al día, lisinoprilo 40 mg al día, clonidina 0,1 mg al día del día y amlodipina 5 mg al día. En el examen físico parece no estar en peligro. La presión arterial es de 168/100 y la frecuencia cardíaca de 84 latidos/min. El examen cardíaco no es nada destacable, sin roces, galopes ni soplos. Tiene buen pulso periférico y no tiene edema. Su aspecto físico no revela hirsutismo, mala distribución de grasa ni anomalías genitales. Los estudios de laboratorio revelan un potasio de 2,8 mEq/dL y un bicarbonato sérico de 32 mEq/dL. La glucosa en ayunas es de 114 mg/dL. ¿Cuál de los siguientes es el diagnóstico más probable?

a) Hiperplasia suprarrenal congénita.
b) Síndrome de Cushing.
c) Síndrome de Conn.
d) Displasia fibromuscular.

218.- Un hombre caucásico de 67 años sin antecedentes médicos. Presenta síntomas de insuficiencia cardíaca con ortopnea y tolerancia limitada al ejercicio. En un electrocardiograma de 12 derivaciones tiene tanto prolongación de PR como contracciones ventriculares prematuras multifocales. El ecocardiograma muestra dilatación del tamaño ventricular izquierdo y función reducida. La biopsia endomiocárdica muestra granulomas no caseosos. ¿Cuál de los siguientes es el diagnóstico más probable?

a) Sarcoidosis cardíaca.
b) Enfermedad de Chagas.
c) Miocarditis eosinofílica.
d) Miocarditis de Lyme.

219.- Un hombre de 80 años con antecedentes de hipertensión tratado con hidroclorotiazida y tartrato de metoprolol. Se presenta en tu clínica con una queja de fatiga durante las últimas semanas. En el examen, el único hallazgo notable es una frecuencia cardíaca de 40 latidos/min. El electrocardiograma (ECG) muestra bradicardia sinusal con intervalo PR normal. Los estudios de laboratorio no muestran anomalías, incluyendo estudios normales de tiroides y hemoglobina. El siguiente paso más razonable sería cuál de los siguientes?

a) Implantación de marcapasos de doble cámara.
b) Prueba ECG de ejercicio.
c) Empieza con teofilina 100 mg al día.
d) Detener el metoprolol tartrato.

220.- Un hombre de 67 años se presenta en urgencias con dificultad para respirar. Se detecta que tiene un péptido natriurético sérico tipo B (BNP) elevado. Además de la insuficiencia cardíaca, todo lo siguiente también puede causar una elevación del BNP EXCEPTO:

a) Edad avanzada.
b) Género femenino.
c) Obesidad.
d) Embolia pulmonar con sobrecarga cardíaca derecha.

221.- ¿Cuál de las siguientes enfermedades reumatológicas está asociada con riesgo de aneurismas aórticos?

a) Espondilitis anquilosante.
b) Artritis psoriásica.
c) Artritis reactiva (anteriormente conocida como síndrome de Reiter).
d) Todo lo anterior.

222.- Está viendo a una paciente en la clínica de insuficiencia cardíaca. Es una mujer de 68 años con antecedentes de linfoma difuso de células B grandes tratado con éxito con quimioterapia y un eventual trasplante de médula ósea 15 años antes. Desafortunadamente, sufrió miocardiopatía relacionada con la quimioterapia y ahora tiene una fracción de eyección del 15%. Ha sido hospitalizada cuatro veces en los últimos 6 meses por insuficiencia cardíaca aguda descompensada. Actualmente es de clase III a IV de la Asociación del Corazón de Nueva York en cuanto a los síntomas. Recientemente, se sometió a una prueba de esfuerzo cardiopulmonar que documentó un consumo máximo de oxígeno de 9 mL/kg por minuto. Está en terapia médica óptima. En una reunión multidisciplinar de trasplantes, se consideró que no era candidata para un trasplante ortotópico de corazón debido a su edad y a su malignidad previa. ¿Qué otras opciones tiene disponibles, ya que su prioridad número uno es vivir 3 años más para ver a su nieto graduarse en el instituto?. Señale la respuesta adecuada:

a) No hay otras opciones para prolongar tu vida. Deberíamos considerar medidas paliativas en el futuro.
b) Se ha demostrado que la implantación de células madre prolonga la vida en pacientes con miocardiopatía en fase terminal; Deberíamos tener eso en cuenta.
c) Existen dispositivos de asistencia ventricular izquierda (LVAD) que pueden mejorar la calidad de vida, pero no ofrecen ningún beneficio de supervivencia frente a una atención médica óptima.
d) Se ha demostrado que los LVAD mejoran la supervivencia durante los primeros 2–5 años más que la terapia médica óptima. Deberíamos considerar la evaluación para un LVAD.

223.- Estás viendo a una mujer de 42 años con presentaciones repetidas en urgencias con dolor en el pecho. El dolor suele tener cualidades clásicas anginosas. En esta presentación, presenta elevaciones transitorias de ST en los derivados V1–V4 así como I y un AVL que ocurrió con el dolor. Los biomarcadores de troponinas están ligeramente elevados. En la angiografía coronaria, no tiene aterosclerosis. Sin embargo, durante el procedimiento, cuando se le pide hiperventilar, se observa un vasoespasmo claro en la arteria descendente anterior izquierda. Todos los siguientes son tratamientos razonables para ella EXCEPTO:

a) Amlodipina.
b) Aspirina.
c) Atorvastatina.
d) Diltiazem.

224.- Un hombre de 52 años de una zona urbana de la India se presenta para un examen físico rutinario. No tiene ninguna enfermedad médica, pero informa de un estilo de vida sedentario y una dieta rica en carbohidratos y grasas saturadas. Su presión arterial es de 144/92 mmHg, el índice de masa corporal es de 29 kg/m2, y estudios de laboratorio revelan colesterol lipoproteico de baja densidad elevado y glucosa en ayunas límite. Basándonos en las tendencias epidemiológicas globales, ¿cuál de las siguientes describe mejor el patrón actual de ECV en su región?

a) Las ECV afectan principalmente a personas mayores, con un impacto mínimo en adultos en edad laboral.
b) Baja prevalencia general de hipertensión debido a la transición epidemiológica en fase temprana.
c) Tasas bajas de cardiopatia congénita pero altas tasas de enfermedad valvular reumática.
d) Transición a patrones cardiovasculares de estilo occidental, con la cardiopatía congénita como la principal forma de ECV.

225.- En la fisiopatología de la neumonía bacteriana cuál de las siguientes es FALSA:

a) La neumonía parece ser consecuencia de la invasión de un espacio estéril por un microorganismo.
b) Es crucial la forma en que la homeostasis dinámica entre las comunidades bacterianas ocasiona una infección aguda.
c) La constitución de la microbiota pulmonar depende de varios factores.
d) En ocasiones el desencadenante puede ser una infección viral.

226.- En un paciente de 34 años que se presenta con tos, condensación basal en la radiografía de torax , y ha viajado a los valles fluviales de Ohio visitando a unos familiares durante varias semanas, ¿cuál sería su sospecha diagnostica en cuanto al microorganismo causante?

a) Bacterias del género Coccidioides.
b) Histoplasma capsulatum.
c) Hantavirus.
d) Micobacterias no tuberculosas.

227.- Respecto al manejo del diagnóstico etiológico de la persona con neumonía, ¿cuál de las siguientes es la CORRECTA?

a) Se recomienda cultivo de esputo en particular en aquellos con factores de riesgo para infección por P. aeruginosa o resistente a meticilina.
b) Se debería realizar cultivo de esputo en los pacientes con neumonía extrahospitalaria
c) 15% a 30% de los hemocultivos obtenidos de pacientes hospitalizados por neumonia son positivos,
d) Los hemocultivos todavía son considerados como métodos diagnósticos obligatorios en todos los hospitalizados por neumonía.

228.- Los estudios que se realizaron en varios países antes de la introducción de la quimioterapia demostraron claramente que la Tuberculosis no tratada suele ser letal, señale la FALSA:

a) 50% fallecieron en el primer año
b) 55% con baciloscopia positiva fallecen en menos de 5 años
c) Hasta 86% fallecieron en 10 años
d) De los que sobreviven a los 5 años un 60% consiguió remisión espontanea

229.- Paciente de 87 años con paquipleuritis derecha post-neumotorax extrapleural en la juventud por tuberculosis, se presenta con astenia y dentro del estudio en la radiografía de tórax objetiva derrame pleural sin fiebre, señale la respuesta verdadera en cuanto a su manejo:

a) El líquido pleural se obtiene fácilmente para poder llegar al diagnostico
b) Requiere decorticación en algunas ocasiones
c) El drenaje torácico puede realizarse con catéteres de pequeño tamaño
d) No se debe realizar drenaje torácico por peligro de fistula a piel

230.- ¿Cuál es el porcentaje de reingreso en la embolia de pulmón?

a) 11% a los 90 dias.
b) 18% a los 30 dias.
c) 11% a los 30 dias.
d) 5% a los 30 dias.-

231.- En relación con las secuelas de la embolia de pulmón , señale la verdadera:

a) 60% refieren disnea persistente.
b) 25% presentan disfunción ventricular derecha en el ecocardiograma.
c) La hipertensión pulmonar tromboembolica crónica es muy frecuente.
d) 60% presentan capacidad de esfuerzo reducida.

232.- Cuál de las siguientes es verdadera respecto a la interacción entre tromboembolia y aterotrombosis:

a) La placa de ateroma carotidea duplica el riesgo de tromboembolia pulmonar.
b) Existe interacción entre tromboembolia, accidente cerebrovascular y síndrome coronario agudo.
c) Los pacientes que sufren una tromboembolia pulmonar tienen una probabilidad más de dos veces mayor de tener un infarto miocárdico o accidente cerebrovascular en el futuro.
d) Todas son verdaderas.

233.- Cuáles de los siguientes estudios serológicos NO deberían solicitarse en un paciente con sospecha de hipertensión pulmonar.

a) EKA.
b) Anti-Scl-70.
c) Factor reumatoide.
d) ANA.

234.- En la enfermedad respiratoria el tabaquismo pasivo es un factor de riesgo poco explorado, ¿cuál de estas circunstancias puede estar asociada?

a) Padres fumadores.
b) Contacto con amianto.
c) Exposicion a humo de madera.
d) Contacto con excrementos de pájaros en jaulas.

235.- La espirometría es la prueba funcional inicial en el estudio del paciente con síntomas respiratorios, señale la FALSA.

a) Cuando los volúmenes pulmonares están disminuidos se debe continuar el estudio con DLCO y volúmenes estáticos.
b) Si la curva espiratoria presenta una meseta se debe sospechar patología obstructiva de via aérea principal extratorácica.
c) El trastorno ventilatorio obstructivo está definido por una disminución del cociente FEV1/FVC.
d) Es una curva flujo-volumen.

236.- La obesidad condiciona alteraciones en el aparato respiratorio que causan restricción en las pruebas de función pulmonar, señale el enunciado FALSO:

a) La capacidad pulmonar total puede estar disminuida en la obesidad masiva
b) El volumen residual puede disminuir en la obesidad morbida
c) La capacidad pulmonar total puede permanecer normal en la obesidad moderada
d) El volumen residual esta elevado en la obesidad moderada

237.- La prevalencia de enfermedades crónicas en mayores de 65 años en nuestra comunidad es… señale la CORRECTA:

a) 15%
b) 45%
c) Alrededor de 80%
d) En torno a 65%

238.- Dentro de los proyectos estratégicos de innovación en cronicidad ¿Qué hospital ha sido seleccionado para el pilotaje de la atención a pacientes EPOC con la atención especializada?

a) Hospital de Txagorritxu.
b) Hospital de Galdakao.
c) Hospital Donostia.
d) Hospital de Cruces.

239.- En el modelo de liderazgo propuesto en la estrategia de cronicidad de Euskadi. ¿Dónde se espera encontrar las principales innovaciones para los pacientes?

a) En las empresas farmacéuticas.
b) En centros de investigación de excelencia, seleccionados.
c) En el ámbito local y los profesionales de primera línea.
d) En la administración central.

240.- En el documento de la estrategia de cronicidad de Euskadi se propone un cambio en la relación con los pacientes crónicos, señale la verdadera.

a) Pasamos a una visión biomédica.
b) Se impulsa sobre todo el autocuidado.
c) Se basa en una visión holística.
d) El documento promueve la petición de pruebas de imagen.

241.- La adaptación del modelo de atención a pacientes crónicos de Euskadi identifica varios elementos esenciales para lograr una óptima atención, señale la FALSA.

a) El estrechamiento de relaciones con la comunidad.
b) El apoyo o soporte al autocuidado.
c) El desarrollo de sistemas de información clínica.
d) Modelo de asistencia reactivo.

242.- La evidencia del impacto en la gestión de cuidados crónicos es heterogénea y las generalizaciones deben de ser cuidadosamente calibradas, el análisis global indica que se podrían conseguir ahorros importantes y de una manera predecible. Señale la CORRECTA:

a) El descenso en ingresos hospitalarios fue del 10 al 18 %.
b) En asma el descenso de ingresos fue del 11% al 60 %.
c) Entre los pacientes mayores con múltiples patologías la reducción en hospitalizaciones fue del 2%.
d) No hay evidencia clara.

243.- Las guías recientes han sugerido practicar pruebas para deficiencia de α1AT en todos los sujetos con EPOC o asma, con obstrucción crónica del flujo aero, señale la INCORRECTA.

a) La medición de los niveles de alfa-1 anti-tripsina es una prueba razonable.
b) El diagnóstico definitivo requiere la determinación del fenotipado .
c) El genotipado permite identificar todas las variantes.
d) La secuenciación del ADN puede detectar otras variantes poco comunes.

244.- El O2 complementario es la única terapia farmacológica que se ha demostrado que disminuye de manera inequívoca la tasa de mortalidad en pacientes con EPOC. ¿Cuál de los siguientes NO es un criterio de inicio de la oxigenoterapia?:

a) Saturacion O2 87% en reposo.
b) Saturacion O2 90% y eritrocitosis.
c) Saturacion O2 89% e hipertensión pulmonar.
d) Saturacion O2 85% en reposo.

245.- La rehabilitación pulmonar se refiere a un programa de tratamiento integral que incorpora ejercicio, educación y asesoramiento psicosocial y nutricional. Señale la respuesta FALSA.

a) En pacientes EPOC ha demostrado mejorar la calidad de vida
b) En pacientes con EPOC disminuye la disnea y mejora la capacidad de ejercicio
c) Ha demostrado que en EPOC disminuye las tasas de hospitalización.
d) No hay ninguna evidencia.

246.- Muchos fármacos se han relacionado con la neumopatía intersticial , señale el que NO esta entre ellos:

a) Metotrexate.
b) Azatioprina.
c) Rituximab.
d) Azitromicina.

247.- La broncoscopia convencional tiene una utilidad limitada en el diagnóstico de la enfermedad pulmonar intersticial. Señale la FALSA.

a) Puede establecer un diagnóstico alternativo.
b) La celularidad del lavado bronco-alveolar mayor del 25% es diagnostica de neumonía eosinofílica crónica.
c) No es fiable para el diagnóstico de sarcoidosis.
d) Las muestras obtenidas por broncoscopia convencional suelen ser insuficientes para establecer un diagnóstico.

248.- En la neumopatía intersticial relacionada con el tabaco: señale la CORRECTA.

a) Se considera que la bronquiolitis respiratoria se correlaciona desde el punto de vista histopatológico con los hallazgos en los estudios de imágenes.
b) Los pacientes con bronquiolitis respiratoria no progresan a patología intersticial.
c) Los pacientes fumadores tienen en su mayoría anormalidades intersticiales radiográficas.
d) La progresión radiológica y clínica en el fumador activo es frecuente y esta infradiagnosticada.

249.- La neumonía intersticial aguda es una enfermedad poco frecuente. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?

a) La mortalidad es muy elevada , más del 50% a los 6 meses.
b) Responde claramente a glucocorticoides.
c) Es difícil de distinguir del distres respiratorio.
d) Puede simular una agudización de una neumopatía intersticial.

250.- ¿Cuál de los siguientes fármacos NO se ha descrito en relación con alteración pleural?:

a) Amiodarona.
b) Nilotinib.
c) Nitrofurantoina.
d) Bromocriptina.

251.- Respecto al manejo del derrame pleural secundario a insuficiencia cardíaca, todas las siguientes actuaciones son correctas, EXCEPTO una. ¿Cuál es?

a) Hay que realizar toracocentesis para diagnosticar trasudado.
b) Se realizará toracocentesis si el paciente esta febril.
c) Es obligatoria la toracocentesis si el paciente tiene dolor pleurítico.
d) Si el derrame pleural es bilateral y comparable se debe tratar la insuficiencia cardiaca sin toracocentesis.



252.- Los derrames pleurales malignos son la segunda causa de derrame pleural de tipo exudado. ¿Cuál de los siguientes tumores son los más frecuentes en su etiología?

a) Cáncer de colon y hepatocarcinoma.
b) Carcinoma pulmonar, mama y linfoma.
c) Linfoma y mesotelioma.
d) Cáncer de mama y colon.

253.- Entre las siguientes asociaciones entre las características del dolor torácico y la probabilidad de infarto agudo de miocardio (IAM), hay una que disminuye la probabilidad de que sea un IAM. ¿Cuál es?

a) El que se describe con un dolor agudo.
b) El irradiado a hombro o brazo derecho
c) El asociado a diaforesis
d) Descrito como sensación de presión

254.- De las siguientes posibles causas de dolor abdominal, ¿cuál de ellas se presenta normalmente como un dolor difuso no localizado?

a) Salpingitis
b) Ulcera gástrica
c) Isquemia mesentérica
d) Embarazo ectópico

255.- Respecto al tratamiento del dolor oncológico, señala la respuesta verdadera:

a) Se debe evitar la utilización conjunta de un agonista opioide μ, como la oxicodona, y un antagonista μ, como la naloxona por vía oral.
b) La eficacia de la escalera analgésica de la OMS utilizada adecuadamente, confirmada en múltiples estudios de validación es de prácticamente el 100%.
c) Los ensayos clínicos demuestran diferencias en la eficacia y tolerabilidad entre los diferentes opioides mayores, recomendando el uso de la morfina, el fentanilo y la oxicodona frente al de buprenorfina, metadona y tapentadol.
d) Se recomienda restringir el uso de metadona a unidades de dolor o de cuidados paliativos debido a su complejo perfil farmacocinético.

256.- En relación al Dolor irruptivo oncológico (DIO) y su tratamiento es cierto:

a) El DIO corresponde al dolor final de dosis relacionado con un dolor basal mal controlado.
b) Es una exacerbación transitoria del dolor que tiene lugar siempre en relación a un desencadenante predecible y sujeto a la voluntad del paciente.
c) El DIO es de características neuropáticas.
d) Las dosis entre las distintas formulaciones de fentanilos de acción breve utilizadas habitualmente para el tratamiento del DIO no son equivalentes entre sí y en caso de cambiar de fármaco es necesario titular de nuevo.

257.- Un varón de 55 años acude a urgencias por fiebre y dolor abdominal agudo de 48 horas de evolución. En la exploración presenta ausencia de ruidos peristálticos y un signo de rebote positivo. ¿Cuál de la siguientes afirmaciones siguientes es FALSA respecto al estudio del paciente con dolor abdominal?

a) Debe retrasarse al empleo de analgésicos o narcóticos hasta que se haya formulado un diagnóstico o un plan de acción definitivo, para evitar que el diagnóstico quede encubierto por su uso.
b) La auscultación del abdomen es uno de los métodos menos fructíferos de la exploración física de los pacientes con dolor abdominal.
c) A veces, los datos de laboratorio tienen gran valor para atender a un sujeto con dolor abdominal pero, con pocas excepciones, es raro que ayuden a establecer el diagnóstico.
d) Cuando las indicaciones para realizar una intervención quirúrgica o médica no son claras, se prefiere obtener una tomografía computarizada de dosis reducida que una radiografía de abdomen durante la evaluación del dolor abdominal agudo no traumático.

258.- En el tratamiento del coma, NO es cierto que:

a) Se deben administrar soluciones hipotónicas en caso de alteraciones agudas y graves del cerebro, para evitar el edema cerebral.
b) Se administran naloxona y soluciones de dextrosa si entre las posibilidades están la sobredosis de narcóticos o la hipoglucemia.
c) Con fisostigmina es posible “despertar” a los sujetos que recibieron una sobredosis de anticolinérgicos, pero se utiliza sólo con vigilancia cuidadosa y en casos graves.
d) Se usan antagonistas de benzodiacepinas como el anexate después de sobredosis de somníferos; sin embargo, estos medicamentos no se usan por lo regular de manera empírica en parte debido a su tendencia a provocar convulsiones.

259.- Dentro de las cefaleas secundarias cual es la más frecuente?

a) Trastorno vasculares
b) Infecciones sistémicas
c) Lesión craneoencefálica
d) Hemorragia subaracnoidea

260.- De las siguientes estructuras craneales, cuál de ellas no es algógena?

a) Arterias meníngeas
b) La hoz del cerebro
c) La piel cabelluda
d) El plexo coroideo

261.- El dato distintivo del delirio es:

a) El déficit de atención
b) La alteración de la percepción (Alucinaciones y delirios).
c) La alteración de la memoria
d) La alteración de la función ejecutiva

262.- En cuanto a las características del vértigo periférico y central, una de las siguientes afirmaciones es FALSA. ¿Cuál es?

a) El nistagmo vertical-torsional mixto transitorio ocurre con BPPV (Benign Paroxysmal Positional Vertigo), pero el nistagmo vertical puro o torsional puro es un signo central.
b) La pérdida auditiva unilateral sugiere vértigo periférico. Los signos como la diplopía, disartria y ataxia de extremidades, sugiere un trastorno central.
c) El nistagmo de una lesión central puede inhibirse con la fijación visual, lo que no ocurre con el nistagmo periférico.
d) El nistagmo por una lesión periférica aguda es unidireccional, las fases rápidas se dirigen al lado contrario del oído con la lesión.

263.- En la exploración neurológica de un paciente en coma podemos afirmar todas las siguientes afirmaciones EXCEPTO

a) La presencia de una rigidez de nuca sin fiebre puede ser debido a una hemorragia subaracnoidea.
b) En la rigidez de descerebración las extremidades superiores se hiperextienden, aducen y rotan, mientras que las inferiores se hiperextienden. Indica lesión mesencefálica..
c) La respiración apneústica es propio de una lesión protuberancial.
d) La respiración de Cheyne Stokes sugiere lesión del tronco cerebral con el pronóstico sombrío que eso implica.

264.- La agregación anormal de la proteína Sinucleína α se observa en la:

a) Enfermedad de Alzheimer
b) Demencia con cuerpos de Lewy
c) Demencia frontotemporal
d) Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob

265.- De los siguientes fármacos anticonvulsivantes, ¿cuál tiene propiedades analgésicas?

a) Lamotrigina
b) Carbamacepina
c) Fenitoina
d) Ácido valproico

266.- Los problemas conductuales asociados a la demencia, como agitación, alucinaciones, ideas delirantes y la confusión, son trastornos difíciles de tratar. ¡Qué afirmación de la siguientes es CORRECTA?:

a) En ocasiones la apatía, las alucinaciones visuales, la depresión y otros síntomas psiquiátricos empeoran con el uso de inhibidores de la acetilcolinesterasa, en particular en la Demencia por Cuerpos de Lewy.
b) En pacientes con demencia se deben evitar los antidepresivos como los SSRI o los inhibidores de la recaptación de serotonina-norepinefrina, ya que pueden producir aumento de los cuadros de ansiedad y otros efectos secundarios inaceptables.

c) Por su perfil desfavorable de efectos secundarios, los antipsicóticos de segunda generación como la quetiapina no pueden administrarse en personas con trastornos conductuales y demencia.
d) Los fármacos como las fenotiazinas y las benzodiacepinas pueden disminuir los problemas conductuales, pero tienen efectos adversos como sedación, rigidez, discinesia y a veces desinhibición paradójica.

267.- ¿Cuál es la causa más frecuente de cefalea primaria?

a) En racimos.
b) Tensional.
c) Migraña.
d) Por esfuerzo.

268.- En relación al dolor ¿cuál de las siguientes respuestas NO es CORRECTA?:

a) La estimulación eléctrica o la inyección local de morfina en la sustancia gris periacueductal produce analgesia.
b) Los opioides endógenos se dividen en encefalinas, endorfinas y dinorfinas, que derivan de proteínas precursoras.
c) Los nociceptores son terminaciones libres de fibras inmunorreactivas para diversos neuropéptidos que intervienen en la transmisión del impulso nervioso, tales como la sustancia P, el neuropéptido Y o el péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP).
d) El dolor central postictus cerebral es, proporcionalmente, más frecuente en personas ancianas.

269.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el delirium en el anciano es FALSA?:

a) Los medicamentos, la causa corregible más frecuente de delirium, contribuyen en el 40% de los casos.
b) Su existencia duplica el riesgo de fallecimiento, triplica el de institucionalización y multiplica por 12 o más el riesgo de demencia.
c) Las personas con demencia tienen un riesgo 2-5 veces mayor de delirium, y el 30-50% de los pacientes con delirium tienen una demencia subyacente.
d) El haloperidol, el fármaco más usado, causa mayor hipotensión ortostática y efectos secundarios anticolinérgicos que la tioridacina y está disponible en una formulación parenteral; pero tiene una menor tasa de efectos extrapiramidales y distonía aguda

270.- En relación al vértigo ¿cuál de las siguientes respuestas es la CORRECTA?

a) Los cuatro órganos terminales del sistema vestibular se localizan en los huesos temporales, próximos a la cóclea. Cada órgano consta de tres conductos semicirculares que detectan la aceleración angular y dos estructuras otolíticas, el utrículo y el sáculo, que detectan la aceleración lineal (incluida la gravitacional).
b) Alrededor del 12% de los pacientes con vértigo tienen una causa central y alrededor del 88% un problema en el aparato vestibular periférico.



c) El vértigo central suele ser más grave que el periférico y a menudo se asocia con otros signos de enfermedad del sistema nervioso central.
d) El diagnóstico de enfermedad de Menière se basa en la presencia de crisis graves episódicas acompañadas de niveles auditivos fluctuantes en las audiometrías comenzando en las frecuencias altas.

271.- Los anticuerpos contra Yo casi siempre se relacionan con un síndrome paraneoplásico, ¿cuál es?

a) Neuropatía periférica paraneoplásica.
b) Síndrome paraneoplásico de la persona rígida.
c) Degeneración cerebelosa paraneoplásica
d) Síndrome paraneoplásico opsoclono-mioclono.

272.- En relación a los síndromes neurológicos paraneoplásicos señale cual es la respuesta INCORRECTA:

a) Los síndromes neurológicos paraneoplásicos centrales más frecuentes son la degeneración cerebelosa y la encefalomielitis paraneoplásica.
b) El síndrome de Eaton-Lambert se asocia hasta en un 50% de los casos a un carcinoma de pulmón de células pequeñas; los anticuerpos contra los canales del calcio actúan a nivel postsináptico de la unión neuromuscular y desencadenan el síndrome clínico.
c) El autoanticuerpo antineuronal específico anti-tr se asocia a la degeneración cerebelosa paraneoplásica en el linfoma de hodgkin.
d) La evolución clínica es variable, ya que algunos síndromes (p. Ej., síndrome de eaton-lambert) suelen mejorar con el tratamiento antitumoral e inmunodepresor, mientras que otros (p. Ej., degeneración cerebelosa subaguda) se caracterizan por la destrucción neuronal, por lo que el cuadro clínico es irreversible, aunque puede estabilizarse tras el tratamiento del tumor

273.- ¿Cuál de las siguientes características clínicas es más frecuente en el lupus inducido por fármacos en comparación con el lupus eritematoso sistémico idiopático?:

a) Afectación renal y del sistema nervioso central.
b) Artritis.
c) Serositis.
d) Fotosensibilidad y rash malar.

274.- ¿Qué asociación de inmunosupresor y efecto adverso NO es CORRECTA?:

a) Micofenolato: Náuseas, diarrea, leucopenia y trombopenia.
b) Ciclofosfamida: Toxicidad gonadal, urotelial y hematológica, principalmente en los esquemas basados en la ciclofosfamida intravenosa puesto que la utilización de 2-sulfaniletansulfonato de sodio (MESNA) es menor que en las pautas orales.
c) Tacrolimus: Nefrotoxicidad, hipertensión, aumento del riesgo de diabetes e hipercolesterolemia.
d) Azatioprina: Náuseas, diarrea, pancreatitis, hepatitis y toxicidad en la médula ósea, más marcado en pacientes con actividad reducida de la tiopuril-metiltransferasa.

275.- ¿Qué afirmación en relación con el factor reumatoide es CORRECTA?:

a) Son autoanticuerpos, habitualmente IgG, dirigidos contra el fragmento Fc de la IgM.
b) Pueden aparecer en un 5% de la población adulta sana.
c) Son característicos de la artritis reumatoide, aunque sus títulos no se correlacionan con la agresividad de la enfermedad o con la eficacia del tratamiento.
d) Pueden aparecer en la crioglobulinemia mixta, asociando una disminución de la fracción C3 del complemento y en menor grado de la fracción C4.

276.- ¿Qué asociación de anticuerpo implicado en las dermatomiositis y fenotipo clínico NO es correcto?:

a) Anti-MDA5: Dermatomiositis hipo/amiopática con afectación intersticial grave.
b) Anti-Mi2: Dermatomiositis clásica con baja prevalencia de afectación intersticial.
c) Anti-TIF-1γ: Dermatomiositis paraneoplásica con afectación cutánea extensa.
d) Anti–NXP-2: Dermatomiositis hipomiopática con calcinosis.

277.- ¿Qué causa de hipercalcemia cursa con una hormona paratiroidea (PTH) baja?:

a) Tratamiento con litio.
b) Hipercalcemia hipocalciúrica familiar.
c) Déficit de vitamina D.
d) Sarcoidosis.

278.- ¿Cuál de las siguientes es una de las principales limitaciones del cuestionario FRAX para evaluar el riesgo de fractura osteoporótica?:

a) No valora el tratamiento con corticoides.
b) No valora la densidad mineral ósea de la columna vertebral.
c) No valora el tabaquismo.
d) No valora el consumo de alcohol.

279.- ¿En qué enfermedad ampollosa de base inmunitaria no tienen un papel los glucocorticoides y otros inmunosupresores?:

a) Pénfigo vulgar.
b) Dermatitis herpetiforme.
c) Pénfigo paraneoplásico.
d) Epidermiolisis ampollar adquirida.

280.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la patología del bazo NO es CORRECTA?:

a) Tras la esplenectomía es frecuente la aparición de autoanticuerpos y se ha descrito el desarrollo de enfermedades inmunológicas como la miastenia gravis o la nefropatía por IgA
b) El hiperesplenismo se define por la presencia de esplenomegalia e hiperfunción esplénica, caracterizada por una disminución de las cifras de hematíes, leucocitos y/o plaquetas y un recambio celular aumentado de la línea celular disminuida.
c) Dentro de las causas hematológicas de la esplenomegalia destacan los síndromes linfoproliferativos como las leucemias, los linfomas de Hodkgin y las discrasias de la célula B como el mieloma múltiple y la macroglobulinemia de Waldeström.
d) Aunque enfermedades de base autoinmune, como el lupus eritematoso sistémico, el síndrome antifosfolípido o el síndrome de Sjögren, pueden producir esplenomegalia, también pueden asociar hipoesplenismo funcional

281.- Señale cuál de las siguientes pruebas analíticas NO tiene valor como parámetro de seguimiento de la actividad de la enfermedad en el LES (lupus eritematoso sistémico):

a) La presencia de anticuerpos anti-Sm (anti-Smith).
b) Los anticuerpos anti-dsDNA (anticuerpos contra el DNA de doble hebra, double strand DNA antibodies).
c) Los niveles séricos de los factores del complemento C3 y C4.
d) La actividad hemolítica del complemento sérico (CH50).

282.- Señale cuál de las siguientes afirmaciones es VERDADERA respecto a la utilidad diagnóstica de ciertos autoanticuerpos en las conectivopatías:.

a) Los anticuerpos anti-Scl 70 son positivos en el 70-80% de los pacientes con esclerosis sistémica, especialmente en esclerosis sistémica difusa.
b) La presencia de anticuerpos anti-U1-RNP positivos a títulos elevados es un criterio diagnóstico obligatorio para el diagnóstico de la enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC).
c) La presencia de anticuerpos anti-Jo-1 es muy característica de síndromes de solapamiento de esclerosis sistémica con miositis.
d) Los anticuerpos anticentrómero son muy característicos de la esclerosis sistémica limitada, aunque sólo aparecen en el 20-25% de los pacientes con esclerosis sistémica limitada.

283.- La miopatía necrosante inmunomediada (MNI) asociada a estatinas es una forma de miopatía inflamatoria que debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de la dermatomiositis y la polimiositis. Señale la respuesta VERDADERA:

a) Los hallazgos anatomopatológicos característicos de la MNI asociada a estatinas son la presencia de fenómenos de necrosis muscular (con macrofagia y sin ella) y de regeneración junto con cambios inflamatorios muy prominentes.
b) Las pápulas de Gottron y el eritema en heliotropo son lesiones cutáneas que pueden aparecer en pacientes con MNI asociada a estatinas.
c) La presencia de anticuerpos anti-HMGCR (HMG-CoA reductasa) se asocia con la MNI por estatinas.



d) En la MNI asociada a estatinas los valores plasmáticos de CK (creatina quinasa) son habitualmente normales o discretamente elevados.

284.- Respecto a la polineuropatía amiloidótica familiar, señale la respuesta FALSA:

a) Tafamidis es un fármaco que ha demostrado eficacia en frenar la progresión de la enfermedad.
b) Es una forma de amiloidosis sistémica del grupo AF, en la que la proteína precursora de los depósitos amiloides es la trastiretina.
c) Sigue un patrón de herencia autosómico recesivo.
d) El trasplante hepático es una alternativa terapéutica para frenar la progresión de la enfermedad.

285.- Los bifosfonatos son fármacos de primera línea en el tratamiento de la osteoporosis. Señale cuál de los siguientes NO se ha mostrado útil en la prevención de los tres tipos de fractura osteoporótica (fracturas vertebrales, no vertebrales y de cadera):

a) Alendronato.
b) Ibandronato.
c) Zoledronato.
d) Risedronato.

286.- La esplenomegalia masiva (mayor de 10 cm) puede ser causada por las siguientes enfermedades, excepto una. Señale cuál:

a) Anemia de células falciformes (Hemoglobinopatía S).
b) Enfermedad de Gaucher.
c) Mielofibrosis primaria.
d) Leucemia mieloide crónica.

287.- Señale cuál de los siguientes diagnósticos NO se encuadra en el diagnóstico diferencial de un paciente con crisis hemolíticas intravasculares:

a) Hemoglobinuria paroxística a frigore.
b) Déficit de piruvato-cinasa.
c) Malaria por Plasmodium falciparum.
d) Déficit de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa.

288.- La causa neoplásica más frecuente de Fiebre de Origen Desconocido es:

a) Linfoma maligno
b) Cancer de pulmón
c) Neoplasia de mama
d) Cáncer colorrectal

289.- ¿Cuál de los siguientes patógenos puede ser transmitido tanto por una transfusión sanguínea como por un trasplante de órgano sólido?

a) Virus Zika
b) Mycobacterium tuberculosis
c) Virus del Nilo occidental
d) Cryptococcus neoformans

290.- Las siguientes opciones son indicaciones prioritarias de quimiprofilaxis secundaria o tratamiento de la infección tuberculosa latente, EXCEPTO una, ¿Cuál es?

a) Cualquier infectado menor de 20 años
b) Alcoholismo
c) Conversores tuberculínicos
d) Infectados por VIH

291.- Los cuerpos de Michaelis Gutmann son grandes histiocitos PAS (+) característicos de:

a) Malacoplaquia
b) Pielonefritis xantogranulomatosa
c) Poliquistosis renal
d) Pielonefritis enfisematosa

292.- De las siguientes enfermedades oportunistas, ¿cuál NO define al SIDA en etapa 3 de acuerdo con los CDC?

a) Candidiasis orofaringea
b) Cáncer cervical invasor.
c) Neumonía de repetición
d) Síndrome de la caquexia atribuida al VIH

293.- Una de las siguientes inmunodeficiencias congénitas es de herencia Autosómica Dominante, ¿Cuál es?

a) Inmunodeficiencia variable común.
b) Sindrome de DiGeorge
c) Deficiencia de IgA
d) Síndrome de Chediak- Higashi

294.- En cuanto a la prostatitis aguda es FALSO que:

a) La duración del tratamiento es de 10 días
b) En varios estudios de prostatitis aguda tras realizar una biopsia prostática, el 90% de los E coli aislados eran resistentes a fluorquinolonas.
c) Cuando se asocia a una retención urinaria se recomienda realizar una cistostomía suprapúbica en lugar de un sondaje uretral.



d) El aislamiento de un S aureus en el urocultivo o en secreciones prostáticas debería inducir a la búsqueda de un origen endovascular remoto

295.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones en relación con el Linezolid es CORRECTA?:

a) La biodisponibilidad oral es menor del 80%, por lo que en pacientes graves se recomienda su uso intravenoso.
b) Además del posible desarrollo de acidosis láctica, es necesario el ajuste de dosis en pacientes con insuficiencia renal moderada.
c) Su eficacia en el tratamiento de las infecciones por SARM permite que sea un fármaco de uso extendido en la endocarditis infecciosa por este germen.
d) La trombopenia es más frecuente en tratamientos prolongados (>2 semanas) y en pacientes con insuficiencia renal.

296.- Respecto al tratamiento del síndrome confusional agudo hiperactivo en un paciente de 88 años con deterioro cognitivo moderado y enfermedad de Parkinson, ¿cuál NO es una opción?:

a) Olanzapina
b) Haloperidol.
c) Risperidona.
d) Quetiapina.

297.- En relación con el diagnóstico diferencial de la disfagia, ¿cuál de las siguientes afirmaciones NO es CORRECTA?:

a) Los pacientes con disfagia para sólidos y líquidos tienen más probabilidad de tener una obstrucción mecánica que un trastorno de la motilidad esofágica.
b) La disfagia episódica no progresiva sin pérdida de peso es característica de una membrana esofágica o de un anillo esofágico distal (Schatzki).
c) La esofagitis eosinofílica suele tener un carácter intermitente.
d) La elección de la primera prueba a realizar (serie radiológica con bario o endoscopia), va a depender del tipo de disfagia (solo solidos vs sólidos y líquidos) y del carácter de esta (progresivo vs intermitente).

298.- En relación con el diagnóstico diferencial de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal, ¿qué dato apoya la Colitis Ulcerosa y es menos frecuente en la enfermedad de Crohn?:

a) Presencia de estenosis y crisis pseudo-oclusivas.
b) Presencia de abcesos y úlceras en las criptas.
c) Presencia de fístulas (perianales, enterocutáneas, enterovesicales…)
d) Afectación transmural, con repercusión en la serosa.

299.- Un varón de 68 años, con antecedentes de cirrosis enólica Child-Pugh B y MELD 25, con episodios previos de encefalopatía hepática que han condicionado varios ingresos, consulta por deposiciones melénicas tras la ingesta de alcohol. Actualmente recibe tratamiento con carvedilol, rifaximina, espironolactona y lactulosa. En el manejo de este paciente, ¿cuál de las siguientes afirmaciones NO es CORRECTA?.

a) El tratamiento con fármacos vasoactivos, como la terlipresina o la somatostatina, debe iniciarse de forma precoz, incluso antes de realizar la endoscopia.
b) El uso de antibioterapia con quinolonas o cefalosporinas de tercera generación reduce la mortalidad en pacientes con cirrosis y hemorragia.
c) Tras el manejo inicial, la derivación portosistémica mediante TIPS se puede plantear como tratamiento de rescate definitivo.
d) El tratamiento combinado con ligadura endoscópica de varices y un betabloqueante es la opción inicial de elección en pacientes que ya han presentado una hemorragia por varices.

300.- ¿Cuál de las siguientes opciones en relación con la anorexia nerviosa NO es CORRECTA?:

a) La amenorrea no se incluye en los criterios diagnósticos del DSM-5.
b) En la evaluación inicial se debe incluir un estudio analítico completo incluyendo la determinación del cortisol y de las hormonas tiroideas.
c) Si la anorexia nerviosa tiene una duración mayor de un año, se recomienda realizar una densitometría ósea.
d) Junto con los tratamientos de orientación cognitiva conductual, los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina han demostrado mejorar el pronóstico.

301.- Respecto a la hemorragia digestiva alta, señale la afirmación FALSA:

a) Su causa más frecuente es la úlcera péptica, seguida de las varices esofagogástricas, por delante de otras causas como las erosiones gástricas/duodenales y el síndrome de Mallory-Weiss.
b) La hipovolemia moderada se define como una presión arterial sistólica > 100 mmHg junto con taquicardia y refleja una pérdida aproximada del 10-25% de la volemia.
c) El tratamiento endoscópico combinado (empleo simultáneo de 2 técnicas diferentes) de la úlcera gastroduodenal de alto riesgo reduce significativamente la recidiva de la hemorragia, la necesidad de intervención quirúrgica urgente y la mortalidad.
d) La transfusión sanguínea suele indicarse en la mayoría de casos en aquellos pacientes con cifras de hemoglobina < 9 g/dl, realizando siempre pruebas cruzadas. Sólo en situaciones excepcionales de hemorragia masiva se puede indicar la transfusión sanguínea urgente (sangre isogrupo) sin pruebas cruzadas.

302.- Sólo una de las siguientes afirmaciones es cierta respecto a la hemorragia digestiva baja. Señálela:

a) El origen proviene en su mayoría de los casos del intestino grueso (65%), aunque el origen a nivel de intestino delgado no es infrecuente (35%).
b) La cápsula endoscópica ha demostrado, en diferentes estudios, una superioridad diagnóstica respecto a otras técnicas como la enteroscopia por pulsión o la arteriografía

c) El empleo de análogos de somatostatina en el tratamiento del sangrado debido a angiodisplasia intestinal ha demostrado eficacia probada en estudios controlados.
d) La técnica de elección para el diagnóstico del sangrado debido a divertículo de Meckel es la arteriografía selectiva mesentérica.

303.- En relación con la acalasia, señale la afirmación FALSA:

a) Su etiología es desconocida y no tiene preponderancia por sexo ni por grupos de edad.
b) La clínica más frecuente incluye disfagia de larga data (tanto para líquidos como para sólidos), dolor torácico y regurgitación alimentaria.
c) Las dos alteraciones motoras fundamentales en la manometría esofágica son un aumento de peristaltismo esofágico y una relajación incompleta del esfínter esofágico inferior tras la deglución.
d) El tratamiento farmacológico (nitratos, calcioantagonistas y toxina botulínica) producen mejorías transitorias, mientras que el tratamiento quirúrgico (miotomía de Heller con funduplicatura parcial) muestra eficacias superiores al 80% a los 5 años.

304.- La hepatitis autoinmune es una enfermedad inflamatoria de etiología desconocida. Todos los siguientes son datos habituales o típicos de la misma, SALVO uno. Señálelo:

a) Elevación de IgM sérica.
b) Infiltrado portal linfoplasmocitario en biopsia.
c) Hepatitis de interfase en biopsia.
d) Positividad para anticuerpos antinucleares (ANA).

305.- Respecto al tratamiento de la Enfermedad de Crohn corticodependiente y corticorresistente, una de las siguientes afirmaciones es FALSA. Señálela:

a) El primer escalón se basa en el tratamiento con inmunosupresores como azatioprina, 6-mercaptopurina o metotrexato.
b) La sulfasalazina y la mesalazina no son eficaces a la hora de mantener la remisión en estos pacientes.
c) El empleo de vedolizumab o ustekinumab está indicado en pacientes con actividad persistente pese a inmunosupresores.
d) En la enfermedad perianal fistulosa que no responde a inmunosupresores, deben emplearse anti-TNF como infliximab, adalimumab o etanercept

306.- Respecto al espectro de acción de los antimicrobianos, una de las siguientes afirmaciones es FALSA. Señálela:

a) La amikacina es potencialmente activa frente a *P. aeruginosa* y *Mycobacterium tuberculosis*, pero no frente a *Bacteroides fragilis*
b) Entre los fármacos con potencial actividad frente a *S. aureus* resistente a meticilina se incluyen la ceftarolina, el ceftolozano-tazobactam, la dalvabancina o el linezolid.
c) Entre los fármacos con potencial actividad frente a *P. aeruginosa* se incluyen la fosfomicina, el aztreonam, el imipenem o la cefepima.
d) El levofloxacino es potencialmente activo frente a *Neisseria sp*, *S. aureus*, *Mycobacterium tuberculosis* y *Chlamydia sp*.

307.- El arsenal terapéutico antimicrobiano se ha incrementado en los últimos años. En referencia a los mecanismos de acción y farmacodinámica de los antimicrobianos, señale la afirmación FALSA:

a) La fosfomicina inhibe la síntesis de la pared bacteriana bloqueando la elaboración de los precursores del peptidoglucano.
b) La daptomicina es un lipopéptido cíclico con actividad bactericidad, que actúa formando poros en la pared de bacterias grampositivas en presencia de calcio.
c) Las quinolonas bloquen la actividad de la DNA girasa y/o de la topoisomerasa IV bacterianas; desarrollan una actividad bactericida directamente proporcional a su concentración (actividad dependiente de concentración).
d) Los aminoglucósidos ejercen un efecto bactericida rápido y directamente proporcional al tiempo que permanecen por encima de la concentración mínima inhibitoria (actividad tiempo-dependiente)

308.- El signo del "halo invertido", también llamado del "atolón", es una manifestación radiológica típica de una de las siguientes neumopatías intersticiales. Señálela:

a) Histiocitosis X
b) Neumonía organizada criptogénica
c) Neumonía intersticial no específica (NINE)
d) Neumonía intersticial linfoide

309.- Respecto a la glomerulonefritis membranosa, señale la respuesta FALSA:

a) Es la causa más frecuente de síndrome nefrótico en ancianos
b) Su etiología es paraneoplásica hasta en el 20-30% de los casos
c) Los anticuerpos anti-PLA2R son positivos en el 70% de las formas idiopáticas y en el 20-25% de las formas secundarias
d) Las complicaciones trombóticas venosas son más frecuentes que en otros síndromes nefróticos

310.- Varón de 76 años con antecedentes de hipercolesterolemia (en tratamiento con simvastatina) e insuficiencia cardiaca con fracción de eyección preservada (en tratamiento con bisoprolol y furosemida), que acude a Urgencias por cuadro de 48-72 horas de diarrea profusa (10-12 deposiciones líquidas/día), sin productos patológicos ni fiebre. En la analítica destaca: creatinina 2.4 mg/dl (previa normal), sodio 131 mEq/L, potasio 3.2 mEq/L, cloro 88 mEq/L, pH 7.30, pCO2 38 mmHg, bicarbonato 19 mEq/L, sodio urinario 35 mEq/L, excreción fraccional de sodio (EFNa) 1.3%, cociente BUN/Creatinina 31, osmolalidad urinaria 650 mOsm/Kg. Señale el diagnóstico más probable:

a) Fracaso renal agudo prerrenal
b) Necrosis tubular aguda isquémica
c) Nefropatía intersticial inmunoalérgica
d) Glomerulonefritis postinfecciosa

311.- Uno de los siguientes grupos farmacológicos no ha demostrado, hasta la fecha, beneficio en términos de supervivencia en los pacientes con insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida. Señálelo:

a) Inhibidores del receptor de angiotensina/neprilisina
b) Diuréticos
c) Inhibidores de la ECA
d) Combinación de hidralazina y nitratos

312.- Varón de 21 años, que sufre esguince de tobillo derecho grado III que requiere inmovilización de yeso durante 1 mes. Una semana después de retirada la misma, acude a urgencias por dolor y edema de pantorrilla derecha, que finalmente se diagnostica de trombosis venosa profunda, por lo que se inicia tratamiento con apixaban. Tras estudio pertinente una vez superada la fase aguda, se descarta la existencia de trombofilia subyacente. La duración recomendada de la terapia anticoagulante en este caso sería de:

a) 3 meses
b) 6 meses
c) Indefinida
d) 6 meses, valorando la prolongación de la misma si existiese trombosis residual en ecografía doppler

313.- Respecto al síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST), uno de los siguientes NO es un criterio de riesgo alto o muy alto. Señálelo:

a) Elevación de biomarcadores de daño miocárdico
b) Cambios dinámicos en el ST o en la onda T
c) Fracción de eyección del VI del 35%
d) Índice de riesgo GRACE de 145 puntos

314.- Mujer de 46 años, diagnosticada de esclerosis lateral amiotrófica (ELA) 2 años antes. Refiere cuadro de disnea progresiva de moderados-mínimos esfuerzos desde hace 4 meses, que tras el estudio pertinente, se considera que es secundaria a la propia enfermedad. Respecto a los parámetros objetivos que esperaría encontrar, señale la CORRECTA:

a) pH 7.50, pO2 55 mmHg, pCO2 32 mmHg, gradiente alveolo-arterial normal; FVC 75%, FEV1 72%, FEV1/FVC 81%, DLCO corregido 85%
b) pH 7.32, pO2 56 mmHg, pCO2 49 mmHg, gradiente alveolo-arterial aumentado; FVC 66%, FEV1 68%, FEV1/FVC 76%, DLCO corregido 64%
c) pH 7.30, pO2 54 mmHg, pCO2 49 mmHg, gradiente alveolo-arterial normal; FVC 64%, FEV1 65%, FEV1/FVC 73%, DLCO corregido 85%
d) pH 7.31, pO2 52 mmHg, pCO2 52 mmHg, gradiente alveolo-arterial aumentado; FVC 82%, FEV1 65%, FEV1/FVC 65%, DLCO corregido 64%

315.- El análisis del líquido pleural es una prueba imprescindible en la valoración de los derrames pleurales. Señale la respuesta FALSA:

a) Un líquido pleural con cociente proteínas LP/proteínas plasma de 0.7, un cociente LDH LP/LDH sérica de 0.8 y una LDH en LP de 400 cumpliría criterios de exudado.
b) En la pleuritis tuberculosa, el líquido suele ser un exudado mononuclear; la elevación de interferón-gamma en líquido pleural tiene una sensibilidad y especificidad del 98% para el diagnóstico, sin que el estado inmunológico del paciente influya en los resultados.
c) El hallazgo de pus o de gérmenes en la tinción de Gram del líquido pleural son diagnósticos de empiema e indicación de la colocación de drenaje pleural.
d) El aspecto lechoso es típico de los quilotórax y los pseudoquilotórax debido al alto contenido en colesterol; el quilotórax cursa con triglicéridos bajos (<100 mg/dl) y el pseudoquilotórax con triglicéridos altos (> 100 mg/dl).

316.- Señale la afirmación FALSA respecto al tratamiento de las hiperlipemias:

a) El principal objetivo del tratamiento es la reducción de los niveles de LDL plasmático, dado que se asocian a una reducción lineal del riesgo cardiovascular, independientemente del tratamiento empleado, del tipo de paciente (prevención primaria o secundaria) o de los valores basales de LDL.
b) Debemos calcular el riesgo cardiovascular con escalas validadas (por ejemplo, tablas SCORE) para definir los objetivos del tratamiento. La elevación de la fracción HDL está asociada a una reducción del riesgo de eventos vasculares.
c) A pesar de alcanzar los objetivos de LDL-C, puede persistir un riesgo cardiovascular residual en algunos pacientes. En estos casos, se aconseja usar colesterol no HDL o ApoB como dianas terapéuticas secundarias para tratar el riesgo residual.
d) Los pacientes con diabetes mellitus tipo 1 con microalbuminuria se consideran de muy alto riesgo (equivalentes a un SCORE mayor o igual a 10%), por lo que los objetivos deben ser niveles de LDL < 70 mg/dl (o al menos una reducción de más del 50% con respecto al valor basal de LDL). En sujetos especiales con muy alto riesgo, se puede considerar considerar descender LDL a niveles de 50 mg/dl.

317.- La determinación de los niveles plasmáticos del péptido natriurético cerebral (BNP) o de la porción N-terminal del propéptido natriurético tipo B (NT-pro-BNP) es una prueba útil para establecer el diagnóstico diferencial entre insuficiencia cardiaca (IC) y causas no cardiacas de disnea. Señale cual es la afirmación VERDADERA:

a) Los hombres presentan niveles de BNP / NT-pro-BNP más elevados que las mujeres.
b) Los niveles de BNP / NT-pro-BNP aumentan con la edad.
c) Las personas con obesidad pueden presentar niveles de BNP / NT-pro-BNP falsamente elevados.
d) Los niveles de BNP / NT-pro-BNP no se modifican en caso de insuficiencia renal.

318.- La linfangioleiomiomatosis es una enfermedad intersticial pulmonar poco frecuente caracterizada por la proliferación de células inmaduras de la musculatura lisa en los vasos linfáticos, los bronquiolos y los vasos pulmonares. Señale la respuesta FALSA:

a) Afecta casi exclusivamente a mujeres jóvenes en edad fértil, aunque se han descrito casos después de la menopausia en pacientes con tratamientos estrogénicos.

b) Se asocia con frecuencia a angiolipomas renales.
c) El sirolimus es un fármaco que ha demostrado en ensayos clínicos capacidad para estabilizar las alteraciones de la exploración funcional respiratoria y mejorar la sintomatología.
d) Los tratamientos antiestrogénicos (progesterona, agonistas liberadores de gonadotrofinas, tamoxifeno) y la ovariectomía bilateral son tratamientos eficaces para el control de la enfermedad.

319.- Respecto a los tratamientos farmacológicos específicos para la Hipertensión Arterial Pulmonar Idiopática, señale la respuesta FALSA:

a) Selexipag es un inhibidor de la fosfodiesterasa 5 que se administra por vía oral a dosis de 20 mg cada 8 horas.
b) Iloprost es un análogo de la prostaciclina que puede administrarse por vía intravenosa en perfusión continúa o en nebulizaciones de 2,5-5 microgramos cada 4 horas.
c) Bosentán es un inhibidor dual de los receptores A y B de la endotelina 1 que se administran por vía oral a dosis de 125 mg cada 12 horas.
d) Riociguat es un estimulador de la guanilato ciclasa que se administra por vía oral en dosis crecientes de 1 mg cada 8 horas hasta 2,5 mg cada 8 horas.

320.- Los criterios de Light se emplean para diferenciar si un derrame pleural es un exudado o un trasudado; basta con que se cumpla uno de los tres criterios para considerar que el derrame es un exudado. Señale cuál de los siguientes NO es uno de los tres criterios de Light:

a) Cociente entre LDH del líquido pleural y LDH sérica mayor de 0,6.
b) Colesterol en líquido pleural superior a 45 mg/dl.
c) Cociente entre las proteínas del líquido pleural y las proteínas séricas mayor de 0,5.
d) LDH del líquido pleural mayor de 2/3 del límite superior de la LDH sérica normal.

321.- Señale cuál de las siguientes no es habitualmente causa de derrame pleural con pH ácido (<7.35):

a) Insuficiencia cardiaca congestiva.
b) Derrame pleural de la artritis reumatoide.
c) Carcinomatosis pleural.
d) Urinotórax.

322.- Señale cuál de los siguientes fármacos no han demostrado tener un efecto en la reducción de la mortalidad en pacientes con insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida:

a) Betabloqueantes.
b) Sacubitrilo/Valsartán.
c) Diuréticos de asa.
d) Eplenerona.

323.- En la patogenia y en el diagnóstico diferencial de la endocarditis infecciosa hay que tener en consideración a la endocarditis trombótica no bacteriana (ETNB). Señale la respuesta FALSA respecto a la ETNB:

a) La aparición de una ETNB puede ser el primer paso para el desarrollo de una endocarditis infecciosa, sobre todo en casos de endocarditis precoz sobre válvula protésica, por colonización bacteriana de una vegetación inicialmente estéril.
b) La ETNB puede aparecer sobre lesiones del endotelio valvular causadas por fenómenos hemodinámicos (por ejemplo, en caso de valvulopatías) o por traumatismo directo (por ejemplo, por roce de catéteres).
c) La ETNB puede aparecer cuando existen estados de hipercoagulabilidad (coagulación intravascular diseminada, enfermedades autoinmunes, neoplasias).
d) La ETNB no produce destrucción valvular, las embolias sistémicas constituyen la principal manifestación clínica de la ETNB.

324.- Respecto a las alteraciones primarias del metabolismo de las lipoproteínas, señale la respuesta FALSA:

a) La hiperlipemia familiar combinada puede manifestarse como elevación de LDL colesterol (hipercolesterolemia, fenotipo IIA), de VLDL (hipertrigliceridemia, fenotipo IV) o de ambas lipoproteínas (hiperlipemia mixta, fenotipo IIB); la hiperlipemia familiar combinada se asocia con un riesgo aumentado de enfermedad coronaria precoz.
b) En el déficit de PCSK9 (proprotein convertase subtilisin/kexin type 9) aparecen valores muy elevados de colesterol LDL (hipercolesterolemia, fenotipo IIA); el déficit de PCSK9 se asocia con un importante incremento del riesgo de enfermedad coronaria.
c) El perfil lipídico habitual de la hipercolesterolemia familiar heterocigota es la elevación de los niveles plasmáticos de LDL-colesterol (hipercolesterolemia, fenotipo IIA), aunque en aproximadamente un 10% de los casos también hay hipertrigliceridemia; la hipercolesterolemia familiar heterocigota se asocia con un incremento del riesgo aterogénico.
d) En la disbetalipoproteinemia familiar las lipoproteínas circulantes son predominantemente las beta-VLDL, con un perfil lipídico caracterizado por la elevación tanto de colesterol como de triglicéridos (hiperlipemia mixta, fenotipo IIB); la disbetaliproteinemia familiar se asocia a un aumento del riesgo de enfermedad cardiovascular.

325.- En relación a la hipertensión arterial (HTA) señale cuál es la respuesta INCORRECTA:

a) Las crisis hipertensivas incluyen emergencias y urgencias hipertensivas.
b) Se define la HTA resistente como una PA ≥ 130/80 mm Hg en un paciente hipertenso a pesar de un tratamiento con tres o más fármacos hipotensores.
c) Si no existe una crisis hipertensiva la PA debe reducirse gradualmente para evitar la isquemia orgánica (por ejemplo, cerebral)
d) El diagnóstico de una HTA secundaria debe de plantearse si la edad de su aparición sucede antes de los 50 años.

326.- En lo relativo al tratamiento farmacológico de la Hipertensión Arterial, cuál es la respuesta CORRECTA:

a) Se ha demostrado un efecto más acusado de los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA), y antagonistas del receptor de la angiotensina II (ARA-II) sobre la regresión de la hipertrofia ventricular izquierda.
b) Se produce un mayor efecto de los IECA y de ARA-II en frenar la progresión de la arteriosclerosis carotídea.
c) Hay un efecto más beneficioso de los antagonistas del calcio en la progresión de la enfermedad renal, la disfunción endotelial, el grado de inflamación vascular y la aparición de diabetes.
d) Los pacientes más jóvenes pueden tener mayor respuesta a los diuréticos y los antagonistas de calcio, en tanto que quienes tienen más de 50 años pueden tener una mayor reactividad a los β bloqueadores y los IECA.

327.- Son criterios diagnósticos de la diabetes mellitus, todos los siguientes EXCEPTO uno:

a) Síntomas de diabetes más concentración de glucemia al azar ≥ 200 mg/100 mL.
b) Glucosa plasmática en ayuno ≥126 mg/100 mL.
c) Hemoglobina A_{1c} >7.5%.
d) Glucosa plasmática a las 2 h ≥ 200 mg/100 mL durante una prueba oral de tolerancia a la glucosa.

328.- Paciente de 62 años con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, además de HTA, hiperlipidemia, cardiopatía isquémica y enfermedad pancreática crónica. Está en tratamiento con bisoprolol, lisinopril, metformina, AAS y atorvastatina. Tiene un IMC 27,1 kg/m2 y una Hba1c de 8,3 %.¿Cuál de los siguientes es el tratamiento más adecuado para este paciente?:

a) Empaglifozina.
b) Glipizida.
c) Acarbosa.
d) Sitagliptina.

329.- Paciente de 28 años, que tras haber sido intervenida del tobillo izquierdo, por el que estuvo inmovilizada durante 3 meses, presenta un cuadro de dolor en pierna que describe como ardiente y fuerte, que le impide caminar con normalidad, ya que no puede cargar la extremidad afecta y en ocasiones nota como "latigazos" más intensos en la zona de la cicatriz. Presenta una coloración rojiza y leve edema en el dorso del pie. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA con respecto a su diagnóstico?

a) Se ha demostrado suficientemente la participación primaria del Sistema Nervioso Autónomo en su patogenia.
b) Los síntomas no guardan relación con la intensidad del traumatismo inicial.
c) Los síntomas se circunscriben a la distribución de un solo nervio periférico.
d) Es eficaz el tratamiento prolongado con corticoides.

330.- En cuanto a las terapias diana e inmunoterapia en el tratamiento del cáncer, ¿qué combinación "fármaco-diana-tumor-efectos adversos" es CORRECTA?

a) Trastuzumab – EGFR – melanoma – toxicodermias, colitis, hepatitis e hipofisitis.
b) Sunitinib – VEGFR – cáncer renal – HTA.
c) Ipilimumab – HER2 – cáncer de pulmón de célula no pequeña – diarrea, neumonitis intersticial.
d) Gefitinib – CTLA4 – cáncer de mama – cardiopatía.

331.- Es cierto que los metaanálisis:

a) Los metaanálisis son la investigación que combina y resume de manera cualitativa la evidencia disponible.
b) Se emplean más a menudo para resumir todos los estudios clínicos sin asignación al azar que examinan un tratamiento en particular.
c) De manera ideal, deberían incluirse e identificarse estudios clínicos no publicados para evitar sesgos de publicación.
d) Los metaanálisis publicados deben proporcionar evidencia fiable para un problema en particular.

332.- En cuanto a la estratificación del tipo de intervención quirúrgica según el riesgo cardiaco, se consideran de alto riesgo:

a) Intervenciones sobre la aorta y otros vasos grandes.
b) Trasplante renal.
c) Intervenciones sobre cabeza y cuello.
d) Esplenectomía.

333.- ¿Cuál es la causa más frecuente de hipotensión ortostática?:

a) Polineuropatía diabética.
b) Fármacos: los más frecuentes por su uso generalizado son los sedantes (benzodiazepinas, antipsicóticos), los hipotensores, los fármacos para la hipertrofia prostática, los diuréticos, la levodopa y los agonistas dopaminérgicos y β-bloqueantes.
c) Enfermedad de Parkinson.
d) Atrofia multisistémica

334.- En relación a la amiloidosis ¿cúal de las siguientes afirmaciones NO es CORRECTA?:

a) La amiloidosis cerebral hemorrágica de tipo islandés, es de carácter hereditario, afecta exclusivamente a los vasos de la leptomeninge en el nivel cerebral, ocasionando hemorragias cerebrales recidivantes en individuos jóvenes.
b) En la amiloidosis cutánea, una forma localizada de amiloidosis, la proteína implicada es la queratina.
c) La amiloidosis asociada a hemodiálisis (por β2-microglobulina) aparece de forma precoz, en el primer año tras el inicio de la terapia sustitutiva renal; el tratamiento de elección es el trasplante renal.

d) El diagnóstico histológico se basa en la demostración anatomopatológica de los depósitos de sustancia amiloide que se identifican por sus características tintoriales específicas, afinidad por el rojo Congo o congofilia y birrefringencia verde manzana en el examen con luz polarizada

335.- En relación a la epidemiologia clínica ¿cuál es la respuesta INCORRECTA?:

a) En un estudio observacional, el investigador observa cómo se comporta la población de estudio, que suele estar sujeta a múltiples exposiciones. Si existe alguna exposición de especial interés (p. ej., fumar tabaco), el investigador debe aplicar métodos analíticos que permitan comparar grupos lo más similares posible (p. ej., misma edad, sexo, ocupación), excepto en el factor de interés.
b) Los estudios observacionales son básicamente de tres tipos: de casos y controles, transversales y de cohortes.
c) Un ensayo clínico es una modalidad de estudio de cohorte en el que el investigador controla la exposición, de forma análoga al diseño de un experimento. Se trata del método más fiable para establecer la eficacia de una terapia.
d) Los métodos habituales de análisis de supervivencia (p. ej., curvas de Kaplan-Meier o regresión de Cox) requieren que los individuos perdidos sean diferentes a los individuos que permanecen en el estudio

336.- Mujer de 76 años con antecedentes personales de hipertensión arterial y dislipemia, en tratamiento con enalapril 10 mg y atorvastatina 40 mg. Acude por cefalea hemicraneal derecha de aproximadamente 20 días de evolución, Es de característica pulsátil, localizada a nivel fronto-temporal con hiperestesia de cuero cabelludo. No había respondido a analgesia habitual, por lo que había acudido en dos ocasiones al servicio de urgencias, donde le realizaron una tomografía axial computarizada (TAC) que fue normal. La cefalea persiste, siendo cada vez más intensa e incapacitante. Se asocia además dolor en cintura escapular, dolor con la masticación y sensación febril. En relación con la cefalea que acompaña a la patología que presenta la paciente, es CIERTO que::

a) La cefalea no suele ser el síntoma predominante.
b) Casi todos los pacientes pueden reconocer que el origen del dolor es superficial, por fuera del cráneo, y no en el plano profundo del interior de la bóveda craneal.
c) La molestia suele ser peor al despertar y se alivia con el frío.
d) Los síntomas autonómicos craneales son notables en este tipo de cefalea.

337.- Son factores de mal pronóstico para el control del dolor oncológico todos los siguientes EXCEPTO uno

a) Dolor visceral.
b) Dolor incidental.
c) Presencia de trastornos cognitivos.
d) CAGE positivo.

338.- La anemia es un problema común en el perioperatorio, que se relaciona con una mayor mortalidad a corto plazo y morbilidad cardiovascular. Una de estas afirmaciones es INCORRECTA:

a) La decisión de transfundir depende de factores como el grado y la rapidez de instauración de la anemia o la existencia de enfermedades cardíacas o pulmonares subyacentes que dificulten los mecanismos de compensación.
b) Una hemoglobina de 8 g/dL en pacientes estables, asintomáticos y sin cardiopatía isquémica constituye el umbral por debajo del cual se debe plantear una transfusión.
c) Las autotransfusiones (donación autóloga preoperatoria) representan una estrategia para evitar las transfusiones alogénicas en operaciones electivas donde se anticipen pérdidas sanguíneas importantes.
d) Una unidad o concentrado de hematíes eleva la hemoglobina 1 g/dL.

339.- En cuanto a los perfiles circadianos de Hipertensión Arterial, que relacionan porcentualmente la TA de vigilia y de sueño, ¿qué patrón corresponde al llamado "*dipper* extremo"?

a) Descenso normal entre el 10 y el 20%.
b) Descenso anormal menor del 10%.
c) Descenso mayor del 20%.
d) Aumento de la TA en el sueño.

340.- ¿Cuál de las siguientes respuestas acerca de la medicina en el paciente quirúrgico es INCORRECTA?:

a) El diagnóstico de un infarto agudo de miocardio (IAM) perioperatorio depende en gran medida de los biomarcadores, como un nivel de troponina elevado, dado que muchos de los IAM postoperatorios son indoloros.
b) Los tres aspectos clave de la disnea en el postoperatorio son la sobrecarga de líquidos por insuficiencia cardíaca, la embolia pulmonar y la enfermedad del espacio aéreo (un contínuum que abarca la atelectasia, bronquitis, aspiración, tapones de moco y neumonía).
c) La fibrilación auricular postoperatoria hace presagiar un mayor riesgo de accidente cerebrovascular isquémico a largo plazo.
d) Una trombocitosis postoperatoria superior a 1.000.000/mL precisa de un tratamiento, ya que predispone a los pacientes a complicaciones indeseadas de la coagulación

341.- En relación a los cuidados paliativos señale la respuesta CORRECTA:

a) Para que los cuidados paliativos tengan un impacto positivo en la vida de los pacientes, se deben proporcionar al final de la enfermedad, conjuntamente con otros tratamientos.
b) Un abordaje paliativo debe de centrarse en los aspectos físicos de la enfermedad, por lo que no se requiere un enfoque multidisciplinar.
c) Esperar a que un paciente se esté muriendo para proporcionar cuidados paliativos es un proceder acertado.
d) Los pacientes tienen el derecho, moral y legal, de rechazar cualquier tratamiento, incluso si este rechazo provoca la muerte.

342.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la etiología de la hipercalcemia es FALSA?

a) La hipercalcemia humoral maligna es responsable de aproximadamente el 80% de los casos de hipercalcemia maligna (asociada a neoplasias) y cursa con niveles bajos o suprimidos de PTH.
b) El 10-20% de los pacientes en tratamiento con litio pueden desarrollar hipercalcemia e hipocalciuria, con PTH elevada.
c) La hipercalcemia de la sarcoidosis se debe a un incremento en la absorción intestinal del calcio causada por la producción de calcitriol (1,25(OH)2D3) por los granulomas.
d) La hipercalcemia neoplásica por osteólisis local es responsable de aproximadamente el 20% de los casos de hipercalcemia maligna (asociada a neoplasias) y cursa con niveles elevados de PTH.

343.- El pénfigo vulgar y el penfigoide ampolloso son dos enfermedades ampollosas mucocutáneas de mecanismo inmunitario. Señale cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA:

a) El penfigoide ampolloso causa ampollas subepidérmicas.
b) La presencia de anticuerpos anti-desmogleína es muy característica del pénfigo vulgar.
c) El penfigoide ampolloso afecta principalmente a personas de edad avanzada.
d) La afectación de mucosas es muy infrecuente en el pénfigo vulgar.

344.- Los antidepresivos tricíclicos han demostrado ser eficaces en todos los siguientes procesos, EXCEPTO en uno. ¿Cuál es?:

a) Fibromialgia.
b) Neuropatía diabética.
c) Lumbociatalgia aguda.
d) Migraña.

345.- Entre los pacientes que acuden a urgencias por dolor torácico agudo, ¿qué porcentaje tiene como causa un trastorno de pánico?:

a) 10%.
b) 30%.
c) 50%.
d) 70%.

346.- ¿Cuál de los siguientes procesos puede provocar dolor abdominal?:

a) Saturnismo.
b) Edema angioneurótico.
c) Empiema.
d) Todos ellos.



347.- Cuando un paciente acude al servicio de urgencias con cefalea, todos estos síntomas hacen sospechar un trastorno grave, EXCEPTO UNO:

a) Comienzo antes de los 55 años.
b) Fiebre.
c) Cefalea de inicio repentino.
d) Antes de la cefalea hay vómito.

348.- Si la primera línea de tratamiento del vértigo de Meniere con diuréticos y restricción de sódio fracasa, estaría indicado iniciar una segunda línea de tratamiento con:

a) Laberintectomia.
b) Sección del nervio vestibular.
c) Inyecciones de gentamicina en el oído medio
d) Derivación del saco endolinfático.

349.- En cuanto a las enfermedades cerebrovasculares una de las siguientes afirmaciones es FALSA. ¿Cuál es?:

a) La arteria cerebelosa posterior inferior sale de la arteria basilar
b) Los síndromes talámicos consisten sobre todo en una pérdida de la sensibilidad en cualquiera de sus modalidades.
c) El síndrome de Weber consiste en la parálisis del III par y hemiplejia contralateral.
d) La definición de ICT exige que se resuelvan los signos y síntomas en menos de 24 horas y sin manifestaciones de infarto en las pruebas de imagen..

350.- Si en un estudio de deterioro cognitivo el paciente presenta un parkinsonismo, con alucinaciones visuales y fluctuaciones en el estado de alerta sospecharemos una:

a) Hidrocefalia normotensiva.
b) Enfermedad de Alzheimer.
c) Demencia fronto-temporal.
d) Enfermedad por cuerpos de Lewy.

351.- Dentro de los síndromes paraneoplásicos clásicos del sistema nervioso están todos los siguientes EXCEPTO:

a) Encefalomielitis.
b) Dermatomiositis.
c) Neuropatía óptica
d) Síndrome miasténico de Lambert-Eaton.

352.- El único fármaco antiplaquetario de eficacia probada en el tratamiento inmediato de un ictus:

a) Dipiridamol.
b) Ácido acetilsalicílico.
c) Clopidogrel..
d) Todos ellos.

353.- Respecto a la amnesia global transitoria una de las siguientes afirmaciones es FALSA, ¿cuál es?:

a) Los pacientes desarrollan un episodio de desorientación aguda y realizan preguntas repetitivas.
b) Se resuelve en 24-48 horas.
c) Se caracteriza por amnesia anterógrada y también retrograda.
d) Se observan recurrencias en el 5% de los casos.

354.- Entre las siguientes causas que provocaron una fiebre de origen desonocido en pacientes VIH/SIDA en un estudio publicado en Infect Dis Clin North Am. 2007, la más frecuente fue:

a) Complejo Mycobacterium avium complex..
b) Neumonia por Pneumocystis jirovecii.
c) Histoplasmosis.
d) Linfoma.

355.- Entre los agentes implicados de forma clara en la uretritis no gonocócica están todos los siguientes, EXCEPTO:

a) Virus Herpes Simple.
b) Ureaplasma urealyticum biovar 2.
c) Adenovirus.
d) Chlamidia trachomatis.

356.- ¿Cuál de los siguientes tuberculostáticos es menos hepatotóxico?:

a) Rifampicina.
b) Pirazinamida.
c) Isoniacida.
d) Etambutol.

357.- ¿Cuál de los siguientes serotipos de E. coli NO se correlaciona con la gravedad clínica en la pielonefritis aguda? :

a) Serotipo O.
b) Serotipo K.
c) Serotipo H.

d) Serotipo B.

358.- En cuanto a las consideraciones en la elección del tratamiento antibiótico en las infecciones urinarias, una de las siguientes afirmaciones es FALSA. ¿Cuál es?:

a) En las infecciones urinarias del tracto superior tanto las fluorquinolonas como el Trimetropim-sulfametoxazol están indicadas..
b) La amoxicilina y la ampicilina también se recomiendan como tratamiento empírico por su bajo porcentaje de resistencia
c) En las infecciones del tracto inferior también se pueden utilizar otros fármacos como la nitrofurantoina y la fosfomicina por vía oral.
d) Hay evidencia de que los fármacos activos contra la pared celular no son tan eficaces para erradicar la infección de los riñones como son las fluorquinolonas.

359.- En cuanto a la neumonía por Pneumocystis jirovecii es FALSO que:

a) El uso concomitante de corticoides está indicado en pacientes con pO2>70mmHg..
b) El tratamiento de elección es el Trimetoprim sulfametoxazol.
c) La edad avanzada y el uso de otros tratamientos que no sea el Trimetoprim- sulfametoxazol son factores de mal pronóstico.
d) Es una enfermedad oportunista frecuente en pacientes que no saben que son VIH(+).

360.- En la prostatitis aguda todo lo siguiente es cierto, EXCEPTO:

a) La retención urinaria se debe tratar mediante una punción suprapubica.
b) La prostatitis aguda causada tras una biopsia prostática puede ser causada por E coli multirresistentes.
c) Las fluorquinolonas y el trimpetoprim-sulfametoxazol son los fármacos orales preferidos.
d) Una vez finalizado el tratamiento antibiótico no hace falta realizar un urocultivo de control.

361.- ¿Cuál de las siguientes enfermedades infecciosas no está transmitida por vectores?:

a) Zika.
b) Enfermedad de Marburg.
c) Chikungunya.
d) Fiebre amarilla.

362.- ¿Cuál de las siguientes recomendaciones para prevenir las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria es de eficacia dudosa o desconocida?:

a) Flujo de aire laminar.
b) Esterilización.
c) Lavado de manos.
d) Profilaxis antibiótica preoperatoria.

363.- ¿Cuál de los siguientes NO es un criterio diagnóstico del síndrome de la fatiga crónica?:

a) La fatiga dura al menos 6 meses.
b) La fatiga no se alivia con el reposo.
c) Trastorno depresivo mayor.
d) La fatiga causa una disminución sustancial de las actividades laborales, educativas, sociales y personales previas.

364.- ¿Cuál de estos factores NO aumenta el riesgo de sufrir un dolor refractario?:

a) Estadio oncológico avanzado.
b) Dolor neuropático.
c) Crisis de Dolor Irruptivo Oncológico.
d) Adicción a drogas o alcohol.

365.- ¿Cuál de los siguientes NO es objetivo de las atenciones paliativas en el campo de la Oncología?:

a) Optimizar la comunicación con los cuidadores.
b) Mejorar la adhesión a los tratamientos.
c) Se circunscriben a mejorar la calidad de vida en la fase final de vida.
d) Mejorar la estrategia de afrontamiento.

366.- El derrame pleural es una complicación frecuente en tumores avanzados de pulmón, mama y ovario. ¿En qué porcentaje de casos la citología confirma la presencia de células neoplásicas?:

a) 20%
b) 40%
c) 60%
d) 90%

367.- La incidencia de complicaciones tromboembólicas (trombosis venosa profunda y tromboembolia pulmonar) en el paciente con cáncer es del:

a) 5-10%
b) 10-20%
c) 20-30%
d) 30-40%

368.- ¿Qué tumores en situación avanzada provocan con mayor frecuencia obstrucción intestinal maligna?:

a) Digestivo y ovario
b) Digestivo y vejiga
c) Digestivo y riñón

d) Digestivo y endometrio

369.- ¿Cuál es la complicación metabólica más frecuente en el cáncer?:

a) Hipernatremia
b) Hiponatremia
c) Hipocalcemia
d) Hipercalcemia

370.- ¿Qué es característico en el síndrome de lisis tumoral?:

a) Hiperfosfatemia e hipercalcemia
b) Hiperfosfatemia e hipocalcemia
c) Hipofosfatemia e hipercalcemia
d) Hipofosfatemia e hipocalcemia

371.- Los tumores que con mayor frecuencia provocan metástasis cerebrales son:

a) Pulmón y mama
b) Pulmón e hígado
c) Pulmón y páncreas
d) Pulmón y estómago

372.- ¿Cuál es el síntoma más frecuente en los pacientes con cáncer avanzado?:

a) Dolor.
b) Insomnio.
c) Naúseas y/o vómitos.
d) Astenia.

373.- El Dolor Irruptivo Oncológico (DIO) se define como una crisis de exacerbación de dolor de alta intensidad y corta duración en el contexto de:

a) Un dolor basal continuo adecuadamente controlado con opioides mayores.
b) Un dolor basal continuo mal controlado con opioides mayores.
c) Un dolor basal no continuo adecuadamente controlado con opioides mayores.
d) Un dolor basal no continuo mal controlado con opioides mayores.

374.- ¿De entre las citadas a continuación, cual es la causa más frecuente de cirrosis hepática en los pacientes adultos?

a) Hemocromatosis.
b) Colangitis biliar primaria.
c) Esteatosis hepática no alcohólica.
d) Hepatitis autoinmune.

375.- ¿Cuál es la forma clínica más frecuente de presentación de la cirrosis hepática descompensada?:

a) Hemorragia digestiva alta.
b) Hemorragia digestiva baja.
c) Ascitis y edemas.
d) Encefalopatía hepática.

376.- La gran mayoría de los pacientes con cirrosis presentan un estado circulatorio caracterizado por:

a) Reducción de las resistencias vasculares sistémicas y aumento del gasto cardiaco.
b) Aumento de las resistencias vasculares sistémicas y aumento del gasto cardiaco.
c) Reducción de las resistencias vasculares sistémicas y reducción del gasto cardiaco.
d) Aumento de las resistencias vasculares sistémicas y reducción del gasto cardiaco.

377.- La incidencia de hepatocarcinoma es especialmente elevada en pacientes con cirrosis por:

a) Hemocromatosis e infección por VHC.
b) Infección por VHB.
c) Cirrosis alcohólica.
d) Cirrosis biliar primaria.

378.- Si un paciente con cirrosis NO presenta varices esofágicas en la fibrogastroscopia y presenta enfermedad progresiva se recomienda repetir la exploración:

a) Cada 3 meses
b) Cada 6 meses
c) Cada 1 año
d) Cada 2 años

379.- ¿Qué método diagnóstico NO invasivo tiene mayor precisión diagnóstica para medir la fibrosis hepática y evitar la biopsia?:

a) Ecografía Doppler.
b) Elastografía hepática de transición.
c) TAC.
d) RMN.

380.- En la valoración de la escala pronostica MELD de un paciente con cirrosis, en caso de que haya sido dializado en la última semana, ¿cuál es el valor de creatinina que debemos considerar?:

a) 3,4 mg/dL
b) 3,6 mg/dL
c) 3,8 mg/dL

d) 4,0 mg/dL

381.- ¿En qué año se descubrió el VHC y se dispuso de métodos serológicos para su detección en donantes de sangre?

a) 1987.
b) 1989.
c) 1991.
d) 1993.

382.- En pacientes con Cirrosis Hepática compensada por VHC, la probabilidad de descompensación es más frecuente en los pacientes con:

a) Plaquetopenia.
b) Hipertransaminasemia.
c) Hipoalbuminemia.
d) Hiperbilirrubinemia.

383.- En nuestro medio la mayoría de los casos de cirrosis por hemocromatosis se producen en el contexto de una mutación homocigota:

a) *D282Y* del gen *HFE* de la hemocromatosis.
b) *C262Y* del gen *HFE* de la hemocromatosis.
c) *D262Y* del gen *HFE* de la hemocromatosis.
d) *C282Y* del gen *HFE* de la hemocromatosis.

384.- ¿Qué etiología de cirrosis deberíamos sospechar en aquellos pacientes que presenten datos analíticos de colestasis?

a) Cirrosis autoinmune.
b) Cirrosis biliar.
c) Cirrosis por hemocromatosis.
d) Cirrosis por esteatosis.

385.- La Hipertensión Portal se define como el incremento del Gradiente de Presión Portal (GPP) que es la diferencia entre los sistemas venosos porta y cava inferior. ¿Cuál es el GPP que se considera normal?:

a) Menor de 5 mm de Hg.
b) Menor de 15 mm de Hg.
c) Menor de 25 mm de Hg.
d) Menor de 35 mm de Hg.



386.- ¿A partir de que gradiente de presión venosa hepática hay riesgo de hemorragia por varices?:

a) > 10 mm Hg.
b) > 12 mm Hg.
c) > 16 mm Hg.
d) > 20 mm Hg.

387.- ¿Qué signos ecográficos son patognomónicos de Hipertensión Portal?:

a) Dilatación de vena porta y presencia de colaterales portosistémicas.
b) Dilatación de vena porta e inversión de la dirección del flujo portal.
c) Presencia de colaterales portosistémicas e inversión de la dirección del flujo portal.
d) Inversión de la dirección del flujo portal y superficie hepática nodular.

388.- ¿Cuál será el betabloqueante NO cardioselectivo recomendado en el tratamiento de las varices esofágicas en un paciente con hipertensión arterial?:

a) Carvedilol.
b) Nadolol.
c) Propanolol.
d) No hay diferencias entre ellos.

389.- ¿Cuál es la localización más frecuente de varices ectópicas por Hipertensión Portal?:

a) Yeyuno.
b) Íleon.
c) Peritoneo.
d) Bocas anastomóticas de las enteroanastomosis.

390.- Actualmente se recomienda que los pacientes con un primer episodio de ascitis sean tratados inicialmente con:

a) Furosemida.
b) Espironolactona.
c) Furosemida y espironolactona combinadas.
d) No se recomiendan diuréticos.

391.- El mecanismo principal en la patogenia de la hiponatremia dilucional en los pacientes con Cirrosis Hepática es:

a) Dosis elevadas de diuréticos.
b) Ingesta excesiva de líquidos.
c) Hipersecreción de ADH.
d) Aumento de excreción de agua libre.

392.- ¿Cuál es el antibiótico de elección en caso de Peritonitis Bacteriana Espontanea adquirida en la comunidad?:

a) Ceftriaxona.
b) Piperacilina-tazobactam.
c) Norfloxacino.
d) Amoxicilina-clavulánico.

393.- ¿En qué grado clínico de encefalopatía hepática aparece el flapping?:

a) Grado 1
b) Grado 2
c) Grado 3
d) Grado 4

394.- ¿En el cáncer de colon metastásico avanzado, cual NO es una variable recogida en la clasificación de Kohne para establecer la supervivencia?:

a) LDH.
b) Recuento de leucocitos.
c) Fosfatasa alcalina.
d) Numero de órganos afectos.

395.- Varón de 32 años, sin factores de riesgo, que presenta de forma aguda malestar general y oligoanuria. No antecedentes de fiebre ni diarrea. En el estudio realizado se encuentran 10000 plaquetas/mm3, Hb 8.3 g/dl, reticulocitos 250000/mm3, esquistocitos 3%, INR 1.1, fibrinógeno normal, creatinina sérica 5.8 mg/dl, niveles de ADAMTS 13 normales. Se inicia hemodiálisis sin mejoría analítica en las primeras 48 horas. ¿Qué tratamiento cree indicado?:

a) Pulsos de glucocorticoides
b) Eculizumab
c) Plasmaféresis
d) Heparina de bajo peso molecular

396.- Todas las siguientes son causa de síndrome reno-pulmonar EXCEPTO UNA, señálela:

a) Poliangeítis microscópica
b) Vasculitis IgA (Schönlein-Henoch)
c) Lupus eritematoso sistémico
d) Crioglobulinemia

397.- Todas EXCEPTO UNA son manifestaciones del síndrome TINU, señálela:

a) Uveítis anterior.
b) Proteinuria.

c) Hipoalbuminemia.
d) Leucocituria.

398.- Los siguientes valores de laboratorio son compatibles con una anemia hemolítica intravascular, EXCEPTO:

a) Aumento de la haptoglobina.
b) Aumento de la deshidrogenasa de lactato (LDH).
c) Aumento del recuento de reticulocitos.
d) Aumento de la bilirrubina no conjugada (indirecta).

399.- ¿Cuál de los siguientes hallazgos define el síndrome de taquicardia postural ortostática (POTS)?:

a) La caída de la tensión arterial sistólica en bipedestación ≥20 mmHg.
b) El aumento de la frecuencia cardiaca en ≥30 latidos/min en bipedestación.
c) La presencia de una frecuencia cardiaca ≥140 latidos/min en bipedestación.
d) La presencia de taquicardia sintomática con una caída ≥20 mmHg en la tensión arterial sistólica en bipedestación.

400.- Mujer de 58 años, sin antecedentes de interés. Acude a consultas por cuadro de tos y disnea progresiva. No refiere clínica articular ni cutánea, Raynaud ni debilidad muscular. En la Rx de tórax se observa un patrón intersticial bilateral que se confirma en el TAC pulmonar, con un patrón predominante de neumonía intersticial no específica (NINE) con áreas de panalización. ¿Cuál de los siguientes autoanticuerpos crees que es más probable que sea positivo en este contexto?

a) anti-TIF1-γ.
b) anti-CENP-B.
c) anti PL-12.
d) anti-Sm.

401.- Varón de 72 años con enfermedad pulmonar intersticial con disnea de moderados esfuerzos, crepitantes extensos en campos pulmonares inferiores de forma bilateral y patrón de neumonía intersticial usual (NIU) con panalización y bronquiectasias de tracción en ambas bases pulmonares. El paciente no refiere clínica articular, cutánea, Raynaud ni debilidad muscular. El estudio de autoanticuerpos incluyendo ANAs y blots específicos de esclerodermia y miopatías inflamatorias es negativo. ¿Cuál sería el tratamiento de elección en este caso?:

a) Nintedanib.
b) Glucocorticoides y micofenolato.
c) Glucocorticoides y ciclofosfamida.
d) Tratamiento sintomático y oxigenoterapia domiciliaria exclusivamente.

402.- Varón de 45 años, con historia de sinusitis crónica, destrucción de tabique nasal y nódulos pulmonares cavitados, con biopsia que muestra necrosis extensa y granulomas no necrotizantes. ANCAs positivos con especificidad anti-PR3. Sedimento urinario normal. ¿Qué tratamiento cree el más adecuado?

a) Prednisona en monoterapia.
b) Prednisona en monoterapia durante un mes y añadir inmunosupresores si no hay mejoría.
c) Prednisona y metotrexate de inicio.
d) Prednisona y ciclofosfamida de inicio.

403.- Varón de 35 años, que debuta con cuadro de disnea e insuficiencia renal rápidamente progresiva y proteinuria. En la biopsia renal se observa glomerulonefritis con semilunas y depósitos inmunes lineares de IgG. El diagnóstico es:

a) Poliangeítis microscópica.
b) Crioglobulinemia.
c) Lupus eritematoso sistémico.
d) Síndrome de Goodpasture.

404.- ¿Qué significado tiene la positividad de anticuerpos contra el receptor tipo M de la fosfolipasa A2 (anti-PLA2R) en un paciente con glomerulonefritis membranosa confirmada por biopsia?:

a) Que es secundaria a un lupus eritematoso sistémico.
b) Que es paraneoplásica.
c) Que es idiopática.
d) Que hay que repetir la biopsia renal porque los anti-PLA2R no se asocian a glomerulonefritis membranosa.

405.- La presencia de anticuerpos anti-MDA5 se asocia con:

a) Dermatomiositis amiopática con afectación pulmonar.
b) Vasculitis de pequeño vaso con afectación renal.
c) Lupus eritematoso sistémico con afectación renal.
d) Esclerodermia con fibrosis pulmonar.

406.- Mujer de 65 años, con historia de Raynaud de larga evolución, con reciente aparición de úlceras digitales, engrosamiento cutáneo en cara, extremidades y tronco, ANAs positivos con patrón nucleolar, que acude a urgencias por hipertensión arterial de 200/110 y deterioro de función renal. ¿Cuál de los siguientes espera encontrar?:

a) Proteinuria nefrótica
b) Sedimento urinario con hematuria y cilindruria
c) Positividad de ANCAs
d) Esquistocitos en sangre periférica

407.- ¿Cuál de los siguientes tratamientos inmunomoduladores NO se puede utilizar durante el embarazo?:

a) Metotrexate.
b) Azatioprina.
c) Hidroxicloroquina.
d) Tacrolimus.

408.- De todos los siguientes, ¿cuál es el órgano que menos se afecta en el lupus eritematoso sistémico?:

a) Riñón.
b) Cerebro.
c) Pulmón.
d) Hígado.

409.- ¿Cuál de las siguientes es la característica diferencial principal de la dermatitis herpetiforme?:

a) Respeta el cuero cabelludo.
b) Se manifiesta como ampollas intraepidérmicas.
c) Presenta depósitos de IgA en la dermis.
d) Afecta de forma predominante a las mucosas.

410.- Mujer de 45 años. Historia de poliposis nasal y sinusitis de larga evolución. Acude a urgencias por tumefacción submandibular, que en la ecografía se identifica como glándula submaxilar aumentada de tamaño. En la analítica se objetiva elevación de reactantes de fase aguda, con orina normal. En el estudio realizado se observa engrosamiento de aorta torácica sugestivo de aortitis, así como un nódulo renal derecho y dos izquierdos. El parénquima pulmonar es normal. El PET confirma la captación patológica a nivel submaxilar, renal, aórtico y pancreático. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:

a) Granulomatosis con poliangeítis (Wegener)
b) Cáncer metastásico
c) Enfermedad por IgG4
d) Sarcoidosis

411.- ¿Cuál de las siguientes vasculitis se puede presentar como una neumopatía intersticial?:

a) Granulomatosis con poliangeítis (Wegener).
b) Poliarteritis nodosa.
c) Crioglobuminemia.
d) Vasculitis IgA (Schönlein-Henoch).

412.- ¿Cuál es el tratamiento a largo plazo de las trombosis venosas asociadas a enfermedad de Behçet?:

a) Inmunosupresores.
b) Heparina de bajo peso molecular.
c) Anticoagulación oral al menos 6 meses.
d) Anticoagulación oral indefinida.

413.- ¿Cuál es el tratamiento de elección en la hipercalcemia secundaria a sarcoidosis?:

a) Restricción de calcio.
b) Vitamina D.
c) Hidroxicloroquina.
d) Metotrexate.

414.- ¿Cuál de los siguientes tratamientos NO está indicado en la sarcoidosis?:

a) Etanercept.
b) Metotrexate.
c) Adalimumab.
d) Hidroxicloroquina.

415.- ¿Cuál de las siguientes manifestaciones obstétricas NO se asocia con la presencia de anticuerpos antifosfolípido?:

a) Muerte fetal.
b) Preeclampsia precoz.
c) Retraso del crecimiento intrauterino.
d) Rotura prematura de membranas.

416.- Mujer de 56 años, con historia de hipercolesterolemia en tratamiento desde hace 5 años con Atorvastatina. Presenta desde hace un mes dolor proximal con debilidad intensa de la musculatura proximal de brazos, piernas y cuello, sin disfagia. En la analítica solicitada por su médico de atención primaria destacan GOT de 672 U/l, GPT de 435 U/l y CPK de 2700 U/l. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:

a) Toxicidad muscular y hepática por estatinas.
b) Polimialgia reumática.
c) Miopatía necrotizante inmunomediada.
d) Polimiositis.

417.- Mujer 45 años, que debuta con infiltración cutánea de predominio en brazos, piernas y tronco, con la cara respetada. En la anamnesis no refiere Raynaud. A la exploración física, se aprecia endurecimiento cutáneo que se inicia en dorso de manos y pies, con zonas acras no afectas. No úlceras cutáneas. Llama la atención la presencia del signo del surco venoso y de piel de naranja en ambos brazos. El diagnóstico más probable es::

a) Fascitis eosinofílica.
b) Esclerosis sistémica limitada.
c) Esclerosis sistémica difusa.
d) Necesitamos capilaroscopia y autoanticuerpos para guiar el diagnóstico.

418.- Mujer de 25 años, con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico, presenta anticuerpos anti-DNA a títulos >600, anti-ENA + con especificidad anti-nucleosoma y anti-P ribosomal, anticardiolipina IgG a títulos de 250 y anticoagulante lúpico positivo. ¿Cuál de las siguientes manifestaciones crees que es MENOS probable en esta paciente teniendo en cuenta su perfil inmunológico?:

a) Nefritis lúpica proliferativa.
b) Psicosis lúpica.
c) Enfermedad pulmonar intersticial.
d) Enfermedad cerebrovascular.

419.- Mujer de 58 años, que debuta con lesiones a nivel palpebral con marcado edema, en cuello y zonas fotoexpuestas y lesiones ulceradas en dedos. Acude a Urgencias por cuadro de tos y disnea de una semana de evolución, objetivándose saturación O2 86%. La Rx de tórax se observan infiltrados alveolo-intersticiales bilaterales extensos ¿Cuál de los siguientes anticuerpos crees más probable encontrar?:

a) Anti-U_1RNP.
b) Anti-Mi2.
c) Anti-NXP2.
d) Anti-MDA5.

420.- Respecto al lupus eritematoso sistémico, señale qué asociación de anticuerpo con manifestación clínica es INCORRECTA:

a) Anticuerpos anti-dsDNA: Nefritis lúpica.
b) Anticuerpos anti-Ro52: Lupus neonatal..
c) Anticuerpos anti-Ro60: Lupus cutáneo subagudo.
d) Anticuerpos anti-Sm: Actividad de la enfermedad.

421.- En relación con los criterios del síndrome antifosfolípido, señale cuál es INCORRECTA:

a) Una o más abortos espontáneos, sin justificación alternativa, antes de la semana 10.
b) Una o más muertes fetales, sin justificación alternativa, a partir de la semana 10.



c) Uno o más nacimientos prematuros, antes de la semana 34, por preeclampsia grave o eclampsia.
d) Uno o más nacimientos prematuros, antes de la semana 34, por insuficiencia placentaria identificada.

422.- En relación con la artritis gotosa aguda, señale cuál es INCORRECTA:

a) La articulación metatarsofalángica del dedo gordo del pie se ve afectada en aproximadamente un 50% de los casos.
b) Es frecuente la leucocitosis, con predominio de neutrófilos, en el líquido sinovial.
c) Se caracteriza por depósito de critales de urato monosódico, con birrefrigencia positiva, en el líquido sinovial.
d) Dejado a su evolución natural, un ataque de gota puede resolverse espontáneamente.

423.- Señale qué dato o manifestación NO es frecuente en el síndrome antisintetasa:

a) Fiebre y síntomas constitucionales.
b) Calcinosis.
c) Fenómeno de Raynaud.
d) Afectación pulmonar intersticial.

424.- Señale qué prueba complementaria NO está indicada, de rutina, en un paciente con sospecha de sarcoidosis por prueba de imagen (adenopatías hiliares bilaterales):

a) Valoración por oftalmología.
b) Ecocardiograma transtorácico.
c) Estudio de orina y del metabolismo fosfo-cálcico.
d) Estudio espirométrico.

425.- Señale cuál de las siguientes causas de hipercalcemia NO cursa con una PTH disminuida:

a) Tuberculosis..
b) Linfoma..
c) Tumor o metástasis de órgano sólido..
d) Feocromacitoma en el seno de un síndrome MEN-1.

426.- En relación con la enfermedad de Paget, señale la respuesta INCORRECTA:

a) La fosfatasa alcalina ayuda a monitorizar la actividad de la enfermedad.
b) El dolor óseo es el síntomas más frecuente, y la indicación habitual de tratamiento..
c) La gammagrafía ósea es la prueba más sensible..
d) Actualmente se prefiere el tratamiento con Denosumab frente a los bifosfonatos..

427.- En relación con el eritema nodoso, señale la respuesta CORRECTA:

a) Es una paniculitis septal que habitualmente asocia vasculitis.
b) Habitualmente resuelven sin dejar cicatriz..
c) En más de un 70-80% de los casos se puede identificar una enfermedad autoinmune subyacente.
d) En el contexto de una enfermedad inflamatoria intestinal, su aparición habitualmente no refleja actividad de la enfermedad de base.

428.- Señale qué patología infecciosa habitualmente NO presenta granulomas en los ganglios linfáticos:

a) Histoplasmosis.
b) Infecciones por el complejo Mycobacterium avium.
c) Schistosomiasis.
d) Tularemia.

429.- Señale qué patología habitualmente NO cursa con esplenomegalia gigante:

a) Leucemia linfoblástica aguda.
b) Leucemia mieloide crónica.
c) Talasemia mayor.
d) Enfermedad de Gaucher.

430.- Respecto a la enfermedad relacionada con la IgG4, señale cuál es CORRECTA:

a) La elevación de Ig4 es habitual y muy específica de la enfermedad.
b) La hipocomplementenemia es frecuente y orienta a la afectación renal..
c) La eosinofilia en suero, aunque leve, y la presencia de eosinófilos en el tejido afecto, van en contra del diagnóstico.
d) La respuesta a esteroides suele ser escasa e insuficiente.

431.- Respecto al DRESS (Síndrome de hipersensibilidad a medicamentos con eosinofilia y síntomas sistémicos), señale la CORRECTA:

a) Suele aparecer a las 24-48 horas de la ingesta del fármaco, habitualmente anticonvulsivantes o antibióticos.
b) La afectación visceral (hepatitis, miocarditis…) habitualmente precede a los síntomas o manifestaciones cutáneas.
c) La retirada del fármaco causal suele ser suficiente para revertir el cuadro.
d) Aunque la eosinofilia es habitual, y típica, en ocasiones sólo se detecta linfocitosis atípica en el hemograma.

432.- Respecto a los fármacos utilizados en el tratamiento de la osteoporosis, señale la INCORRECTA:

a) Los bifosfonatos han demostrado ser útiles en la prevención de las fracturas vertebrales, no vertebrales, y de cadera.
b) El Denosumab comparte con los bifosfonatos el riesgo de osteonecrosis del maxilar y de la fractura femoral subtrocantérea atípica.
c) El tratamiento con Teriparatide ha demostrado reducir el riesgo de fractura vertebral y de cadera a 5 años.
d) El Raloxifeno es eficaz en la prevención de la fractura vertebral, pero no en las no vertebrales.

433.- En relación con el tratamiento del shock séptico, señale la INCORRECTA:

a) La noradrenalina es el fármaco vasopresor de elección por su efecto vasoconstrictor (receptores Beta-1).
b) La dobutamina puede iniciarse si hay sospecha de disfunción miocárdica o ausencia de aclaramiento del lactato tras la reanimación inicial.
c) La presión arterial media objetivo debe ser superior a los 65 mmHg.
d) El bicarbonato de sodio no debe utilizarse en la mayoría de los pacientes con un pH >7.15

434.- En relación con los reacciones adversas asociadas a la Daptomicina, señale la CORRECTA:

a) El frecuente alargamiento del intervalo QT requiere monitorización electrocardiográfica.
b) La toxicidad renal es habitual, principalmente en los pacientes que reciben gentamicina.
c) La miotoxicidad y elevación de CK aparecen habitualmente a la semana de tratamiento, y se resuelven a los días de su interrupción.
d) Las reacciones asociadas al sistema nerviosos periférico (neuropatía), habitualmente son irreversibles y no mejoran tras la retirada del tratamiento.

435.- Respecto a los carbapenémicos, señale la respuesta CORRECTA:

a) Aunque el Ertapenem no ofrezca cobertura antipseudomónica, sí es activo frente a A. baumanii.
b) Las especies de Nocardia se inhiben por los carbapenémicos, aunque Nocardia farcinica puede ser resistente..
c) Imipenem es el carbapenémico más activo frente a P. aeruginosa.
d) El riesgo de convulsiones es mayor con Ertapenem que con Meropenem e Imipenem.

436.- Respecto al tratamiento de la enfermedad de Parkison, señale la INCORRECTA:

a) Los síntomas motores, y fundamentalmente la bradicinesia, mejoran en pocos días de tratamiento con levodopa.
b) La mejoría inicial con levodopa suele mantenerse 2-3 años.
c) Los anticolinérgicos, como el biperideno, son especialmente eficaces para el temblor.
d) Los inhibidores de la colinesterasa pueden ser también útiles en la demencia asociada a la enfermedad de Parkison.

437.- Respecto a la hemoglobinuria paroxística nocturna, señale la respuesta INCORRECTA:

a) El eculizumab reduce la hemólisis y las necesidades de transfusiones.
b) Es una anemia hemolítica intravascular que suele cursar con esplenomegalia.
c) Son frecuentes los datos de insuficiencia medular, como la anemia, que se puede agravar por la ferropenia crónica secundaria a la hemosidenuria.
d) Las trombosis representan el 30-50% de las complicaciones de la enfermedad a largo plazo.

438.- Respecto a los trastornos de la motilidad esofágica, señale la respuesta INCORRECTA::

a) La acalasia es más frecuente en varones que en mujeres.
b) La anatomía patológica de la enfermedad de Chagas y de la acalasia idiopática son prácticamente indistinguibles.
c) La esclerodermia se caracteriza por una ausencia de peristaltismo además de una unión gastro-esofágica incompentente.
d) Aunque la disfagia para sólidos es el síntoma más frecuente de presentación de la esofagitis eosinofíllica, hasta un 33-50% de los pacientes presentan una impactación alimentaria.

439.- Respecto a la hemorragia digestiva alta (HDA), señale la respuesta CORRECTA:

a) Actualmente, y a pesar de la generalización del tratamiento con IBP y la endoscopia, la tasa de recurrencia de la hemorragia en una úlcera péptica es de un 20-33%.
b) La Somatostatina y el Octeótrido han demostrado su beneficio en el sangrado atribuido a las úlceras pépticas, aunque actualmente no se considera su uso sistemático en este contexto.
c) La infusión intravenosa continua de un inhidor de la bomba de protones (IBP) en dosis altas, en comparación con su administración intermitente, ha demostrado reducir la recurrencia de la HDA secundaria a una úlcera péptica.
d) Las HDA en el contexto de lesiones de la mucosa relacionada con el estrés tienen una mayor mortalidad que por otras causas, dado que se presentan en pacientes en estado grave, aunque sin embargo tienen una menor tasa de recurrencia.

440.- Respecto a las manifestaciones extraintestinales de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), señale la respuesta INCORRECTA.:

a) Habitualmente son más frecuentes en la Enfermedad de Crohron que en la colitis ulcerosa.
b) La mayoría de los pacientes con espondilitis en este contexto son negativos para el HLA-B27.
c) La escleritis suele aparecer en el seno de una EII activa.
d) El pioderma gangrenoso no suele asociar una reagudización de los síntomas intestinales.

441.- Señale qué parámetro NO se incluye en la escala MELD (model for end stage liver disease):

a) Creatinina.
b) Albúmina.

c) Bilirrubina.
d) INR.

442.- En pacientes con hepatitis aguda medicamentosa no inducida por paracetamol, ¿cuál de los siguientes parámetros NO se incluye entre los criterios del King's College Hospital empleados para valorar la necesidad de derivación a un centro de trasplante hepático y el riesgo de requerir un trasplante?

a) Tiempo de protrombina >100 o INR >6.5.
b) Lactacto >4 mg/dl o ausencia de aclaramiento del mismo en 6 horas.
c) Bilirrubina >17.5 mg/dl.
d) Además de la edad, que la causa sea desfavorable, como las hepatitis seronegativas o las asociadas a fármacos.

443.- Respecto a la definición, clasificación y criterios diagnósticos del síndrome hepatorrenal (SHR), señale la CORRECTA::

a) El SHR se define por un aumento del 50% de la concentración de creatinina sérica con respecto al valor basal, en 7 días, o por oligoanuria confirmada en 48 horas.
b) En el SHR, característicamente hay una escasa o nula respuesta a la retirada de diuréticos, pero sí hay mejoría parcial tras la expansión adecuada de volumen con albúmina intravenosa.
c) El SHR-2 habitualmente asocia un deterioro más llamativo y rápido de la función renal que el SHR-1.
d) La ausencia de shock es uno de los criterios diagnósticos.

444.- Respecto al síndrome hepatorrenal (SHR), una de las siguientes afirmaciones es FALSA:

a) Es consecuencia de una intensa vasoconstricción de la circulación renal secundaria a la caída de las resistencias vasculares sistémicas por la disfunción circulatoria secundaria a la cirrosis avanzada.
b) Como consecuencia, se produce un fracaso renal agudo parenquimatoso por necrosis tubular aguda isquémica.
c) Existen dos tipos de SHR: el SHR de presentación aguda (SHR-AKI, antiguamente tipo 1) y el de presentación crónica (SHR-CKD, antiguamente tipo 2).
d) El tratamiento se basa en la administración de vasoconstrictores (terlipresina, noradrenalina o midodrina) asociados a albúmina.

445.- Uno de los siguientes fármacos biológicos NO tiene utilidad en el tratamiento de la enfermedad de Crohn corticodependiente o corticorresistente. Señálelo:

a) Etanercept.
b) Ustekinumab.
c) Adalimumab.
d) Vedolizumab.

446.- En referencia a la colangitis biliar primaria (CBP), señale la afirmación FALSA:

a) Es típica la elevación de IgM en plasma.
b) La negatividad de los anticuerpos antimitocondriales (AMA-2) descarta el diagnóstico.
c) No es imprescindible la biopsia para el diagnóstico.
d) El tratamiento se basa en la administración de ácido-ursodesoxicólico 13-15 mg/kg/día de por vida.

447.- De los siguientes objetivos generales en el manejo de la sepsis, uno de los siguientes NO es correcto. Señálelo:

a) Empleo de cristaloides (30 ml/Kg) en las 3 primeras horas.
b) Empleo de vasopresores para conseguir presión arterial media ≥ 65 mmHg.
c) Volumen corriente de 6 ml/Kg en aquellos pacientes que precisen ventilación mecánica no invasiva.
d) Transfusión de hematíes en aquellos pacientes con hemoglobina < 8 g/dl.

448.- Sobre el espectro de acción de los siguientes antimicrobianos, señale la respuesta FALSA:

a) Los carbapenems son activos frente a enterobacterias y bacilos gramnegativos no fermentadores (como *Pseudomonas aeruginosa* o *Stenotrophomonas maltophilia).*
b) El metronidazol es útil exclusivamente frente a organismos anaerobios (grampositivos y gramnegativos).
c) El moxifloxacino tiene mayor actividad que levofloxacino frente a grampositivos pero no es activo frente a *Pseudomonas aeruginosa.*
d) El ceftobiprol es activo frente a *Staphylococcus aureus* meticilin-resistente y tiene cierta actividad frente a *Pseudomonas aeruginosa*.

449.- Respecto a la disfagia, señale la afirmación FALSA:

a) El riesgo de broncoaspiración es mayor en la disfagia orofaríngea.
b) La disfagia para líquidos y sólidos suele orientar a un problema de propulsión por afectación neurógena y/o miógena.
c) La esofagitis eosinofílica es una causa rara de disfagia esofágica.
d) La disminución o ausencia de peristalsis y de relajación del esfínfter esofágico inferior son típicos de la acalasia.

450.- Respecto a la hemorragia digestiva alta, señale la afirmación FALSA:

a) La causa más frecuente de erosiones gástricas es la infección por H. pylori.
b) El síndrome de Mallory-Weiss tiene una tasa de recidiva baja (0-10%).
c) La colocación de TIPS en las primeras 48-72 horas (“early-TIPS”) disminuye la mortalidad y resangrado en pacientes con hemorragia variceal y hepatopatía avanzada (clase C de Child-Pugh).
d) El tratamiento endoscópico de la lesión de Dieulafoy es altamente eficaz.

CASOS CLINICOS

CASO CLÍNICO 1 PREGUNTAS 451-453

Varón de 67 años, con antecedentes de hipertensión arterial y dislipemia, acude a la consulta de Medicina Interna derivado desde su médico de cabecera por un cuadro de fiebre de hasta 38,8 ºC de predominio vespertino, acompañada de escalofríos y sudoración nocturna de 4 semanas de evolución. El paciente refiere astenia intensa, anorexia y una pérdida de peso no intencionada de 6 kg en el último mes. En la última semana asocia cefalea holocraneana vaga y rigidez dolorosa en ambas cinturas (escapular y pelviana) que le dificulta levantarse de la silla por las mañanas. No refiere tos, disuria, dolor abdominal ni cambios en el hábito intestinal. Ha realizado tres visitas previas a urgencias donde se descartó foco infeccioso evidente tras radiografía de tórax y sedimento de orina normales, recibiendo tratamiento con paracetamol sin éxito en la resolución del cuadro.

Exploración física:
TA 135/75 mmHg, FC 105 lpm, FR 18 rpm, T.ª axilar 38,5 ºC, SatO2 96% basal. Buen aspecto general, consciente y orientado en las 3 esferas. Leve palidez cutáneo-mucosa. Bien nutrido, hidratado y perfundido. Normocoloreado y eupneico. PIEL Y FANERAS: Sin adenopatías palpables en territorios accesibles. LOCOMOTOR: Dolor a la movilización activa de hombros y caderas, sin signos de artritis periférica. CABEZA Y CUELLO: Isocoria y normorreactividad pupilar. Ligera hipersensibilidad al tacto en la región temporal derecha, con pulsos temporales presentes y simétricos. Carótidas rítmicas y simétricas, sin soplos. PVY normal con reflujo hepatoyugular ausente. TÓRAX: AC: Rítmica, sin soplos ni extratronos. AP: Murmullo vesicular conservado sin agregados. ABDOMEN: Blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda. Sin masas ni visceromegalias, sin puntos dolorosos ni signos de peritonismo. Sin soplos intrabadominales. RHA normales en timbre y frecuencia. MMII: Sin edemas ni signos de TVP. Pulsos pedios presentes y simétricos.

Pruebas complementarias:
- Hemograma: Hb 10,2 g/dL, VCM 84 fL, HCM 28, Leucocitos 11.200/µL (80% neutrófilos, 15 linfocitos, 5% monocitos, 0% eosinóficlos); Plaquetas 480.000/µL, VSG 115 mm/h.

- Bioquímica: Glucosa 110 mg/dL, Creatinina 0,9 mg/dL, Sodio 137 mEq/L, Potasio 4.3 mEq/L, GOT 28 U/L, GPT 30 U/L, GGT 95 U/L, Fosfatasa Alcalina 450 U/L. Ferritina 920 ng/mL, PCR 85 mg/L.

- Coagulación (normal): Actividad protrombina 95%, INR 1.1, aPTT 32 s.

- Sistemático y Sedimento de orina (normal): pH 5.5, densidad 1.020, nitritos negativos, glucosa y proteínas negativas. Sedimento: < 2 hematíes/campo y < 3 leucocitos/campo.

- Microbiología: Tres hemocultivos y urocultivo negativos a los 5 días. Serologías para VIH, lúes, Brucella, Coxiella y Leishmania negativas. Mantoux/IGRA negativos.

- <u>Inmunología</u>: ANA negativos por IFI. Factor Reumatoide negativos.

- <u>TC toracoabdominal con contraste</u>: ausencia de abscesos, masas tumorales o adenopatías significativas.

451.- Ante los hallazgos descritos, ¿cumple este paciente los criterios para ser clasificado como un caso de Fiebre de Origen Desconocido (FOD) clásica?

a) No, porque no ha precisado ingreso hospitalario durante al menos una semana.
b) No, porque la temperatura registrada no ha superado los 39 ºC.
c) Sí, presenta fiebre ≥ 38,3 ºC de más de 3 semanas y el diagnóstico no se ha establecido tras las exploraciones adecuadas en el ámbito ambulatorio.
d) No, ya que presenta síntomas de rigidez en las cinturas que orientan el diagnóstico.

452.- Considerando el cuadro clínico, ¿cuál es la causa más probable de FOD en este caso?

a) Arteritis de células gigantes.
b) Tuberculosis miliar.
c) Linfoma no Hodgkin.
d) Colangiocarcinoma (tumor de Klatskin).

453.- Tras haber obtenido una TC toracoabdominal negativa y ante la persistencia del cuadro febril sin un foco claro, ¿cuál debería ser el siguiente paso diagnóstico más adecuado según el protocolo de estudio de la FOD?

a) Iniciar tratamiento empírico con antituberculosos por la pérdida de peso.
b) Solicitar una tomografía por emisión de positrones con 18F-fluorodesoxiglucosa (PET-18F-FDG).
c) Realizar una biopsia hepática.
d) Realizar una biopsia de médula ósea.

<u>CASO CLÍNICO 2 PREGUNTAS 454-456</u>

Mujer de 76 años con múltiples comorbilidades: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 de larga evolución con nefropatía diabética (enfermedad renal crónica con creatinina basal de 1,6-1,8 mg/dL), cardiopatía isquémica (revascularizada con stent hace 2 años), dislipemia y síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS) en tratamiento con CPAP nocturna. Acude a urgencias traída por sus familiares por un cuadro de fiebre de 39,2 ºC, escalofríos intensos y dolor en la fosa lumbar derecha de 48 horas de evolución. Refiere también náuseas, dos episodios de vómitos y sintomatología cistítica previa (disuria y polaquiuria). En la última semana ha presentado un estado de debilidad generalizada y tendencia al sueño.

<u>Exploración física:</u>
TA 105/55 mmHg, FC 112 lpm, FR 24 rpm, T.ª axilar 38,9 ºC, SatO2 93% basal.
Mal estado general, está obnubilada, pero responde a órdenes simples, retraso leve del relleno capilar (3-4 segundos).

Taquipneica pero sin uso de musculatura accesoria. Cabeza y cuello sin alteraciones. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado sin agregados. Auscultación cardiaca: taquicárdia a 110 lpm, sin soplos ni extratonos. Abdomen: Blando, depresible, no doloroso. Sin masas ni megalias. Sin puntos dolorosos ni peritonismo. Puñopercusión lumbar derecha intensamente dolorosa. RHA conservados y normales. Miembros inferiores: Sin edemas. Pulsos periféricos débiles pero simétricos.

<u>Pruebas complementarias:</u>
- Hemograma: Hb 10,8 g/dL, VCM 88 fL, HCM 27, Leucocitos 19.400/µL (89% neutrófilos, 8% bandas); Plaquetas 135.000/µL.
- Bioquímica: Glucosa 245 mg/dL; Creatinina 2,4 mg/dL (basal 1,7 mg/dL), Urea 85 mg/dL; Na 136 mEq/L, K 5,2 mEq/L. Perfil hepático: GOT 32 U/L, GPT 35 U/L (normales), GGT 88 U/L, FA 145 U/L. Procalcitonina (PCT) 12 ng/mL, PCR 180 mg/L.
- Coagulación: INR 1.4, aPTT 38 s.
- S. y sedimento de orina: pH 6.0, nitritos positivos, leucocito esterasa positiva. Sedimento: piuria (> 50 leucocitos/campo) y abundantes bacterias.
- Microbiología: Urocultivo y dos hemocultivos positivos (crecimiento a las 12 h) para *Klebsiella pneumoniae*. El estudio de resistencias identifica la producción de una metalo-β-lactamasa tipo NDM.
- Imagen: Ecografía renal urgente: Dilatación moderada del sistema pielocalicial derecho sin visualizarse causa obstructiva litiásica evidente. Resto de estructuras sin hallazgos significativos.

454.- Independientemente de la localización de la infección en el parénquima renal, ¿qué factores permiten clasificar este episodio como una infección de las vías urinarias (IVU) complicada?

a) La presencia de fiebre superior a 38,5 ºC y escalofríos.
b) La detección de nitritos positivos en la tira reactiva de orina.
c) El hecho de que el microorganismo sea una Klebsiella pneumoniae multirresistente.
d) La existencia de diabetes mellitus, insuficiencia renal previa y la edad de la paciente.

455.- Ante el aislamiento de una Klebsiella pneumoniae productora de metalo-β-lactamasa tipo NDM, ¿cuál sería el tratamiento más apropiado?:

a) Meropenem-vaborvactam.
b) Ceftazidima-avibactam junto con aztreonam.
c) Ceftazidima-avibactam en monoterapia.
d) Imipenem-relebactam.

456.- La paciente presenta criterios de sepsis de origen urinario y diabetes mal controlada. Si a pesar del tratamiento antibiótico adecuado la fiebre persistiera más de 72-96 horas, ¿cuál sería la conducta diagnóstica más recomendada?:

a) Suspender el tratamiento antibiótico y repetir los cultivos para guiar la antibioterapia.
b) Iniciar tratamiento antifúngico empírico con fluconazol por la sospecha de infección fúngica no cubierta.

c) Realizar una TC urológico (uro-TC) para descartar abscesos, necrosis papilar o pielonefritis enfisematosa.
d) Asumir que se trata de una fiebre medicamentosa y mantener una actitud expectante.

CASO CLÍNICO 3 PREGUNTAS 457-461

Varón de 67 años, portador de prótesis valvular aórtica biológica implantada hace 3 años, acude por fiebre de 38,5 ºC de 10 días de evolución, astenia y pérdida de peso. Refiere además disnea progresiva y dolor lumbar. En la exploración presenta TA 105/60 mmHg, FC 102 lpm y un soplo diastólico aórtico nuevo. Analíticamente: leucocitos 15.000/mm³, PCR 18 mg/dL, creatinina 1,6 mg/dL. Se extraen hemocultivos y se realiza ecocardiograma transtorácico, que muestra insuficiencia aórtica moderada. Posteriormente el ecocardiograma transesofágico evidencia una vegetación móvil de 12 mm sobre la prótesis valvular y un absceso perianular.

457.- ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

a) Fiebre reumática aguda.
b) Endocarditis infecciosa protésica.
c) Miocarditis viral.
d) Vasculitis sistémica.

458.- ¿Cuál es la prueba de imagen de mayor sensibilidad en este contexto?

a) TAC torácico.
b) Resonancia cardiaca.
c) Ecocardiograma transesofágico.
d) Radiografía de tórax.

459.- ¿Cuál de los siguientes microorganismos es más frecuente en este caso?

a) Streptococcus pneumoniae.
b) Staphylococcus aureus.
c) Coxiella burnetii.
d) Candida albicans.

460.- ¿Qué hallazgo constituye un criterio mayor de Duke?

a) Fiebre >38 ºC.
b) PCR elevada.
c) Hemocultivos positivos para microorganismo típico.
d) Anemia normocítica.

461.- ¿Cuál es una indicación clásica de cirugía precoz?

a) PCR persistentemente elevada.
b) Vegetación menor de 5 mm.

c) Absceso perivalvular.
d) Edad superior a 65 años.

CASO CLÍNICO 4 PREGUNTAS 462-466

Mujer de 74 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y fibrilación auricular permanente. Consulta por disnea progresiva hasta mínimos esfuerzos, ortopnea y edema en miembros inferiores. En la exploración: TA 145/85 mmHg, FC 95 lpm irregular, crepitantes bibasales y edemas maleolares. BNP: 1.800 pg/mL. Radiografía de tórax con congestión pulmonar y derrame pleural bilateral leve. Ecocardiograma: fracción de eyección del ventrículo izquierdo del 30%.

462.- ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

a) EPOC reagudizado.
b) Tromboembolismo pulmonar.
c) Insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida.
d) Hipertensión pulmonar primaria.

463.- ¿Cuál de los siguientes fármacos ha demostrado reducir mortalidad en esta entidad?

a) Digoxina.
b) Furosemida.
c) Sacubitrilo/valsartán.
d) Verapamilo.

464.- ¿Qué biomarcador resulta más útil para el diagnóstico?

a) Dímero D.
b) Troponina T.
c) BNP.
d) CK-MB.

465.- ¿Cuál de las siguientes medidas debe iniciarse precozmente si no existen contraindicaciones?

a) Antagonistas del calcio no dihidropiridínicos.
b) Betabloqueantes.
c) Flecainida.
d) Dobutamina crónica.

466.- ¿Qué hallazgo ecocardiográfico define insuficiencia cardiaca con FE reducida?

a) FEVI >60%.
b) FEVI entre 50-60%.
c) FEVI <40%.
d) Hipertrofia ventricular aislada.



CASO CLÍNICO 5 PREGUNTAS 467-471

Varón de 58 años, fumador y dislipémico, consulta por dolor centrotorácico opresivo irradiado a brazo izquierdo de 90 minutos de evolución, acompañado de sudoración y náuseas. TA 95/60 mmHg, FC 58 lpm. El ECG muestra elevación del ST en II, III y aVF. Troponina ultrasensible elevada.

467.- ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

a) IAM con elevación del ST inferior.
b) Pericarditis aguda.
c) Disección aórtica.
d) IAM con elevación del ST anterior.

468.- ¿Cuál es la arteria culpable más probable?

a) Descendente anterior.
b) Tronco común izquierdo.
c) Circunfleja.
d) Coronaria derecha.

469.- ¿Cuál es el tratamiento de reperfusión de elección si está disponible precozmente?

a) Trombolisis intravenosa.
b) Cirugía urgente.
c) Angioplastia primaria.
d) Tratamiento conservador.

470.- ¿Qué complicación debe sospecharse especialmente en este caso si se presenta con bradicardia?

a) Rotura septal.
b) Bloqueo auriculoventricular.
c) Insuficiencia mitral aguda.
d) Aneurisma ventricular.

471.- ¿Cuál de los siguientes tratamientos debe administrarse salvo contraindicación?

a) Verapamilo intravenoso.
b) Doble antiagregación plaquetaria.
c) Flecainida.
d) Digoxina.



CASO CLÍNICO 6 PREGUNTAS 472-476

Una mujer de 72 años acude al servicio de urgencias por hemoptisis, sd febril, mas tos, es fumadora y tiene una radiografía de tórax anodina, el sangrado es moderado y la saturación 89% por lo que se decide ingreso y se solicita un TAC torácico que demuestra bronquiectasias bilaterales y enfisema en lóbulos superiores.

472.- Señale la opción verdadera:

a) Los corticoides sistémicos están contraindicados porque producen inmunosupresión.
b) En las agudizaciones de EPOC no se ha demostrado que la medición de la función pulmonar sea útil en el diagnóstico o en su manejo.
c) En pacientes hospitalizados, el uso de glucocorticoides sistémicos no ha demostrado disminuir los días de ingreso.
d) El uso de corticoide está condicionado a la existencia de diabetes mellitus.

473.- En la paciente anterior, la gasometría arterial aire ambiente muestra los siguientes datos: pH 7.32 pO2 56 pCO2 62 Bicarbonato 23 SAt. O2 84%, la paciente esta taquipneica, se inicia tratamiento habitual de su agudización y oxigenoterapia, se realiza gasometría de control a la mañana siguientes con los siguientes datos: pH 7,31 pCO2 70 pO2 66 bicarbonato 28 EB +4 Sat. O2 93%. Señale la FALSA.

a) En este paciente el soporte ventilatorio con VMNI estaría contraindicado.
b) La primera medida sería ajustar la oxigenoterapia para un pO2 cercano a 60 y valorar la mejoría de la hipercapnia con una nueva gasometria.
c) La administración de O2 complementario reduce la ventilación por minuto.
d) En algunos pacientes la oxigenoterapia origina incrementos moderados de la PCO2 arterial, alterando las relaciones entre ventilación y perfusión dentro del pulmón.

474.- En cuanto a la elección del antibiótico, señale la VERDADERA:

a) Las bacterias más comunes son en exacerbaciones de EPOC son Streptococcus pneumoniae, Pseudomonas aeruginosa, Haemophilus influenzae, Moraxella catarrhalis y Chlamydia pneumoniae.
b) La elección del antibiótico debe basarse en los resultados de cultivo de esputo, no en los patrones locales de sensibilidad a antibióticos de los microorganismos más comunes.
c) Los pacientes con exacerbaciones moderadas o graves por lo general se tratan con un ciclo de cinco a siete días de antibióticos, incluso en ausencia de datos que impliquen a un microorganismo patógeno específico.
d) Los patógenos virales son menos frecuentes en la etiologia de las agudizaciones.

475.- Esta paciente logra superar esta agudización y es dada de alta, ¿cuál de las siguientes intervenciones seria la que más impacto podria tener en su supervivencia?

a) Cese del hábito tabáquico.
b) Iniciar tratamiento con un broncodilatador a largo plazo.
c) En estos pacientes la doble broncodilatación mejora la supervivencia.
d) La triple terapia porque mejora la supervivencia en los pacientes con EPOC.

476.- La paciente es valorada en consulta externa de Neumología mes y medio después. ¿Cuál de estos parámetros NO se valora para indicar tratamiento inhalado?

a) Función pulmonar : FEV1 .
b) Eosinofilia en esputo.
c) Valoración de síntomas.
d) Agudizaciones con y sin ingreso.

CASO CLÍNICO 7 PREGUNTAS 477-481

Un hombre de 68 años ingresa procedente del servicio de urgencias por disnea progresiva, el paciente trabajó en la construcción, exfumador después de un infarto hace más de 25 años, con ingreso reciente en el que se objetivó una progresión de un patrón intersticial anodino, que fue tratado con corticoides con mejoría leve, y pendiente de la consulta especifica de patología intersticial.

477.- Señale la opción FALSA:

a) Las exacerbaciones agudas no son trastornos separados, sino más bien una fase acelerada de daño pulmonar que ocurre en cualquier enfermedad intersticial pulmonar, dando por resultado fibrosis pulmonar.
b) Las tasas de mortalidad son muy elevadas, entorno al 85%.
c) La mediana de supervivencia varia de días a meses.
d) El tratamiento con corticoides e inmunosupresores se utiliza habitualmente en las agudizaciones de patología intersticial porque ha demostrado mejorar los resultados.

478.- El diagnóstico de las enfermedades pulmonares intersticiales puede ser complejo, incluso cuando se dispone de una biopsia pulmonar. Si la biopsia muestra un patrón de neumonía intersticial usual (NIU), indique cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA:

a) Este hallazgo es suficiente para realizar el diagnostico de fibrosis pulmonar idiopática.
b) Puede estar presente en enfermedades del tejido conectivo.
c) Para iniciar el tratamiento anti fibrótico es crucial tener confirmación histopatolgica.
d) La criobiopsia es una técnica sencilla y exenta de riesgos.

479.- Los signos clínicos más frecuentes y a tener cuenta ante la sospecha de fibrosis pulmonar idiopática y en otras neumopatías intersticiales y que permiten la sospecha clínica precoz son:

a) Cianosis y artritis
b) Crepitantes secos y dedos en palillo de tambor
c) Engrosamiento piel y teleangiectasias
d) Adenopatias y edema articular

480.- La broncoscopia puede ser útil en el manejo diagnóstico de las neumopatías intersticiales. Señale la FALSA:

a) La broncoscopia puede ser útil para establecer un diagnóstico de ILD específico y en casos seleccionados ayudar a establecer un diagnóstico alternativo.
b) El hallazgo en lavado broncoalveolar de eosinofilia > 25% es diagnóstico en la neumonía eosinofílica crónica o glóbulos de grasa enmacrófagos en la neumonía lipoidea). aquí para escribir texto.
c) Se encuentran glóbulos de grase en macrófagos en la neumonía lipoidea.
d) A menudo se considera que las muestras de tejido obtenidas por broncoscópia convencional son suficientes para diagnosticar casi todas las neumopatías intersticiales.

481.- El paciente anterior tiene una hermana que murió por fibrosis pulmonar hace 3 años. En relación con la fibrosis pulmonar familiar, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera?

a) El porcentaje de fibrosis pulmonar familiar, en contraposición con la idiopática, varía según el estudio hasta una cifra tan alta como del 30%.
b) La mayoría de los estudios coincide en que la presencia de un familiar cercano con neumopatía intersticial figura entre los factores de riesgo más fuertes para fibrosis pulmonar.
c) No se ha identificado ningún factor genético de forma consistente.
d) Todos los anteriores son falsos.

CASO CLÍNICO 8 PREGUNTAS 482-486

Varon de 59 años que ingresa por derrame pleural izquierdo, se realiza toracocentesis, que muestra un exudado eosinofílico. El paciente estaba en tratamiento con dabigatran por un TEP reciente por TEP. No constaban otros antecedentes.

482.- ¿Cuál de las siguientes causas cree que puede ser menos probable?:

a) Sindrome post-TEP.
b) Enf Churg -Strauss.
c) Enfermedad por parasitos.
d) Sindrome nefrótico .

483.- En este paciente ¿cuál considera que puede ser una CORRECTA aproximación diagnóstica?:

a) Realizar un TAC y esperar la evolución clínica, que si es favorable puede ser suficiente. Si el derrame pleural es progresivo, se podría considerar realizar toracocoscopia con toma de biopsias.
b) Solicitar TAC, ecocardiograma, y biopsia pleural .
c) Se debe solicitar gammagrafia de ventilación-perfusión.
d) Hay que descartar patología tumoral con PET-TAC.

484.- El paciente evoluciona favorablemente, el TAC solo demuestra liquido libre, tiene un antigeno de neumococo positivo en orina, es dado de alta con tratamiento antibiótico de levofloxacino y su anticoagulante. 4 días después el paciente acude al servicio de urgencias por síndrome febril y dolor torácico. En la radiografía de tórax se ve un aumento del derrame pleural izquierdo. En urgencias se procede a puncionar el derrame pleural pero no se obtiene líquido.

a) Es mandatorio volver a realizar toracocentesis diagnostica.
b) Es recomendable repetir el TAC torax.
c) Desde urgencias se inicia tratamiento antibiotico.
d) Todas son correctas.

485.- Cuál de los siguientes NO indican la necesidad de drenar el líquido pleural :

a) Liquido pleural loculado.
b) pH liquido pleural < 7.30.
c) Glucosa en liquido pleural < 60 mg/100ml.
d) Pus en espacio pleural.

486.- En el derrame secundario a embolia del pulmón, que aumenta después de iniciar la anticoagulación , puede ser causado por todas las siguientes causas EXCEPTO una, señale cual:

a) Embolia recurrente.
b) Neumotórax .
c) Hemotórax .
d) Infeccion pleural .

CASO CLÍNICO 9 PREGUNTAS 487-490

Hombre de 54 años, origen mejicano, residía en USA desde hacía 20 años. No fumador, ni consumidor de alcohol o drogas. Antecedentes de HTA. No antecedentes familiares de cardiomiopatía.
En tratamiento con Aspirina 81 mg/24h, hidroclorotiazida 12,5 mg/24h, lisinopril 20 mg/24h.

Enfermedad Actual: acude a urgencias por dolor torácico y síncopes de repetición. En Urgencias se objetiva estado mental alterado, FR 20 rpm, SatO2 98 % aa, Tª 36,6 ºC, Taquicardia ventricular a 202 lpm con inestabilidad hemodinámica (TA 86/53 mmHg) requiriendo cardioversión (recupera ritmo sinusal).

Pruebas complementarias:

- **Análisis de sangre: TnT-I 3,75 ng/ml (0,00-0,09 ng/ml), Creatinina 1,53 mg/dl (0,8–0,9 mg/dL).**
- **Coronariografía urgente con arterias coronarias normales.**
- **ETT: FEVI 35-40 %, Miocardiopatía dilatada con acinesia apical y aneurisma apical.**
- **Cardio RMN: aneurisma apical con discinesias apicales. Realce transmural con gadolinio de todo el ápex del ventrículo izquierdo extendiéndose hasta la**

pared anterolateral, indicando fibrosis extensa. Presencia de pequeño trombo apical.
- **TAC cerebral: sin signos de eventos tromboembólicos.**
- **Se realizó un estudio electrofisiológico, con ablación del foco septal apical, responsable de la TV. Se implantó un DAI.**
- **Se solicitó una serología de *T. cruzi* que fue positiva.**

Se inició tratamiento con sotalol, anticoagulación y se mantuvo el lisinopril.
A los 4 años requirió nueva ablación por recurrencia de la TV. Persistía en ETT FEVI 25- 30 % y sintomatología de disnea.

487.- Establezca el diagnóstico diferencial de una miocardiopatía chagásica:

a) Cardiopatía isquémica.
b) Miocardiopatía hipertrófica.
c) Amiloidosis cardiaca.
d) Todas las anteriores

488.- De las siguientes alteraciones electrocardiográficas, ¿cuál es frecuentemente el primer signo de una miocardiopatía chagásica?

a) Fibrilación auricular.
b) Bloqueo de rama derecha.
c) Taquicardia ventricular.
d) Bloqueo AV completo.

489.- ¿Cuál es la causa más frecuente de muerte en la miocardiopatía chagásica?

a) Muerte súbita.
b) Insuficiencia mitral.
c) Tromboembolismo.
d) Ninguna de ellas

490.- Indique cómo optimizar el tratamiento de la IC de este paciente:

a) Añadir furosemida.
b) Mantener el mismo tratamiento.
c) Añadir amiodarona.
d) Cambiar el IECA por INRA (inhibidores de la neprilisina y el receptor de la angiotensina)

CASO CLÍNICO 10 PREGUNTAS 491-494

Varón de 32 años, que ingresa por síndrome confusional, cefalea y rigidez de nuca de dos semanas de evolución junto con fiebre en las últimas 48 horas y somnolencia el día de ingreso. Está casado y tiene 4 hijos, fue fumador en el pasado. No bebe ni usa otras drogas. Trabajó en la construcción.

Como antecedentes personales está diagnosticado de enfermedad de Behçet de 10 años de evolución con múltiples complicaciones sistémicas asociadas a esta enfermedad, además de ulceras orales y genitales y fiebre de modo intermitente. Como antecedente más reciente sufrió 1 año y medio antes una meningitis linfocitaria. Ha recibido diferentes tratamientos inmunosupresores tales como azatioprina y ciclosporina, así como tratamientos biológicos.

En la exploración física destaca: Tª 39,5 ºC, TA 122/71, FC 81 lpm, FR 18 rpm, sat 96 % aire ambiente, consciente pero somnoliento, responde a preguntas sencillas, está orientado en persona y lugar, pero no en tiempo. Inyección conjuntival en ojo izquierdo, sin otras lesiones en la piel o en la mucosa oral. Sin aparente focalidad neurológica. Resto de exploración anodina.

Se le realzaron análisis que mostraron función renal, iones, glucosa, función hepática y coagulación normales. PCR 39 y VSG 24. Sin anemia y con 11.760 leucocitos con 9.430 neutrófilos y linfocitos normales. Sedimento urinario normal salvo trazas de cuerpos cetónicos.

El estudio de tóxicos fue negativo.

Serología de VIH, antígeno criptocócico y anticuerpos treponémicos fueron negativos. Se descartó también infección tuberculosa.

Se obtuvieron Rx tórax que fue normal y TAC de cabeza y cuello que también fue normal salvo engrosamiento de mucosa de ambos senos maxilares.

Se inició tratamiento empírico con vancomicina, ceftriaxona, ampicilina y aciclovir.

Tras suspender apixaban y sustituir por HBPM se realizó punción lumbar en el 4º día (no se midió presión de apertura) y se obtuvieron los siguientes resultados: proteínas normales, glucosa 40 mg/dl, hematíes 2 por microlitro, leucocitos 284 por microlitro (72 % linfocitos, 13 % neutrófilos, 11 % monocitos, 4 % no clasificados).

No se detectó VHS tipo 1 ni tipo 2, el cultivo para bacterias fue negativo y no se observaron micobacterias ni hongos. El test del antígeno de criptococo y el RNA de enterovirus fueron negativos.

491.- En este paciente, además de las úlceras orales y genitales, esperaría que entre sus antecedentes se describiera todo los siguiente EXCEPTO:

a) Eritema nodoso, artralgias y artritis.
b) Trombosis venosas en distintos territorios además de en miembros.
c) Compromiso ocular en forma de hipopión, entre otras manifestaciones oculares.
d) Afectación gastrointestinal sobre todo perianal y rectal con un aspecto endoscópico muy característico.

492.- En cuanto al diagnóstico sindrómico y la exploración de este paciente elija la respuesta CORRECTA:

a) Normalmente en la afectación del tallo del cerebro no se aprecia nistagmos, asimetría pupilar o respuesta pupilar anormal a la luz.
b) En la encefalopatía tóxico-metabólica habitualmente la respuesta pupilar a la luz y los movimientos oculares está preservada.
c) La encefalopatía tóxico-metabólica nunca se presenta con mioclonías y asterixis.
d) La corea y los movimientos distónicos pueden ser la clave en el diagnóstico de la encefalopatía tóxico-metabólica

493.- De los siguientes enunciados elija el INCORRECTO:

a) El cuadro probablemente no está relacionado con un efecto de los inhibidores TNF ya que estos provocan lesiones desmielinizantes con alteraciones focales sensitivas y motoras y menos frecuentemente síndrome confusional.
b) La encefalitis como complicación de la enfermedad de Behçet es debida a una vasculitis de pequeño vaso con predominio de venulitis.
c) La encefalitis en la enfermedad de Behçet es una complicación relativamente frecuente.
d) El análisis del LCR que presenta este paciente hace poco probable una encefalitis autoinmune

494.- Respecto al tratamiento de la enfermedad de Behçet, elija la respuesta que le parezca MENOS ADECUADA:

a) Los glucocorticoides tópicos u orales, la colchicina y la azatioprina son diversos fármacos que se pueden usar para el tratamiento de las lesiones mucocutáneas y la afectación articular.
b) Hay un amplio consenso en que los inhibidores de los TNF alfa en combinación con los glucocorticoides son una buena alternativa de 1ª línea en el neuro-Behçet severo o refractario.
c) Los corticoides tópicos no tienen utilidad en la afectación ocular de la enfermedad de Behçet.
d) Dado que la trombosis venosa profunda en la E. de Behçet se relaciona con una inflamación endotelial, la prevención primaria de dicha manifestación en esta enfermedad pasa más por tratar la inflamación y la enfermedad de base que, por instaurar únicamente una anticoagulación primaria

CASO CLÍNICO 11 PREGUNTAS 495-498

Mujer de 75 años, con antecedentes personales de:

Sin alergias medicamentosas conocidas.

DM tipo 2 de larga evolución, con lesión de órgano diana: retinopatía, arteriosclerosis y nefropatía diabética, en situación de enfermedad renal crónica grado 3a, con aclaramiento de creatinina basal entre 45-50 ml/min y microalbuminuria. En la actualidad, aceptable control metabólico, con última hemoglobina glicada de 7%, bajo tratamiento con metformina, sitagliptina e insulina glargina.

Implante de prótesis total de cadera derecha en agosto de 2022. Infección protésica precoz por Stapylococcus aureus meticilin resistente, con hemocultivos negativos. Tratada con limpieza, retención de la prótesis y recambio de partes móviles, además de tratamiento antimicrobiano con daptomicina y posteriormente linezolid hasta completar 8 semanas. En el seguimiento posterior permanece con reactantes de fase aguda y VSG dentro de los límites normales, articulación protésica no dolorosa y sin alteraciones funcionales, sin datos de recidiva infecciosa.

Ingreso por neumonitis por infección por Virus Influenza B en marzo de 2023, con tratamiento antimicrobiano con amoxicilina-clavulánico, por sospecha de sobreinfección bacteriana bronquial. Sin documentación microbiológica respiratoria. Portó catéter venoso periférico durante 5 días sin complicaciones. Se objetivó estado de portadora nasal de S.aureus meticilin resistente, con intento de decolonización con mupirocina tópica, tras demostrar sensibilidad in vitro, durante 5 días, sin controles posteriores. Alta por curación clínica del proceso respiratorio.

Deterioro cognitivo leve de origen vascular. Test Mini Mental de 22. Institucionalizada por insuficiente soporte social. Barthel 80.

<u>Tratamiento habitual:</u> Sitagliptina/metformina 50/1.000 mg cada 12 horas. Insulina glargina 20 U.I. al día. Ácido acetil salicílico 100 mg al día. Simvastatina 10 mg al día. Paracetamol 1.000 mg si precisa por dolor.

<u>PROCESO ACTUAL:</u>
Ingresa en mayo de 2023, por postración y un episodio autolimitado de temblor generalizado, sin pérdida de consciencia. En el Servicio de Urgencias de objetiva temperatura 37 ºC, tensión arterial sistémica 123/56 mmHg, frecuencia cardiaca de 80 latidos por minuto, desorientada en tiempo y parcialmente en espacio, leve bradipsiquia, sin meningismo ni focalidad neurológica. Bien hidratada. Auscultación cardiopulmonar sin alteraciones, así como la exploración abdominal. No dolor articular. No edemas ni signos de trombosis venosa. En la analítica sanguínea destaca PCR 35, leucocitosis leve (12.000) con neutrofilia del 85 % y filtrado glomerular de 45. Iones normales. Ingresa para observación, con su tratamiento habitual, excepto los antidiabéticos orales.

A la llegada a planta tensión arterial de 120/55 mmHg, frecuencia cardiaca de 75 latido por minuto y temperatura de 37,9 ºC, por lo que se extraen dos muestras de hemocultivos pautados desde Urgencias. No se modifica el tratamiento.
A la mañana siguiente, desde el Servicio de Microbiología se avisa por crecimiento en ambas muestras de hemocultivos, de cocos Gram positivos en racimos, con detección mediante técnicas rápidas de biología molecular, del gen mecA de resistencia a meticilina. En la evaluación de la paciente se objetiva tensión arterial de 63/34 mmH y temperatura de 38,8 ºC.

495.- En relación con la información clínica y microbiológica disponible, señale la respuesta CORRECTA:

a) Lo más probable es que se trate de una sepsis bacteriémica por *Staphylococcus aureus* meticilin resistente. El inicio de tratamiento inmediato adecuado tiene un impacto demostrado en la mortalidad.
b) Lo más probable es que se trate de una contaminación de las muestras de hemocultivos. No es necesario cambios en el tratamiento.

c) Es conveniente esperar a los resultados microbiológicos definitivos antes de tomar decisiones.
d) Ninguna de las anteriores es correcta

496.- ¿Cuál sería el tratamiento antimicrobiano semidirigido más adecuado en este caso?

a) Daptomicina 10 mg/kg/día y retirar estatina.
b) Vancomicina 1.000 mg cada 12 horas. No precisa monitorización de niveles plasmáticos.
c) Cloxacilina 12 gramos al día en perfusión continua.
d) No precisa inicio de tratamiento antimicrobiano hasta no disponer de los resultados microbiológicos definitivos.

497.- Si se confirmase bacteriemia por *Staphylococcus aureus* meticilin resistente ¿Cuál considera que es el manejo diagnóstico adecuado?

a) Extracción de hemocultivos cada 48-72 horas, hasta demostrar su negatividad con el tratamiento antimicrobiano.
b) Estudios ecocardiográficos para valorar la posibilidad de endocarditis infecciosa, incluso con ecocardiografía transesofágica.
c) Técnicas de imagen para búsqueda de foco primario o complicaciones metastásicas sépticas, que requiriesen control de foco infeccioso.
d) Todas las anteriores son correctas

498.- Si en el estudio dirigido no se demuestra endocarditis infecciosa, infección del material protésico ni complicaciones a distancia, y se confirma una bacteriemia por *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SARM), ¿cuál sería, según la evidencia disponible, la duración del tratamiento actualmente más aceptada?

a) 2 semanas.
b) 4 semanas desde hemocultivos negativos, se trata de una bacteriemia complicada.
c) 6 semanas.
d) 8 semanas desde hemocultivos negativos

CASO CLÍNICO 12 PREGUNTA 499

Una paciente mujer de 48 años consulta por cuadro clínico caracterizado por fiebre termometrada de 39,3°C, de inicio a cuatro días después de una cirugía de bypass gástrico por obesidad severa. No presenta ni tos ni dipnea. No clínica miccional. Es portador de un catéter venoso central en el lado derecho del cuello.

En la exploración física destaca frecuencia cardíaca de 88 latidos por minuto y presión arterial es de 128/88 mm Hg. La palpación abdominal superficial provoca dolor en la zona de la incisión quirúrgica, sin eritema de la incisión. Las extremidades inferiores son simétricas, sin edema. La prueba de PCR de SARS-CoV-2 es negativa.

En la analítica, los leucocitos son de 8 600 por mm3 (rango de referencia, 4 500 a 11 000). El hemocultivo fue positivo a coco gram positivos, compatible con Staphylococcus aureus.

499.- ¿Cuál de las siguientes pruebas le parece la primera y más apropiada para este paciente?:

a) Comprobar una muestra de heces para Clostridium difficile
b) Realizar una ecografía doppler de extremidades inferiores.
c) Retirar el catéter venoso central.
d) Obtenga una TAC del abdomen y la pelvis con contraste.

CASO CLÍNICO 13 PREGUNTA 500

Un paciente hombre de 67 años con diabetes tipo 2, hipertensión arterial e hiperlipidemia está a punto de ser dado de alta del hospital después de haber ingresado con un infarto de miocardio con elevación del segmento ST.

Se ha realizado una intervención coronaria percutánea primaria. Aunque un ecocardiograma transtorácico previo al alta revela una fracción de eyección del ventrículo izquierdo del 28%, el paciente no tiene síntomas clínicos de insuficiencia cardíaca. Los resultados de laboratorio muestran una creatinina sérica de 1 mg/dL (normal) y el potasio sérico de 4 mEq/L.

El paciente sigue tratamiento con ácido acetilsalicílico, metformina, atorvastatina, lisinopril y metoprolol.

500.- ¿Se debe AÑADIR algún otro fármaco al tratamiento?:

a) Furosemida.
b) Valsartan.
c) Bisoprolol.
d) Espironolactona.

Osakidetza

