



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

ACCESO: PROMOCIÓN INTERNA

CATEGORÍA: FEA MEDICINA INTERNA.

CONCURSO-OPOSICIÓN PARA CUBRIR PLAZAS BÁSICAS VACANTES:

Resolución de 5 de julio de 2018 (BOJA núm. 134, 12 de julio).

ADVERTENCIAS:

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

1^a PRUEBA: CUESTIONARIO TEÓRICO

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

2^a PRUEBA: CUESTIONARIO PRÁCTICO

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

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

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

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

- 1 Los derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de muerte se regulan, en la Comunidad Autónoma de Andalucía, en la Ley:**
- A) Ley 3/2001, de 28 de Mayo
 - B) Ley 7/2007, de 12 de Abril
 - C) Ley 22/2009, de 18 de Diciembre
 - D) Ley 2/2010, de 8 de Abril
- 2 La entidad que surge en el SSPA con el fin de poner a disposición de las organizaciones, y de todos los interesados, el conocimiento generado por sus profesionales (buenas prácticas, acciones de mejora, notificación de incidentes, etc.) con la finalidad de ayudar a proporcionar cuidados cada vez más seguros, se denomina...**
- A) Escuela Andaluza de Salud Pública
 - B) Observatorio para la Seguridad del Paciente
 - C) Fundación para la Seguridad del Paciente
 - D) El Defensor del Paciente
- 3 Señale cuál de los siguientes no es un Estudio Descriptivo:**
- A) Estudios transversales
 - B) Estudios de series de casos
 - C) Estudios de cohortes
 - D) Estudios ecológicos
- 4 ¿Cuál de los siguientes no es un criterio de causalidad según Breslow?**
- A) Fuerza de la asociación
 - B) Secuencia temporal
 - C) Verosimilitud biológica
 - D) Existencia de hipótesis alternativas
- 5 ¿Cuál de los siguientes sistemas de información no está integrado en DIRAYA?**
- A) Conjunto mínimo básico de datos (CMBD)
 - B) Módulo de acceso centralizado de operadores (MACO)
 - C) Historia de salud (HS)
 - D) Base de datos de usuarios (BDU)

6 El test no paramétrico para realizar una inferencia estadística sobre dos medias independientes, alternativo a la t de Student es:

- A) Test de Mann-Whitney
- B) Correlación de Spearman
- C) Test exacto de Fisher
- D) Test de Wilcoxon

7 Cuando el investigador divide los resultados muestrales en una zona de rechazo y otra de aceptación, estamos realizando...

- A) Contraste de Hipótesis
- B) Estimación por intervalo
- C) Nivel de Confianza
- D) Ninguna de ellas

8 El tipo de Muestreo determinado por, primero, la ordenación numérica de todos los individuos de la población, luego, la división del tamaño poblacional entre el tamaño de la muestra, resultando un cociente k y finalmente, la elección al azar de un elemento de la población, y a partir de él se seleccionan de k en k todos los elementos siguientes, se denomina...

- A) Muestreo Aleatorio Simple
- B) Muestreo Aleatorio Estratificado
- C) Muestreo Aleatorio Sistemático
- D) Muestreo Aleatorio por áreas

9 El instrumento AGREE es específico de la evaluación de:

- A) Ensayos clínicos controlados
- B) Estudios de cohortes
- C) Guías de práctica clínica
- D) Meta-análisis

10 El Sistema de Clasificación de Pacientes utilizado actualmente en Andalucía es...

- A) CMBDA
- B) COAN H y D
- C) GRD's
- D) CIE-10

11 La capacidad de las Comunidades Autónomas de asumir competencias en materia de Sanidad e Higiene, viene recogida en la Constitución en su Artículo...

- A) 143
- B) 146
- C) 148
- D) 155

12 No es un derecho recogido en el Artículo 22 del Estatuto de Andalucía

- A) Fertilización in Vitro
- B) Consejo Genético
- C) Acceso a Cuidados Paliativos
- D) Asistencia Geriátrica Especializada

13 La elaboración del Plan Andaluz de Salud corresponde a...

- A) Servicio Andaluz de Salud
- B) Consejería de Salud
- C) Parlamento Andaluz
- D) Consejo de Gobierno Andaluz

14 Según la Orden de 11 de marzo de 2004: ¿Quién tiene entre sus funciones elaborar y aprobar la memoria anual del Servicio Andaluz de Salud en materia de prevención de riesgos laborales?:

- A) La Consejería de Empleo.
- B) La Consejería de Salud.
- C) La Subdirección de Personal de la Dirección General de Profesionales del SAS.
- D) La Unidad de Coordinación de Prevención de Riesgos Laborales.

15 Según el Art 26 del Estatuto Marco, procederá la prórroga en el servicio activo, a instancia del interesado, cuando en el momento de cumplir la edad de jubilación forzosa, al interesado le resten cotizaciones para causar pensión de jubilación de:

- A) 7 años o menos
- B) 6 años o menos
- C) 5 años o menos
- D) 4 años o menos

16 ¿En cuál de las siguientes enfermedades o procesos patológicos del corazón y los grandes vasos puede considerarse la ecocardiografía bidimensional transtorácica como la prueba de imagen de elección?

- A) Miocardiopatía restrictiva
- B) Derrame pericárdico
- C) Trombos o tumoraciones en la aurícula izquierda de menos de 1 cm
- D) Cardiopatías congénitas

- 17 En los pacientes con isquemia crónica estable de miembros inferiores ¿cuál de las siguientes considera la respuesta MENOS correcta?**
- A) El tratamiento está dirigido a mejorar la distancia en la marcha y la calidad de vida
 - B) El tratamiento está dirigido a reducir el riesgo de presentar complicaciones cardiovasculares que pongan en riesgo la vida del paciente.
 - C) La modificación de los factores de riesgo, la recomendación de practicar ejercicio físico y el abandono del hábito tabáquico son esenciales en el tratamiento
 - D) El uso de AAS como antiagregante plaquetario en la arteriopatía periférica ha demostrado reducir las complicaciones cardiovasculares en pacientes sin enfermedad coronaria o ictus
- 18 Un paciente se presenta en el Servicio de Urgencias con unas cifras tensionales de 180/120 mmHg, en el curso evolutivo de un aneurisma de aorta; se debe manejar como:**
- A) Una hipertensión arterial en estadio 1
 - B) Una emergencia hipertensiva
 - C) Una rotura del aneurisma de aorta
 - D) Una hipertensión arterial secundaria
- 19 En un paciente con angina inestable y estenosis del 90% en la coronaria derecha y del 90% en la circunfleja, con buena función ventricular, el tratamiento de elección es:**
- A) Betabloqueantes
 - B) Intervencionismo coronario percutáneo
 - C) Aspirina
 - D) Cirugía de revascularización con puente (by-pass) de mamaria
- 20 ¿Cuál de los siguientes parámetros se asocia a mayor mortalidad a corto plazo en el contexto de un tromboembolismo pulmonar?**
- A) Cambios electrocardiográficos
 - B) Carga trombótica
 - C) Inestabilidad hemodinámica
 - D) Alteración del nivel de conciencia

- 21 Un hombre de 39 años sin antecedentes patológicos, que pesa 75 kilos, acude a Urgencias por sufrir un síncope mientras caminaba. Dos días antes había comenzado con disnea de esfuerzo. El examen físico mostraba una auscultación pulmonar normal y auscultación cardíaca rítmica a 130 lpm, sin soplos. Presión arterial de 78/50 mmHg, saturación de oxígeno por pulsioximetría del 88%. Abdomen y extremidades sin alteraciones. ECG: Taquicardia sinusal a 130 lpm, con ondas T invertidas de V1 a V4. Troponina : 1,2 nanogramos/ml. AngioTC torácico: defecto de repleción en ambas arterias pulmonares principales. Una hora después persiste TA en 70/50 mmHg. ¿Cuál sería el tratamiento inicial más adecuado?**
- A) Enoxaparina 80 mg sc cada 12h, comenzando ante la sospecha diagnóstica
 - B) Enoxaparina 80 mg sc cada 12h, comenzando tras la confirmación diagnóstica
 - C) Fondaparinux 7,5 mg subcutáneos/día
 - D) Heparina no fraccionada 10.000 unidades iv ante la sospecha clínica, y fibrinolisis con activador tisular del plasminógeno (tPA) 100 mg iv una vez confirmado el diagnóstico
- 22 Mujer de 78 años de edad con hipertensión e hipercolesterolemia que dos años antes del inicio del cuadro actual fue estudiada por cuadro de diarrea sin evidencia de alteraciones en enema opaco ni colonoscopia. En la actualidad acude a Urgencias por presentar dolor abdominal agudo más intenso en hemiabdomen izquierdo, con malestar general, sudoración y rectorragia. En su exploración física destaca abdomen doloroso con leve distensión y tacto rectal que muestra restos hemáticos. Con estos datos ¿cuál considera que es el diagnóstico más probable?**
- A) Cáncer de colon
 - B) Colitis ulcerosa
 - C) Colitis isquémica
 - D) Colitis pseudomembranosa
- 23 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera respecto a la diverticulitis perforada localizada?**
- A) La prueba diagnóstica más adecuada es la tomografía axial computerizada de abdomen
 - B) Suele asentarse en ciego
 - C) La edad de presentación mas frecuente es entre la segunda y la quinta décadas de la vida
 - D) El tratamiento de elección es la colectomía subtotal
- 24 En mujeres jóvenes con cuadro de dolor abdominal agudo en fosa iliaca derecha y fiebre ¿Cuál debe ser la técnica de imagen inicial para aproximar el diagnóstico?**
- A) Radiografía simple de abdomen
 - B) La ecografía abdominal
 - C) Ecografía transvaginal
 - D) TAC de abdomen sin contraste

- 25 ¿Cuál de los siguientes datos clínicos registrados en la historia de un paciente con diarrea de más de cuatro semanas de evolución puede encontrarse en personas sin patología orgánica?**
- A) Persistencia de diarrea durante la noche
 - B) Expulsión de moco en más del 25% de las defecaciones
 - C) Pérdida de peso con o sin rectorragia
 - D) Presencia durante la exploración de dermatitis y/o artritis
- 26 Un chico de 17 años de edad con enfermedad de Crohn y afectación colónica de 2 años de evolución, en tratamiento con azatioprina, consulta por la aparición de nódulos subcutáneos rojo violáceos, calientes, dolorosos, de localización pretibial, bilaterales, asociados a incremento del número de deposiciones y dolor abdominal. La actitud más apropiada en este caso es:**
- A) Biopsiar zonas de piel alejadas de las áreas lesionadas y pautar analgésicos opioides de entrada
 - B) Sospechar la existencia de una tumoración maligna intestinal como desencadenante del proceso cutáneo
 - C) Ajuste del tratamiento de la enfermedad intestinal
 - D) Recomendar reposo relativo y paños calientes en ambas piernas y añadir tratamiento antidepresivo
- 27 Enfermo de 49 años diagnosticado de cirrosis hepática alcohólica. Presenta ascitis desde hace dos años con pobre respuesta a tratamiento diurético. A pesar de estar con furosemida 120 mg/día + espironolactona 300 mg/día, presenta ascitis a tensión. En la analítica destaca: Na 122 mEq/l; K 4,8 mEq/l y Creatinina 1,5 mg/dl. ¿Cuál sería la actitud terapéutica más correcta?**
- A) Aumentar aún mas la dosis de diuréticos
 - B) Establecer un régimen de paracentesis evacuadoras con reposición de albúmina
 - C) Administrar una sobrecarga de suero hipertónico salino para forzar diuresis
 - D) Insertar un TIPS
- 28 En relación al síndrome de Budd-Chiari, solo una de las siguientes afirmaciones es correcta:**
- A) Se acompaña de ascitis con alto contenido en proteínas (>3 gr/dL)
 - B) Es una complicación frecuente de la cirrosis biliar primaria
 - C) No suele complicarse con hemorragia por rotura de varices
 - D) Su frecuencia es elevada en personas anticoaguladas con dicumarínicos
- 29 ¿En cuál de las siguientes entidades enumeradas a continuación NO es característica la presencia de síntomas o signos de malabsorción?**
- A) Enfermedad de Whipple
 - B) Enfermedad de Wilson
 - C) Linfangiectasia intestinal
 - D) Esprúe celiaco

30 Mujer de 32 años valorada por presentar aftas bucales recidivantes y molestias abdominales difusas de forma ocasional; no diarrea. En la analítica se aprecia anemia de 11.2 gr/ dl con ferropenia, movilización ligera de transaminasas (AST: 56 U/L y ALT: 63 U/L) y Ac antitransglutaminasa IgA con un valor de 180 U/ mL. ¿Qué prueba de entre las siguientes considera la más adecuada para establecer el diagnóstico?

- A) Cápsula endoscópica
- B) Colonoscopia
- C) Ecografía abdominal
- D) Biopsia intestinal

31 Un signo de deterioro extremo que requiere una valoración expedita y urgente en un paciente respiratorio es:

- A) Taquipnea superior a 28 por minuto
- B) Imposibilidad de deambular más de 100 metros
- C) Imposibilidad de completar una frase
- D) Presencia de sibilancias

32 Cuando secundariamente a la hipoxia mantenida, la desoxihemoglobina supera los 5 gramos por cada 100 mililitros se sucede el fenómeno de:

- A) Aparición de dedos hipocráticos
- B) Insuficiencia ventricular derecha
- C) Cianosis
- D) Retención de carbónico

33 El diagnóstico definitivo de obstrucción bronquial se define por la aparición en la espirometría de:

- A) Capacidad vital forzada (FVC) disminuida
- B) Volumen residual aumentado
- C) Volumen espiratorio forzado en 1 segundo (FEV1) disminuido
- D) Relación FEV1/FVC disminuida

34 La gravedad de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) se mide por los criterios GOLD (Global Initiative for Lung Diseases) en varios grados. ¿cuál es la característica por la que se diferencian?:

- A) Número de exacerbaciones el último año
- B) Retención de carbónico
- C) Prueba de marcha 6 minutos inferior a 175 metros
- D) Datos de la espirometría, FEV1/FVC

35 Los criterios más utilizados para la definición y consideración de Exacerbación de Aguda de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EAEPOC) son los de Anthonise, que se refieren a:

- A) Aumento de la disnea, fiebre y dolor torácico
- B) Aumento de la expectoración, leucocitosis y fiebre
- C) Aumento de la disnea, de la expectoración y de la purulencia en el esputo
- D) Fiebre, dolor torácico y aumento de la purulencia en el esputo

36 El efecto antiasmático conseguido por el Omalizumab esta mediado por su acción:

- A) Broncodilatadora directa
- B) Bloqueador de la IgE circulante
- C) Antiinflamatoria
- D) Efecto anti TNF-alfa

37 Los problemas sistémicos de salud asociados al Síndrome de Apnea-Hipopnea de Sueño (SAHS) del adulto NO incluyen:

- A) Elevación de la presión arterial media
- B) Disminución moderada de la función renal
- C) Aumento del riesgo anestésico
- D) Aumento de la resistencia insulínica

38 Entre los tratamientos propuestos en el manejo terapéutico de la Enfermedad Intersticial Pulmonar, ¿cuál ha demostrado repercusión beneficiosa en la calidad de vida de los pacientes?

- A) Rehabilitación respiratoria
- B) Inmunomoduladores de fibroblastos
- C) Esteroides y/o Inmunosupresores
- D) Colchicina

39 Los síntomas iniciales del Cáncer de Pulmón son, por orden de frecuencia:

- A) Hemoptisis, Síndrome de Vena Cava Superior y Disfagia
- B) Dolor torácico, Dolor óseo y Fiebre
- C) Tos, Adelgazamiento y Disnea
- D) Dedos hipocráticos, Debilidad y Disfagia

40 Mujer de 75 años que consulta por náuseas y vómitos de 3 días de evolución. Presenta presión arterial de 185/85 mmHg y lesiones purpúricas en los dedos de ambos pies. En la analítica se objetiva urea 230 mg/dL y creatinina 5.8 mg/dL. Tres semanas antes se le realizó un cateterismo cardíaco con revascularización de la arteria descendente anterior. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

- A) Hipertensión arterial maligna
- B) Necrosis tubular aguda por contraste
- C) Insuficiencia renal rápidamente progresiva
- D) Enfermedad ateroembólica renal

41 Mujer de 18 años de edad que acude al Hospital por edemas en miembros inferiores de una semana de evolución, destacando en la analítica una proteinuria en rango nefrótico con hipoproteinemia e hipoalbuminemia. En la anamnesis refiere aftas orales recidivantes, artritis de pequeñas articulaciones de las manos, rash malar y fotosensibilidad. En el estudio etiológico destaca la presencia de ANA y anti-DNA con hipocomplementemia. La determinación de ANCA es negativa. Se realiza una biopsia renal en la que podríamos encontrar cualquiera de estos tipos de glomerulonefritis, EXCEPTO:

- A) Glomerulonefritis mesangial
- B) Glomerulonefritis necrotizante paucimune
- C) Glomerulonefritis proliferativa focal
- D) Glomerulonefritis proliferativa difusa

42 Hombre de 38 años que consulta por disnea y hemoptisis. En los análisis de sangre tiene anemia, creatinina 7 mg/dL, urea 250 mg/dL y anti-MBG (anticuerpos anti-membrana basal glomerular) positivos a título alto. Se realiza biopsia renal que muestra semilunas en el 75% de los glomérulos y en la inmunofluorescencia aparece un patrón de depósito lineal de Ig. ¿Cuál de las siguientes es la respuesta correcta?

- A) Se trata de una Nefropatía IgA con fracaso renal agudo secundario
- B) Estaría indicada la realización de plasmaféresis
- C) Se trata de una glomerulonefritis membranosa
- D) El micofenolato mofetilo es el tratamiento inicial de elección

43 En un paciente con insuficiencia renal crónica, todas estas alteraciones pueden presentarse EXCEPTO una. Indique cuál.

- A) Hiperparatiroidismo secundario
- B) Hiperuricemia
- C) Hipertrigliceridemia
- D) Disminución en concentración de Lp(a)

44 La calcifilaxia es una de las complicaciones en relación al metabolismo anormal de minerales, que aparecen en los pacientes con Insuficiencia renal crónica. Respecto a esta entidad, es verdad que:

- A) Es una complicación leve
- B) Aparece en fases iniciales de la insuficiencia renal crónica
- C) Solo aparece en el contexto de hiperparatiroidismos graves
- D) El tratamiento con warfarina es un factor de riesgo para su aparición

45 Respecto a la falta de respuesta al tratamiento con eritropoyetina (EPO) de la anemia en la insuficiencia renal crónica, una de las siguientes afirmaciones es FALSA:

- A) El estado de las reservas de hierro no influye en la respuesta
- B) Los individuos con alguna hemoglobinopatía como la drepanocitosis o la talasemia, por lo general, no reaccionan normalmente a la administración de EPO
- C) El hiperparatiroidismo grave es una causa de la falta de respuesta al tratamiento
- D) La coexistencia de infección crónica o una neoplasia disminuyen la respuesta al tratamiento

46 ¿Cuál de los siguientes fármacos no aumenta los niveles plasmáticos de potasio?

- A) Captopril
- B) Espironolactona
- C) Amiloride
- D) Nifedipino

47 Respecto a los anticoagulantes de acción directa y su uso en la insuficiencia renal, es FALSO que:

- A) Todas las moléculas comercializadas en nuestro país están contraindicadas en pacientes con filtrado glomerular < 15 mL/min
- B) Dabigatránn está contraindicado en pacientes con filtrado glomerular < 30 mL/min
- C) Tanto dabigatránn como rivaroxabán necesitan reducir la dosis en pacientes con FG < 50 mL/min
- D) No es necesario ser muy exhaustivo en el ajuste de la dosis porque estos fármacos tienen antídotos para usar en caso de sobredosificación resultante por la insuficiencia renal

48 De los siguientes antibióticos, ninguno necesita ajuste de dosis en presencia de insuficiencia renal, EXCEPTO:

- A) Doxiciclina
- B) Amoxicilina-clavulánico
- C) Metronidazol
- D) Moxifloxacino

49 ¿Cuál de los siguientes pacientes NO tiene un riesgo aumentado de tener una infección urinaria?

- A) Mujer joven sin antecedentes de interés e inicio de relaciones sexuales
- B) Varón entre 20 y 50 años sin otros antecedentes
- C) Mujer diabética de 56 años
- D) Mujer de 29 años gestante de 32 semanas

50 En la pielonefritis enfisematoso, es FALSO que:

- A) Casi siempre se precisa la resección quirúrgica del tejido afectado, además de antibióticos por vía parenteral
- B) Suele tener una clínica poco florida y un curso inicial tórpido que dificultan el diagnóstico
- C) Casi siempre afecta a personas diabéticas y es frecuente que se acompañen de obstrucción urinaria
- D) E. Coli provoca la mayor parte de los casos, aunque también se aislan otras enterobacterias

51 Paciente de 15 años, diagnosticado de alteraciones de la conducta alimentaria, con toma frecuente de laxantes y diuréticos, acude a Urgencias por cuadro de malestar abdominal con náuseas, fiebre y erupción cutánea pruriginosa. Presenta en las pruebas complementarias un deterioro agudo de función renal, orina con cociente proteína/creatinina de 1.5 g/g; cilindros leucocitarios y eosinofilia. ¿Qué patología renal debemos sospechar?

- A) Nefritis intersticial inmunoalérgica
- B) Glomerulonefritis rápidamente progresiva
- C) Púrpura Trombótica Trombocitopénica
- D) Glomerulonefritis postinfecciosa

52 Se considera en la definición clínica de gota no solo a la artropatía inflamatoria en sus formas aguda y crónica sino al espectro de las enfermedades clínicas resultado del depósito de cristales de urato monosódico monohidrato en los tejidos subcutáneos y el riñón, que se manifiestan como depósitos tofáceos, celulitis inflamatoria, nefropatía por urato y cálculos renales. En relación a esta enfermedad (la gota) son ciertas todas las aseveraciones siguientes, EXCEPTO:

- A) Hay una correlación directa entre el grado de elevación del urato sérico y la probabilidad de sufrir gota
- B) Se ha publicado en múltiples estudios que los varones tienen una probabilidad de tres a seis veces mayor que las mujeres de presentar gota, y la edad ha tenido una repercusión decisiva en la prevalencia de la gota
- C) La forma clínica más frecuente es la gota poliarticular crónica, antes conocida como gota tofácea crónica, por la presencia característica de tofos
- D) La excreción urinaria de uratos en la mayoría de los sujetos con gota es un tercio menos que en los sujetos normales, a igualdad de concentración sérica de ácido úrico

53 El grupo heterogéneo de enfermedades clínicas asociadas a los cristales de pirofosfato cálcico dihidratado (PCDH) se llaman colectivamente enfermedades por depósito de PFCD. Dentro de este espectro se consideran los siguientes cuadros clínico-radiológicos, EXCEPTO:

- A) La condrocalcinosis
- B) La pseudogota
- C) La artropatía por pirofosfato
- D) La hiperostosis idiopática esquelética aguda

54 Las espondiloartropatías engloban una serie de síndromes clínicos ligados entre sí por las manifestaciones de la enfermedad y la proclividad génica, diferenciándose varios subgrupos clínicos, entre los que NO estaría:

- A) La espondilitis anquilosante
- B) La artritis psoriásica
- C) La artritis reumatoide
- D) La artritis reactiva

55 Todas las siguientes enfermedades, EXCEPTO una, se han asociado al desarrollo de osteoporosis secundaria:

- A) La artritis reumatoide
- B) La enfermedad inflamatoria intestinal
- C) La cardiopatía isquémica
- D) La hemocromatosis

56 La mayoría de los Consensos y Guías de Práctica Clínica consideran una fractura por fragilidad ósea a la causada por un traumatismo:

- A) De cizalla
- B) De bajo impacto
- C) De caída de altura
- D) De torsión

57 Un paciente con sospecha de osteoporosis, en el que la valoración densitométrica vertebral centrada en L3 arroja un valor T-score de -2,9 DE y que no ha tenido ninguna fractura por fragilidad, se clasificaría según la OMS-1994 como:

- A) Osteopenia
- B) Normal
- C) Osteoporosis severa
- D) Osteoporosis

58 La base del tratamiento de cualquier manifestación del lupus eritematoso sistémico (LES) potencialmente letal o que puede dañar un órgano es:

- A) Glucocorticoides a dosis altas
- B) Micofenolato
- C) Belimumab
- D) Antipalúdicos

59 La presencia de púrpura palpable es muy característica ¿de que síndrome vasculítico?

- A) Arteritis de Takayasu
- B) Poliangeitis microscópica
- C) Granulomatosis con poliangeítis (Enfermedad de Wegener)
- D) Enfermedad de Henoch-Schönlein

60 En el tratamiento de la hipertensión arterial en el paciente diabético, las siguientes recomendaciones están basadas en evidencias de nivel A (esto es, provenientes de varios estudios experimentales de alta calidad y meta-análisis), EXCEPTO:

- A) Se recomienda un objetivo de PAS < 140 mmHg y un objetivo de PAD < 85 mmHg
- B) Se debe evitar la administración simultánea de dos bloqueadores del eje renina-angiotensina
- C) Es muy recomendable iniciar tratamiento cuando la PAS sea \geq 140 mmHg, y preceptiva si la PAS es \geq 160 mmHg
- D) Todas las clases de fármacos antihipertensivos están recomendados y pueden utilizarse en pacientes diabéticos, siendo los bloqueadores del eje renina-angiotensina los preferidos, sobre todo en presencia de proteinuria o microalbuminuria

61 La hipercalcemia que aparece en algunos pacientes con sarcoidosis:

- A) Parece deberse a secreción por los granulomas sardoideos de una molécula PTH-like
- B) Suele acompañarse de hipocalciuria y calcificaciones distróficas
- C) La nefrocalciosis es una complicación de esta alteración metabólica, sobre todo en las formas crónicas de sarcoidosis
- D) Debe tratarse intensivamente con esteroides a altas dosis, fluidoterapia intravenosa y diuréticos de asa, recurriendo a ácido zoledrónico i.v. en casos graves

62 Un paciente de su consulta, con sarcoidosis conocida y firmemente diagnosticada, le comenta llevar varias semanas con intensa sed (debe beber tanto de día como de noche) y poliuria (ha llegado a recoger 8 litros de orina en 24 horas). En la analítica de rutina se constata un sodio plasmático de 147 mmol/L con osmolaridad urinaria de 220 mOsm/kg. ¿Cuál es su diagnóstico de sospecha?

- A) Diabetes mellitus, secundaria a tratamiento prolongado con esteroides
- B) Diabetes insípida, por afectación granulomatosa de la hipófisis
- C) Potomanía, como forma de manifestación de una neurosarcoidosis
- D) Nefropatía intersticial como complicación de la sarcoidosis

63 En general como método de cribado, de las siguientes pruebas de laboratorio en la valoración inicial del síndrome constitucional ¿cuál está menos indicada?

- A) Reactantes de fase aguda
- B) Marcadores tumorales
- C) Hormonas tiroideas
- D) Hemograma

64 En referencia a la atención paliativa ¿cuál de las siguientes aseveraciones NO es correcta?

- A) Es mayor la proporción de pacientes oncológicos que los no oncológicos que requieren atención paliativa
- B) Se requiere "gestión de casos", más que "gestión de enfermedades"
- C) Se debe realizar una planificación anticipada de decisiones
- D) Se deben identificar necesidades multidimensionales (físicas, psicológicas, espirituales, etc.)

65 Se consideran enfermedades crónicas avanzadas en situación terminal, las siguientes excepto una:

- A) Insuficiencia cardíaca crónica con disnea basal grado IV de la NYHA
- B) Demencia con Mini-Mental State Examination (MMSE) menor de 14 ó estadio FAST 7
- C) Insuficiencia hepática grado C de la clasificación de Child-Pugh
- D) insuficiencia gastrointestinal con hipoalbuminemia menor de 2 grs/dL

66 En la escalera de la OMS para el tratamiento del dolor se considera la codeína como un fármaco de:

- A) Primer escalón
- B) Segundo escalón
- C) Tercer escalón
- D) Cuarto escalón

67 En relación al uso de morfina ¿cuál de las siguientes aseveraciones NO es cierta:?

- A) Debe usarse a demanda y no de forma reglada
- B) Hay que prevenir las iatrogenias más comunes, como boca seca, somnolencia y estreñimiento
- C) No está especialmente contraindicada en pacientes con insuficiencia respiratoria
- D) Se puede rotar por otros opioides

68 En el caso del dolor crónico neuropático, de los siguientes ¿cuál se debe utilizar como fármaco de primera línea?

- A) Amitriptilina
- B) Anti-inflamatorios no esteroideos
- C) Prednisona
- D) Todos con ciertos

- 69 En el Proceso Asistencial Integrado de Atención a Pacientes Pluripatológicos, se define al paciente pluripatológico como aquel que:**
- A) Tiene dos enfermedades crónicas
 - B) Tiene dos o más enfermedades crónicas
 - C) Tiene enfermedades crónicas en dos o más de las categorías clínicas tabuladas en el PAI
 - D) Tiene una enfermedad crónica y una enfermedad aguda
- 70 En la atención a los pacientes pluripatológicos que cumplen criterios de cronicidad con necesidades complejas de salud están involucrados:**
- A) Medicina de familia y enfermería de atención primaria
 - B) Medicina interna y enfermería hospitalaria
 - C) Farmacia y Trabajo Social
 - D) Todas son correctas
- 71 De los siguientes síndromes ¿cuál es el menos frecuente en personas de edad avanzada?**
- A) Inestabilidad-caídas
 - B) Deterioro cognitivo
 - C) Incontinencia urinaria
 - D) Crisis convulsivas
- 72 Puede hacerse el diagnóstico de enfermedad cancerosa cuando:**
- A) Hay una lesión radiológica compatible y sospechosa
 - B) Existe un deterioro multisistémico del paciente, con afectación funcional (ECOG > 2)
 - C) Hay datos anatomopatológicos de neoplasia
 - D) Las pruebas bioquímicas lo sugieren y son positivos los marcadores tumorales
- 73 De las siguientes, ¿cuál es la presentación clínica menos frecuente de metástasis en el cáncer de origen desconocido?:**
- A) Ganglios linfáticos
 - B) Pulmones
 - C) Óseas
 - D) Cerebrales

74 Varón de 82 años, hipertenso y diabético que presenta un ictus isquémico de arteria cerebral media y se objetiva una fibrilación auricular no valvular y un trombo en la orejuela izquierda; ¿cuál de estas afirmaciones ES VERDADERA respecto al manejo de este paciente?

- A) Tiene un CHA2DS2-VASc de 6 y debe plantearse terapia anticoagulante
- B) Debe iniciarse precozmente la anticoagulación, independientemente del tamaño del infarto de la arteria cerebral media
- C) Por la edad y las comorbilidades es un candidato a tratamiento con ácido acetilsalicílico
- D) Si no se inicia terapia anticoagulante, el riesgo de sufrir un nuevo embolismo y/o ACV en el siguiente año es inferior al 5%.

75 En el síndrome de Wallenberg o síndrome bulbar dorsolateral, todas las afirmaciones son ciertas MENOS una:

- A) Se relaciona con la oclusión embólica y la trombosis del segmento 4 de la arteria vertebral (V4)
- B) Entre sus síntomas aparece el vértigo, falta de sensibilidad de la mitad ipsilateral de la cara y de las extremidades contralaterales
- C) Aparece diplopia, disfonía, disfagia, disartria y síndrome de Horner ipsilateral
- D) Se acompaña de hemiparesia contralateral

76 En el ictus isquémico, son criterios de inclusión para realizar tratamiento fibrinolítico en la fase aguda todos los siguientes, MENOS UNO:

- A) Ictus isquémico agudo de menos de 8 horas de evolución
- B) Edad entre 18 y 80 años
- C) NIHSS > 5 y < 25
- D) Firma del consentimiento informado específico por el paciente o familiar

77 Respecto a la epidemiología de la enfermedad de Parkinson es FALSO que:

- A) La enfermedad de Parkinson origina casi el 75% de todos los casos de parkinsonismo
- B) Las formas familiares de Enfermedad de Parkinson (con mecanismos autosómicos dominantes y recesivos) comprenden un 5% de los casos
- C) Las formas familiares de Enfermedad de Parkinson se inician a una edad más temprana y siguen una evolución más larga
- D) La enfermedad de Parkinson es más frecuente en consumidores de café, fumadores y en pacientes con toma prolongada de antiinflamatorios no esteroideos

78 La parálisis supranuclear progresiva, se caracteriza por todo lo siguiente, EXCEPTO:

- A) Se trata de un trastorno neurodegenerativo esporádico e infrecuente
- B) Se caracteriza por un parkinsonismo rígido acinético, caídas frecuentes y disartria pseudobulbar
- C) Las anormalidades supranucleares que afectan a la motilidad ocular (oftalmoplejia) conllevan a dificultad para mover los ojos, sobre todo de arriba hacia abajo
- D) Es rara la demencia subcortical y los cambios en la personalidad

79 Hombre de 76 años de edad que consulta por deterioro cognitivo, lentitud y torpeza de movimientos, de ocho meses de evolución. La familia refiere que el paciente presentaba alucinaciones visuales, por lo que su médico de Atención Primaria pautó dosis bajas de risperidona, con un importante empeoramiento del estado motor. A la vista de estos datos, ¿cuál es el diagnóstico más probable?

- A) Enfermedad de Alzheimer
- B) Demencia por cuerpos de Lewy.
- C) Demencia frontotemporal
- D) Demencia vascular

80 Todos los siguientes son fármacos modificadores de la enfermedad utilizados para tratar la artritis reumatoide, EXCEPTO:

- A) Infliximab
- B) Hidroxicloroquina
- C) Indometacina
- D) Leflunomida

81 Con respecto a la degeneración cerebelosa de origen alcohólica es cierto que:

- A) Su aparición no se correlaciona con los años de consumo
- B) Típicamente, aparte de la ataxia, presenta afectación de pares craneales
- C) Se produce una degeneración de las células de Purkinje en la corteza cerebelosa
- D) Las funciones superiores están invariablemente afectadas

82 El consumo crónico de alcohol puede dar las siguientes alteraciones de laboratorio, excepto una:

- A) Trombocitosis
- B) Aumento del volumen corpuscular medio con o sin anemia
- C) Aumento de la gamma glutamil transpeptidasa (GGT)
- D) Aumento de las transaminasas con una relación AST/ALT > a 1.

83 De las siguientes enfermedades ¿cuál NO se considera gammapatía monoclonal maligna?

- A) Mieloma no secretor
- B) Macroglobulinemia de Waldenström
- C) Amiloidosis primaria
- D) Gammapatía monoclonal de significado incierto

84 De los siguientes cuadros neoplásicos hematológicos ¿cuál se considera como un proceso linfoproliferativo maligno?

- A) Policitemia vera
- B) Trombocitemia esencial
- C) Leucemia mieloide crónica
- D) Ninguno de los anteriores

85 La clasificación de Binet y el sistema Rai, se utilizan para estadiar:

- A) Linfoma de Hodgkin
- B) Leucemia mieloide crónica
- C) Leucemia linfática crónica
- D) Ninguna de las neoplasias anteriores

86 En la transfusión de plaquetas realizada con intención terapéutica, el mejor parámetro de evaluación es:

- A) El cese de la hemorragia
- B) El recuento de plaquetas
- C) Los niveles de albúmina
- D) La normalización del resto de parámetros de la coagulación

87 El tratamiento de los nódulos tóxicos tiroideos debe realizarse con:

- A) Iodo radiactivo
- B) Propiltiouracilo o Metimazol
- C) Cirugía
- D) Ninguno de ellos

88 Por lo general, la hipopotasemia puede controlarse mediante la corrección del proceso patológico subyacente combinado con la administración complementaria de potasio oral. Sin embargo, la hipopotasemia es refractaria a la corrección cuando hay un déficit conjunto de magnesio, esta pérdida catiónica conjunta es prominente en caso de ser secundaria a:

- A) Diarrea
- B) Diurético de asa
- C) Diurético tiazídico
- D) Nefrotoxicidad por cisplatino

89 En relación a la osteoartritis, todas las siguientes aseveraciones son correctas, EXCEPTO:

- A) El dolor en la articulación afecta depende de la actividad: aparece con su uso o después del mismo y, poco a poco, desaparece tras el reposo
- B) La osteoartritis es la causa más frecuente de dolor crónico en la rodilla en personas mayores de 45 años
- C) La radiografía simple es de gran ayuda en el diagnóstico, sobre todo para diferenciar la osteoartritis de otras artritis inflamatorias, y los signos radiológicos guardan una estrecha relación con la presencia e intensidad del dolor en la articulación afecta
- D) Los osteofitos constituyen un signo definitorio radiográfico propio de la enfermedad

90 Le consultan una paciente de 40 años natural de Sevilla, sin antecedentes reseñables ni epidemiología de interés, que presenta un cuadro de astenia severa y cansancio de 7 meses junto con artromialgias, y febrícula vespertina episódica nunca superior a 37.5°C durante ese tiempo. No otra clínica en la anamnesis dirigida. La exploración clínica completa ha resultado normal a lo largo de su estudio. Todo el estudio analítico completo, reactantes de fase aguda, una Rx tórax y un TAC abdominal, hemocultivos y urocultivos y una amplia serobacteriología y serovirología han resultado no diagnósticas, salvo por la presencia de una IFI cualitativa frente a *Borrelia spp.* positiva. ¿Qué opina?

- A) Iniciaría tratamiento con amoxicilina ó doxiciclina y solicitaría una confirmación serológica cuantitativa así como una técnica de Western-Blot de enfermedad de Lyme
- B) La paciente probablemente ha padecido una enfermedad de Lyme en una cronología indeterminada
- C) El resultado probablemente sea un falso positivo. Revisaría si reúne criterios de síndrome de fatiga crónica y solicitaría una técnica de Western-Blot sobre ese suero
- D) Puede ser un falso positivo por reacción cruzada con *T. pallidum* y que la paciente padezca una lúes secundaria ó terciaria

91 Un hombre de 72 años consulta por presentar fiebre, disnea de esfuerzo y pérdida de peso. La exploración física revela un soplo diastólico aórtico y estigmas de embolismos periféricos. El ecocardiograma muestra una vegetación de un centímetro en la válvula aórtica y en los hemocultivos se aísla *estreptococcus bovis*. Además de iniciar tratamiento, ¿cuál de las siguientes exploraciones nos puede ayudar en el diagnóstico?

- A) Radiografía de tórax
- B) Ecografía abdominal
- C) Colonoscopia
- D) Endoscopia digestiva alta

92 Hombre de 63 años, con antecedente de estenosis mitral reumática sometida a comisurotomía, ingresa con el diagnóstico de endocarditis bacteriana y aislamiento en hemocultivos de *estreptococcus viridans* y ecocardiograma con vegetación mitral. Tras recibir tratamiento con Penicilina G y Gentamicina durante 10 días, persiste la fiebre y presenta disnea de mínimos esfuerzos junto con la auscultación de estertores húmedos en ambas bases pulmonares. ¿Cuál sería la actitud más correcta en este momento?

- A) Continuar el mismo tratamiento y real+K83:N88izar valoración por parte de cirugía cardíaca
- B) Continuar el mismo tratamiento hasta completar el tiempo recomendado
- C) Cambiar el tratamiento antimicrobiano a Vancomicina y Rifampicina
- D) Cambiar el tratamiento antimicrobiano por Ceftriaxona

93 ¿Cuál de las siguientes infecciones está más frecuentemente relacionada con la asistencia sanitaria?

- A) Tuberculosis
- B) Gripe
- C) Infección por VIH
- D) Infección del lecho quirúrgico

94 Un paciente de 40 años, esplenectomizado dos años antes tras un traumatismo abdominal, acude al servicio de Urgencias por presentar fiebre sin foco de 24 horas de evolución junto con hipotensión e impresión de gravedad. ¿Qué microorganismo sería el más frecuentemente implicado en este cuadro?

- A) Estreptococo viridans
- B) Estreptococo pneumoniae
- C) Pseudomonas Aeruginosa
- D) Salmonella no Typhi

95 Paciente de 32 años, afecto de infección por el VIH y deterioro inmunológico severo (recuento de linfocitos T CD4+ <50/μl) que consulta por fiebre, tos no productiva y disnea progresiva de 2 semanas de evolución. En la gasometría arterial se observa una PO2 de 65 mmHg y PCO2 de 30 mmHg y en la radiografía de tórax se aprecian un infiltrado intersticial bilateral. La tinción de gram, cultivo de bacterias en medios convencionales, baciloscopía y "parásitos" en tres muestras de esputo esputo son negativas. ¿Qué maniobra diagnóstica solicitaría?

- A) Repetir los exámenes microbiológicos en esputo 1 semana más tarde
- B) Serología frente a microorganismos productores de neumonías "atípicas" (Mycoplasma pneumoniae, Legionella pneumophila, Coxiella burnetii, ...)
- C) Fibrobroncoscopía con lavado broncoalveolar
- D) Tomografía computarizada que permita delinear con más precisión las lesiones radiológicas

96 Con respecto al síndrome de Sjögren, es cierto que:

- A) Esta enfermedad autoinmunitaria se caracteriza por una sintomatología rápidamente progresiva y ser bastante agresiva
- B) Afecta por igual a hombres y mujeres, aunque en estas últimas la sintomatología es más expresiva y las lleva a consultar con más frecuencia, por lo que puede dar una falsa impresión de que la enfermedad es más prevalente en el sexo femenino
- C) Se asocia con frecuencia a otras enfermedades autoinmunitarias, hablándose en estos casos de síndrome de Sjögren secundario
- D) La enfermedad se debe a una reacción exagerada de los linfocitos T, que infiltran múltiples glándulas exocrinas y pueden acabar transformándose en linfomas

97 La sedación paliativa en la agonía (señale la FALSA):

- A) A solicitud del paciente es una forma de suicidio asistido
- B) Supone, en la proximidad de la muerte, reducir la conciencia para evitar o reducir el sufrimiento originado por uno o más síntomas refractarios (incontrolable con el tratamiento específico)
- C) Para su correcta aplicación, debe haberse informado al paciente y haber obtenido su consentimiento en los términos previstos en la legislación vigente
- D) Es un procedimiento que no requiere una especial instrumentación y puede llevarse a cabo en el domicilio del paciente si se reúnen unas mínimas garantías

98 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es incorrecta referida a la valoración integral?

- A) Las actividades básicas de la vida diaria son las capacidades de autocuidado más básicas, siendo las últimas en perderse y las primeras en recuperarse.
- B) Las actividades básicas de la vida diaria miden si la persona puede valerse por sí misma.
- C) Las actividades instrumentales de la vida diaria miden si una persona puede vivir sola.
- D) Las actividades básicas de la vida diaria afectan al funcionamiento social y se determinan para evaluar si las personas pueden vivir de forma independiente en la comunidad.

99 Respecto al cribado o detección de fragilidad ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es incorrecta?

- A) Se recomienda el cribado oportunista a personas mayores de 70 años que acudan al centro de salud de atención primaria por cualquier causa.
- B) Se recomienda realizar la velocidad de la marcha en 4 metros a todos los pacientes con Barthel menor de 90.
- C) La prueba Short Physical Performance Battery (SPPB o Test de Guralnik) combina un test de equilibrio, uno de velocidad de la marcha y otro de levantarse de la silla.
- D) Se recomienda realizar programas de detección activa a personas mayores de 70 años integrada en determinados programas ya establecidos (p.e. “programas de atención a pacientes crónicos o personas mayores”).

100 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es incorrecta referida a las escalas utilizadas en la valoración integral?

- A) Existe una escala de depresión de Yesavage ultra-reducida que permite hacer el cribado de depresión con cinco, cuatro e incluso una única pregunta.
- B) El mini examen cognoscitivo de Lobo es la adaptación al castellano del MMSE de Folstein.
- C) La escala Socio-familiar de Gijón permite evaluar el grado de agotamiento del cuidador.
- D) El cuestionario de Pfeiffer valora memoria, orientación, información sobre hechos cotidianos y capacidad de cálculo.

**FEA MEDICINA INTERNA
OEP 2017 / ESTABILIZACIÓN
Turno Promoción Interna
Turno libre**

**CUESTIONARIO
PRÁCTICO**

CASO I:

Mujer de 71 años de edad, sin alergias medicamentosas conocidas, exfumadora desde hace 5 años y sin consumo de otros tóxicos, con antecedentes de hipertensión arterial esencial controlada correctamente con tratamiento, gonartrosis leve, síndrome depresivo en tratamiento desde hace 3 años a raíz del fallecimiento de su marido y enfermedad pulmonar obstructiva crónica moderada. En situación basal presenta disnea grado 2 de la Medical Research Council, no tiene deterioro cognitivo y es independiente para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Vive sola y tiene buen soporte familiar y social. Realiza tratamiento habitualmente con bromuro de tiotropio 1 inhalación al día, salmeterol/fluticasona 50/250 1 inhalación cada 12 horas, enalapril 10 mg 1 comp al día, lorazepam 1 mg al día y sertralina 100 mg 1 comp al día. A veces toma ciclos de 7 a 10 días de ibuprofeno cuando tiene dolor de rodillas.

Desde hace 2 meses presenta diarrea líquida diurna de hasta 8 veces al día, muy maloliente, sin espuma ni otros productos patológicos. No presenta dolor abdominal, fiebre ni vómitos. Ha perdido unos 12 kgs de peso, sin pérdida de apetito, astenia, artritis, sudoración ni tremor.

A la exploración física destaca estado general conservado, peso 49 kgs, talla 160 cms, IMC 19,1 kg/m². Tensión arterial 130/75 mm Hg, frecuencia cardiaca a 87 latidos/minuto, rítmica, bien hidratada y perfundida. No se palpan bocio ni adenopatías. Muguet oral escaso. Auscultación pulmonar y cardíaca sin hallazgos relevantes. Abdomen blando y depresible, sin que se palpen masas ni visceromegalias, pulso aórtico palpable sin soplos audibles, ruidos hidroaéreos algo aumentados. Extremidades superiores e inferiores sin hallazgos relevantes.

Como pruebas complementarias presentó Bioquímica con glucosa 87 mg/dl, urea 24 mg/dl, creatinina 0,78 mg/dl, sodio 139 mEq/L, potasio 3,2 mEq/L. Calcio, fósforo, GOT, GPT, GGT, fosfatasa alcalina, bilirrubina, LDH normales. PCR 25.9 (valor normal < 5). Colesterol 133, triglicéridos 83. Proteinograma normal salvo albúmina 3,2 g/dL. TSH y T4 Libre normales. CEA 6.5 ng/ml (valor normal 0-5), resto de marcadores tumorales normales. IgE total normal. Ac antitransglutaminasa IgA normal. Serología ameba y VIH negativos. Hemograma 8.830 leucocitos (80,5% neutrófilos), hemoglobina 12,8 gr/ dl, plaquetas 168.000. VSG 26 mm 1^ª/hora

Heces. Coprocultivo: Flora habitual. Toxina de clostridium difficile negativo, GDH antígeno negativo. Sangre oculta en heces negativo (3 muestras). Calprotectina fecal: 82.3 µg/g (valor normal < 50 µg/g).

Colonoscopia: se explora hasta fondo de saco cecal, apreciando una mucosa y patrón vascular submucoso dentro de la normalidad. No se aprecian lesiones polipo.

101 En relación al Caso anterior, señale cuál es la respuesta INCORRECTA:

- A) A esta paciente es necesario realizarle un TAC abdominal para poder llegar al diagnóstico.
- B) Una elevación del CEA en esta señora obliga a seguir buscando una neoplasia.
- C) La presencia de muguet junto con el IMC bajo y el descenso de albúmina y de colesterol indican la presencia de una desnutrición calórico-proteica asociada al síndrome diarréico crónico.
- D) El antecedente de tabaquismo no predispone a la presencia de colitis microscópica

102 Acerca de la colitis microscópica, señale la opción INCORRECTA:

- A) La colitis microscópica es una enfermedad con una baja prevalencia, que ronda los 5 casos por 100.000 habitantes como máximo
- B) La edad media de diagnóstico de la colitis microscópica está en 65 años
- C) Un 25% de los pacientes con colitis microscópica se diagnostican antes de los 45 años
- D) La colitis macroscópica en los hombres tiene una mayor prevalencia que en las mujeres

103 La colitis microscópica es una patología que -señale la VERDADERA-

- A) Presenta un curso crónico que raramente presenta recaídas
- B) La colitis microscópica no se asocia con mayor riesgo de carcinoma colorrectal
- C) La colitis colágena tiene un pronóstico más favorable que la colitis linfocitaria
- D) No es rara la transformación de una colitis colágena en linfocitaria o viceversa

104 En esta paciente ¿Cuál de las siguientes sería una medida terapéutica correctas?:

- A) Evitar el uso de antiinflamatorios no esteroideos
- B) Retirar o sustituir la sertralina por otro antidepresivo
- C) Iniciar budesonida 9 mg al día
- D) Todas estas medidas son correctas

105 Si no existe una respuesta positiva al tratamiento, ¿cuál de las siguientes opciones NO parece ser útil?

- A) Sustituir la budesonida por prednisona
- B) Añadir loperamida con colestiramina, en caso de presentar síntomas leves.
- C) Iniciar tratamiento anti-TNF como infliximab o adalimumab o inmunomoduladores como azatioprina
- D) Colectomía con ileostomía en casos refractarios al tratamiento médico

CASO II:

Una mujer de 29 años es ingresada por una trombosis venosa profunda (TVP) extensa (distal y proximal) en su pierna derecha, sin antecedentes traumáticos, inmovilización prolongada, cirugía reciente o toma de anticonceptivos orales. Es fumadora de 20 cigarrillos/día y no cuenta enfermedades previas. No tiene hijos, pero refiere haber tenido dos abortos espontáneos (de pocas semanas) en los últimos tres años, por lo que ella y su pareja ya se estaban planteando hacer una consulta ginecológica para tener descendencia.

106 De acuerdo a estos datos clínicos, ¿Cómo procedería?:

- A) Se debe realizar el diagnóstico de síndrome antifosfolípido (SAF), ya que tiene dos criterios clínicos (TVP teóricamente no provocada y abortos de repetición)
- B) Debería iniciarse una anticoagulación formal con un fármaco anticoagulante oral como warfarina o acenocumarol, sin hacer más determinaciones analíticas que un INR para establecer el rango de anticoagulación
- C) Debería solicitarse una determinación de anticuerpos antifosfolípídicos, como el anticoagulante lúpico y anticardiolipinas
- D) Todas las proposiciones son correctas

107 Al explorar a la paciente de la historia anterior, detecta unas lesiones en ambos muslos que le sugieren una lívedo reticularis. Este hallazgo:

- A) Descarta prácticamente que la paciente tenga un síndrome antifosfolípido (SAF) primario, ya que su presencia va a favor de que la paciente tenga una enfermedad autoinmune del colágeno vascular, probablemente un lupus eritematoso sistémico o una panarteritis nodosa
- B) Junto a los datos clínicos, refuerza su sospecha de SAF
- C) Tiene un sombrío pronóstico, pues esta lesión cutánea aparece en casos de neoplasia oculta
- D) Requiere hacer una biopsia cutánea profunda para confirmar la lesión, ya que puede confundirse con otras dermopatías con afectación vascular subdérmica

108 El estudio inmunológico que le ha solicitado a esta paciente arroja los siguientes resultados: ANA positivos a título 1/160 (patrón moteado), anti-DNA de doble cadena negativo, anticoagulante lúpico positivo, anticardiolipinas IgG e IgM negativos, anti-beta-2-GPI negativo. Con estos datos de laboratorio:

- A) La paciente tiene un lupus eritematoso sistémico (LES) con un probable síndrome antifosfolípido (SAF) secundario
- B) La paciente tiene un SAF, probablemente primario, aunque habrá que seguir la evolución clínica por si desarrollara un LES
- C) No es necesario repetir la determinación de anticuerpos antifosfolípidos, ya que la positividad aislada del anticoagulante lúpico es altamente específica para el diagnóstico de SAF
- D) Debería ampliarse el estudio inmunológico para detectar anticuerpos anti-ENAs, sobre todo anti-Sm, anti-SSA y anti-SSB, para confirmar o descartar LES

109 Tras iniciar el tratamiento con heparina de bajo peso molecular a dosis anticoagulante por vía subcutánea y pasar posteriormente a acenocumarol oral, la paciente muestra una mejoría clínica de su TVP, que se confirma con una ecografía doppler del territorio venoso de la pierna derecha un mes más tarde del debut del proceso trombótico. Una nueva determinación de anticuerpos antifosfolípidos, realizada a los cuatro meses del anterior control de laboratorio, confirma la positividad del anticuerpo lúpico (AL) y de los anticuerpos anticardiolipinas (aCL), que ahora se muestran positivos a títulos altos, al igual que los anti-beta-2-GPI. Con estos nuevos datos:

- A) Se confirma el diagnóstico de SAF
- B) Al mantenerse la positividad del anticoagulante lúpico (AL), se confirma también el diagnóstico de lupus eritematoso sistémico (LES), por lo que el SAF será secundario
- C) La triple positividad de los anticuerpos antifosfolípidos (AL, aCL y anti-beta-2-GPI) confiere al caso un peor pronóstico, con elevada probabilidad de que se desarrolle un SAF catastrófico
- D) Todas las afirmaciones anteriores son ciertas

110 Esta paciente, con todos los datos clínicos y analíticos que ya conoce, debe recibir tratamiento con:

- A) Un anticoagulante oral (warfarina o acenocumarol) para mantener un INR entre 2.5 y 3.5 durante al menos un año, y posteriormente ácido acetil salicílico (a dosis de 80 a 100 mg diarios) de por vida
- B) Un anticoagulante oral (warfarina o acenocumarol) para mantener un INR entre 2.5 y 3.5 de por vida, solo o asociado a ácido acetil salicílico (a dosis de 80 a 100 mg diarios)
- C) Un anticoagulante oral (warfarina o acenocumarol) para mantener un INR entre 2.5 y 3.5 durante al menos un año, y posteriormente un antipalúdico como la hidroxicloroquina (a dosis de 200 a 400 mg diarios) de por vida
- D) Un antiagregante plaquetario como el ácido acetil salicílico (a dosis de 80 a 100 mg diarios) de por vida, así como una heparina de bajo peso molecular por vía subcutánea cuando concurren circunstancias que aumenten el riesgo tromboembólico (cirugía, inmovilización prolongada, etc.)

111 Dos años más tarde de haber sufrido la TVP, la paciente, que es seguida semestralmente en la consulta, nos manifiesta su deseo de quedarse embarazada, por lo que nos pide consejo, dado el fracaso de las dos gestaciones anteriores, que finalizaron precozmente en abortos espontáneos antes de llegar a la semana 10^a. En estos momentos tiene ya 31 años y un estudio de fertilidad básico (en ella y su pareja) es normal. ¿Qué le recomendaría?

- A) Que deje de tomar el ácido acetil salicílico y mantenga la anticoagulación oral hasta que se quede embarazada, momento en el que debe cambiar el anticoagulante oral por heparina de bajo peso molecular (HBPM)
- B) Que el embarazo en sus circunstancias tiene un altísimo riesgo y debería evitarse, por la elevada mortalidad fetal y la posibilidad de desarrollar ella un síndrome antifosfolípido catastrófico
- C) Que cambie el anticoagulante oral (warfarina o acenocumarol) por una HBPM a dosis anticoagulante y mantenga el ácido acetilsalicílico durante toda la gestación, ya que esta combinación puede evitar las complicaciones materno-fetales de su enfermedad trombofílica
- D) Que deje de tomar la hidroxicloroquina al menos dos meses antes de quedarse embarazada

112 Si finalmente se queda embarazada, el seguimiento de la anticoagulación debe realizarse determinando periódicamente:

- A) Los niveles de actividad anti-Xa
- B) El INR (International Normalized Ratio)
- C) El tiempo parcial de tromboplastina activada
- D) El tiempo de veneno de víbora diluido de Russell

CASO III:

Desde la consulta de Oftalmología le derivan con carácter muy preferente a un varón de 66 años que ha sufrido una neuropatía óptica isquémica de tipo anterior (NOIA) con pérdida completa de visión en el ojo derecho, argumentando que "el paciente no tenía antecedentes de enfermedad cardiovascular previa y que tiene una VSG de 130 mm/hora"

113 ¿Qué enfermedad debe descartar en primer lugar?

- A) Una enfermedad de Behçet
- B) Una enfermedad de Horton (arteritis de células gigantes)
- C) Una sarcoidosis
- D) Un síndrome antifosfolípido primario

114 Al realizarle al paciente anterior la anamnesis dirigida y el interrogatorio por órganos y aparatos, ¿cuál de los siguientes síntomas apoyaría su diagnóstico de presunción?

- A) Cefalea e hiperestesia del cuero cabelludo
- B) Cansancio y pérdida de peso
- C) Dolor en cinturas con dificultad para mover los miembros contra gravedad
- D) Todos los anteriores

115 ¿Qué datos analíticos NO esperaría encontrar en este paciente?

- A) Elevación de la CPK y otros fermentos musculares
- B) Anemia normocítica y normocrómica o ligeramente hipocrómica
- C) Alteraciones hepáticas, sobre todo con elevación de las enzimas de colostasis
- D) Aumento de los reactantes de fase aguda

116 Si le decimos que en este paciente había tanto síntomas como signos exploratorios y de laboratorio compatibles con el juicio clínico inicial, ¿sería suficiente para establecer el diagnóstico y empezar algún tratamiento?

- A) Sí, los datos clínicos y de laboratorio son suficientes para confirmar el diagnóstico de la enfermedad, aunque el tratamiento no estaría indicado en este paciente, ya que la lesión isquémica del nervio óptico es irreversible
- B) No, los datos clínicos y de laboratorio no son suficientes y se necesitaría una biopsia que confirme los hallazgos diagnósticos definitivos. El tratamiento debe demorarse hasta obtener esta muestra, ya que de lo contrario se podrían alterar sus resultados (aumentan los falsos negativos)
- C) No, los datos clínicos y de laboratorio no son suficientes y se necesitaría una biopsia que confirme los hallazgos diagnósticos definitivos. Sin embargo, el tratamiento debe instaurarse de inmediato ante la sospecha clínica, para evitar más complicaciones de la enfermedad
- D) No, los datos clínicos y de laboratorio no son suficientes y se necesitaría una prueba de imagen (arteriografía o angioresonancia) que confirme los hallazgos diagnósticos definitivos. El tratamiento puede demorarse hasta realizar esta prueba, ya que se va a requerir contraste intravenoso y la medicación podría interferir en su correcta realización

CASO IV:

Al llegar el lunes al hospital le asignan como ingreso una paciente senil y dependiente, que fue llevada a Urgencias el pasado viernes (lleva 52 horas hospitalizada) por “cuadro febril de probable origen en una infección urinaria”, según consta en la historia de Urgencias y en el motivo de ingreso. Cuando va a valorarla a la habitación la encuentra sola, sin familiares ni cuidador, y al preguntar al personal de enfermería le comentan que “solo ha venido puntualmente a lo largo de fin de semana una sobrina, único familiar que parece tener y su cuidadora hasta que hace un par de meses la institucionalizaron”. Accede a DIRAYA y comprueba los siguientes datos: tiene 86 años, constan en sus antecedentes personales hipertensión arterial, hipercolesterolemia y demencia senil, esta última diagnosticada hace 10 años. En el último año ha tenido ya 4 hospitalizaciones por cuadros febriles, en algunos con deshidratación y deterioro transitorio de la función renal, que se han achacado a infecciones respiratorias por broncoaspiraciones, de manera que en el último de ellos, hace dos meses, se decidió colocar sonda nasogástrica para alimentarla, y al alta se ingresó en una residencia, ya que su cuidadora planteó la imposibilidad de poderla seguir atendiendo en su casa. En ese informe de alta hospitalaria consta que “la paciente no habla ni se relaciona ni conoce a familiares o vecinos desde hace al menos un año, permaneciendo en cama la mayor parte del día y siendo ya muy difícil sentarla por la rigidez de las extremidades inferiores y del tronco en flexión, habiendo adoptado una postura fetal que además había complicado darle de comer y que tomara la medicación oral, presentando frecuentes atragantamientos”. El tratamiento al alta fue “suplementos nutricionales por SNG y mantener su tratamiento habitual domiciliario”. Entra en la aplicación receta XXI y comprueba la siguiente medicación activa (además de los productos dietéticos y los pañales) para 24 horas: manidipino 10 mg comp, clortalidona 50 mg comp, memantina 10 mg/mL sol oral 2 ml, risperidona 1 mg/mL sol oral 1 ml x 2, simvastatina 40 mg comp, ácido acetilsalicílico 100 mg comp, omeprazol 20 mg comp y sulfato ferroso gg 80

mg.

En Urgencias

le habían realizado una analítica (hubo que sondarla para obtener una muestra de orina) y una radiografía de tórax, siendo los datos más destacables: Hb 9.7 g/dL, Hcto. 29%, VCM 65 FL, 18.670 leucocitos (92% neutrófilos), PCR 43 mg/L, glucemia 165 mg/dL, albúmina 2.1 g/dL, creatinina 1.6 mg/dL, urea 110 mg/dL, sodio 148 mmol/L, potasio 3.8 mmol/L y un sedimento de orina con piuria y bacteriuria. La radiografía de tórax estaba muy rotada por la postura basal de la paciente pero no mostraba claros infiltrados alveolares y la silueta cardiaca impresionaba de tamaño normal. Se tomó un cultivo de orina y se instauró un tratamiento con amoxicilina-clavulánico por vía I.V. a dosis de 1 g/200 mg cada 8 horas, aparte de fluidoterapia (1 litro de glucosalino en 24 horas), enoxaparina 40 mg subcutáneo cada 24 horas y su tratamiento basal oral y suplementos nutricionales a administrar por la SNG.

Comprueba

que en las últimas 48 horas no ha tenido fiebre, tiene unas tensiones arteriales normales y la diuresis ha sido de una media de 1400 cc en 24 horas. Al explorarla confirma la incapacidad absoluta para comunicarse, la rigidez en flexión del tronco y extremidades, importantes signos de desnutrición calórico-proteica (pérdida generalizada de grasa y músculo) con un perímetro braquial de 14.7 cm, muy por debajo del percentil 5 (18.95 cm en mujeres de 85 o más años) y una úlcera por presión estadío II en cadera izquierda, con otras UPPs estadío I en talones, cadera derecha y área sacrocoxígea. Al intento de movilizarla responde con gritos y quejas con lenguaje ininteligible.

117 Con la información actual ¿cuál de las siguiente afirmaciones sobre su VALORACION FUNCIONAL es correcta?

- A) El índice de Barthel (de actividades básicas de la vida diaria) no puede calcularse, ya que se trata de una escala que requiere recogerse preguntando al paciente o al cuidador
- B) Aunque la escala ECOG (Eastern Cooperative Oncolgy Group) fue diseñada para pacientes oncológicos, su aplicación a esta paciente arrojaría un valor de 4
- C) La escala de valoración funcional de Karnofsky aplicada a esta paciente arrojaría un valor de 50
- D) El índice de Lawton y Brody (de actividades instrumentales de la vida diaria) daría una puntuación de 2 (en una escala de 0 a 8)

118 Su patología principal, la demencia, lleva años de evolución. ¿En qué fase o estadio de la escala FAST (Functional Assessment Staging) –o alternativamente de la escala GDS (Global Deterioration Scale)- estaría nuestra paciente, con la información proporcionada?

- A) 7
- B) 6
- C) 5
- D) 8

119 Con la información disponible hasta ahora ¿qué grandes síndromes geriátricos identifica en su paciente? (SEÑALE EL INCORRECTO)

- A) Malnutrición
- B) Delirium
- C) Deterioro cognitivo
- D) Inmovilidad

120 Con la información disponible ¿cuál cree que es la mejor proposición diagnóstica integral de las siguientes, de cara a establecer un pronóstico y un plan de cuidados en su paciente?

- A) La paciente no es pluripatológica según los criterios establecidos en el proceso asistencial integrado (PAI) “atención al paciente pluripatológico”, ya que solo tendría una enfermedad definitoria en la categoría E3 (“enfermedad neurológica con deterioro cognitivo persistente, al menos moderado”). Por tanto no es aplicable este PAI y debe manejarse según el PAI “demencia”, que es la patología príncipe de nuestra paciente
- B) La paciente debe ser catalogada como “paciente crónica con necesidades complejas de salud”, puesto que cumple una enfermedad definitoria de paciente pluripatológico y varios criterios de complejidad. En este sentido habría que proceder a una valoración integral y pronóstica con vistas a planificar intervenciones futuras
- C) La presencia de anemia microcítica y cuadro constitucional (pérdida de peso y sarcopenia) obligaría a ampliar el diagnóstico inicial de ingreso y sospechar neoplasia oculta, probablemente digestiva, y plantear el correspondiente estudio diagnóstico
- D) La paciente tiene una infección urinaria que ha motivado el ingreso hospitalario y que es el diagnóstico principal al alta. El resto de problemas crónicos corresponde en su manejo al equipo básico de salud, por lo que en todo caso se contactará con el enfermero gestor de casos antes de proceder al alta con destino a la institución donde está asilada.

121 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la valoración pronóstica de esta paciente considera INCORRECTA?

- A) La aplicación del índice PROFUND a su paciente arrojará una puntuación elevada (más de 11 puntos), que se corresponde con una probabilidad de fallecer al año entre el 61 y el 68%, y de fallecer a los cuatro años del 92%
- B) El tiempo de evolución de la demencia y el grado de discapacidad y disfunción cognitiva al que ha llegado, hacen pensar que su paciente ha entrado en la fase final de la vida, por lo que se recomienda usar el índice PALIAR para estimar el riesgo de fallecer a los 180 días; su resultado en ella es de 14 puntos, lo que significaría una probabilidad alta (61-67%)
- C) Al tratarse de una paciente con enfermedad crónica avanzada, el instrumento NECPAL-CCOMS nos será imprescindible para determinar que se encuentra en fase terminal y con un pronóstico limitado a menos de seis meses de vida
- D) La mayoría de los indicadores clínicos y biológicos, sumados o agrupados en escalas, orientan a determinar que su paciente, con una enfermedad o condición crónica avanzada (CCA) ha llegado a lo que se viene conociendo en la literatura como "situación de enfermedad avanzada y terminal" (SEAT), con pronóstico limitado y deterioro progresivo, y en esta fase deben primar los cuidados dirigidos en exclusiva al confort y la calidad de vida

CASO V:

Mujer de 82 años sin alergias conocidas ni hábitos tóxicos, con antecedentes de HTA, diabetes no insulíndependiente en tratamiento habitual con fármacos orales, miocardiopatía isquémico-hipertensiva con disfunción diastólica, con un único ingreso previo hace 2 años por un SCASEST e insuficiencia cardíaca descompensada en el contexto de sobreinfección respiratoria y clase funcional basal II, hernia hiatal por deslizamiento, poliartrosis, colelitiasis con algún episodio previo de cólico biliar, síndrome depresivo, y anemia ferropénica crónica por pérdidas digestivas atribuidas a la hernia hiatal (estudiada en Digestivo 2 años antes), para la que realiza tratamiento con hierro oral cíclicamente; además, durante el ingreso por el episodio de insuficiencia cardíaca hace dos años requirió transfusión de 2 concentrados de hematíes por criterio analítico. Calidad de vida basal buena salvo por la limitación funcional secundaria a la poliartrosis, funciones superiores conservadas, índice de Barthel basal de 80 puntos, y buen soporte sociofamiliar. Convive con su marido de 84 años que es el cuidador principal. Su tratamiento habitual consiste en clopidogrel, AAS, omeprazol, sulfato ferroso, metformina y alogliptina, enalapril-hidroclorotriacida, carvedilol, paracetamol, ibuprofeno puntual, simvastatina, sertralina y lorazepam. Tras caída casual en su domicilio presenta dolor e impotencia funcional en M.I.Izdo. A la exploración a su ingreso destaca buen estado general, afebril consciente y orientada, dolorida, ligeramente pálida, eupneica, con auscultación cardiorrespiratoria limpia, abdomen blando sin masas ni megalias, miembros inferiores sin edemas, con acortamiento y rotación externa del MII, no focalidad neurológica ni meningismo, resto de balance osteoartromuscular normal. En las pruebas complementarias practicadas se comprueba una Hb=9.4g/dL con microcitosis e hipocromía, siendo el resto de series, coagulación, ionograma, función renal normales, y una glucemia capilar de 186mg/dL. El ECG está en ritmo sinusal a 90 spm mostrando un hemi-bloqueo anterior, la RX tórax muestra una discreta cardiomegalia, y la RX de caderas comparadas una fractura subcapital desplazada del fémur izquierdo.

122 Se le solicita como consultor de Medicina Interna en el programa de soporte conjunto de co-manejo a los pacientes con fractura de cadera de su centro. ¿Cuál de las siguientes intervenciones considerarías correcta durante el abordaje clínico inicial de esta paciente?:

- A) Retirar a ser posible las BDZ y recambiar, si procediera por neurolépticos atípicos
- B) Insulinizar y retirar los ADO, pasando a una pauta bolo-basal para mantener controles glucémicos en ayunas entre 150-180 mg/dL
- C) Suspensión del clopidogrel manteniendo el AAS. Programar la cirugía para 4-5 días después de la última toma del clopidogrel. Si urgiera la cirugía por inestabilidad se procedería a anestesia epidural y no genera
- D) Analgesia con paracetamol y metamizol, evitando otros AINE potencialmente inductores de insuficiencia renal y/o cardíaca. Rescates según dolor con meperidina

123 Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta respecto al pronóstico de esta paciente?

- A) El índice Charlson de la paciente es de 3 y ajustado por edad de 5
- B) Según la estimación del Charlson la probabilidad de muerte a los doce meses sin ajuste de edad se sitúa en el 32% y >55%, respectivamente, según se ajuste por edad ó no
- C) Es una paciente pluripatológica por cuanto cumple las categorías definitorias A1 y A2, G1 y H2
- D) La puntuación del índice Profund sería de siete puntos

124 Cuando la paciente se interviene quirúrgicamente (artroplastia parcial de cadera) y transcurridas las primeras 24 horas del postoperatorio sin incidencias es trasladada a la planta de Traumatología. A su llegada a planta tiene la siguiente pauta analgésica: desketoprofeno intravenoso cada 8 horas, alternando con paracetamol 1g cada 8 horas i.v. y rescate con meperidina 50 mg i.v. hasta cada 6 horas; se ha mantenido la profilaxis de enfermedad tromboembólica pautada desde el ingreso con enoxaparina a dosis de 40mg/24h. A la mañana siguiente la paciente se encuentra con moderada somnolencia, responde de forma incoherente a preguntas, y le cuesta mantener la atención, le cuentan que la noche previa ha estado muy agitada arrancándose la vía venosa, y se ha procedido a medicar con cloracepato intravenoso puntual, e inmovilización mecánica. Está afebril, eupneica, con auscultación cardiorrespiratoria sin cambios, abdomen blando y herida quirúrgica limpia, no hay focalidad neurológica ni meningismo. En la analítica de control tras 48 horas de postoperatorio destaca una Hb=8.9 g/dL, plaquetas=70.000/uL (comprobado en frotis por el hematólogo), coagulación normal, y resto de series y parámetros analíticos bioquímicos normales. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones considera correcta respecto al abordaje de la situación neuropsiquiátrica actual?

- A) Podemos considerar que el tipo de delirium es hiperactivo
- B) En el tratamiento debiéramos de evitar la movilización precoz, las medidas de sujeción física y deshidratación
- C) 1. En esta situación debemos realizar tratamiento con benzodiacepinas y neurolépticos atípicos pudiendo utilizar puntualmente butirofenonas i.v.
- D) La paciente reúne los 4 criterios CAM diagnósticos de delirium. Presenta los 2 obligatorios y además presenta los dos restantes

125 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones consideraría incorrecta respecto al abordaje diagnóstico y terapéutico de la trombopenia que ha desarrollado la paciente?

- A) Tal vez me plantearía realizar fondo de ojos y solicitar Rx de Torax
- B) Debiéramos solicitar un estudio de anticuerpos antiheparina
- C) Debieramos suspender la enoxaparina y sustituirla por fondaparinux a dosis de 2.5 mg s.c. cada 24 h subcutáneo y controles diarios de plaquetas para monitorizar su recuperación
- D) Debieramos realizar hemocultivos, cultivo de orina, cultivos de la herida quirúrgica e iniciar cuanto antes tratamiento empírico con cefalosporina de tercera generación

- 126 La paciente evoluciona ulteriormente de forma satisfactoria, y se va de alta con el informe de Traumatología y de Medicina Interna. Se le plantea revisión conjunta por ambas Unidades. ¿Cuál de las siguientes intervenciones al alta considera incorrecta?**
- A) La duración recomendable de la profilaxis para la enfermedad trombo-embólica venosa sería entre 4-6 semanas tras el alta hospitalaria
 - B) Al tratarse una fractura subcapital a la que se le ha realizado una artroplastia parcial, la carga de la extremidad y la deambulación debiera demorarse cuanto menos de siete a diez días
 - C) La ferroterapia se mantendría entre 2 y 3 meses
 - D) Habitualmente la revisión por parte de Traumatología se realizaría sobre los 30 días del alta. Se puede mejorar la eficiencia de esta visita haciéndola coincidir con la revisión clínica en la consulta de Medicina Interna
- 127 El día de la revisión en la consulta de Medicina Interna la paciente se encuentra con buen estado general, consciente, orientada, colaboradora, eupneica, afebril, tiene un Índice de Barthel actual de 70 y una analítica con función renal normal y Hb=10.6g/dL. Tras calcular el índice PROFUND actual de la paciente y el riesgo de muerte ¿cuál de las siguientes afirmaciones considera correcta respecto al índice PROFUND actual de la paciente y el riesgo de muerte?**
- A) La puntuación que tiene en el índice PROFUND arrojaría una probabilidad de muerte en los próximos 12 meses del 21.5-31-5%
 - B) La puntuación que tiene en el índice PROFUND arrojaría una probabilidad de muerte en los próximos cuatro años del 52%
 - C) La puntuación que tiene en el índice PROFUND arrojaría una probabilidad de muerte en los próximos cuatro años del 85%
 - D) La puntuación que tiene en el índice PROFUND arrojaría una probabilidad de muerte en los próximos 12 meses del 12-14%
- 128 Teniendo en cuenta el índice PROFUND actual de la paciente y el riesgo de muerte a los 12 meses según esta escala; ¿cuál de las siguientes afirmaciones considera correcta según la estimación pronostica y las indicaciones del Proceso Asistencial Integrado Atención al Paciente Pluripatológico para la realización de un Plan de Acción Personalizado?**
- A) Es recomendable que los objetivos se centren en la calidad de vida y el confort
 - B) Sería recomendable que se realizara un abordaje patogénico
 - C) Es una prioridad la planificación anticipada de decisiones y la identificación de persona representante y sustituta en caso de necesidad
 - D) El objetivo de prescripción ha de ser principalmente sintomático valorando la desprescripción

129 La paciente refiere que no tolera en absoluto el bifosfonato oral pautado por el traumatólogo, por producirle pirosis intensa, náuseas y vómitos en los días ulteriores a la toma. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es incorrecta en el abordaje de la paciente?

- A) El tratamiento con calcio y vitamina D es necesario en esta paciente
 - B) La mala tolerancia al bifosfonato oral, junto con las dificultades para cambiar a otro fármaco oral sustentaría la indicación de zolendronato anual a dosis de 5mg i.v. en infusión lenta en 30 minutos
 - C) En esta paciente debiera haberse iniciado el tratamiento con zolendrónico anual durante el ingreso hospitalario para garantizar la adherencia
 - D) La realización del test de la velocidad de la marcha en esta paciente es poco útil para identificar el grado de fragilidad
-

CASO VI:

Un varón de 57 años es traído a la consulta por sus familiares, preocupados porque desde hace un año tiene olvidos y fallos de memoria, que están afectando a su vida cotidiana. Esto se acompaña de cambios en su comportamiento y de su carácter que ha hecho que pase a ser una persona obstinada, quejosa y ocasionalmente agresiva. Al principio suplió su problemas de los olvidos escribiendo notas recordatorias, pero ya no siempre maneja bien el dinero y le cuesta encontrar las palabras para expresarse, su lenguaje se ha empobrecido. Tampoco se mueve tan ágilmente. También destacan el desinterés por casi todo, incluida sus aficiones. Por lo demás, su estado de salud es bueno y no está tomando ningún medicamento. La exploración física fue normal, salvo un deterioro amnésico, y fallos de atención y en su capacidad de juicio. Los resultados de las pruebas de laboratorio no aportaron datos significativos. El TAC craneal mostró una leve atrofia cortical.

130 ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

- A) Depresión
- B) Enfermedad de Alzheimer
- C) Atrofia múltiple de sistemas
- D) Enfermedad de Parkinson

131 ¿Con cuál de las siguientes entidades debe hacerse diagnóstico diferencial en este cuadro?

- A) Infección por VIH
- B) Abuso de psicofármacos
- C) Deficiencia de vitamina B12
- D) Todas son correctas

132 El tratamiento de la demencia tipo Alzheimer y sus complicaciones psiquiátricas incluye:

- A) Antidepresivos tipo sedante como Mirtazapina o Trazodona
 - B) Memantina
 - C) Inhibidores de la colinesterasa
 - D) Todas las opciones son correctas
-

CASO VII:

VARÓN DE 41 AÑOS. SÍNDROME FEBRIL DE 15 DÍAS Y PÉRDIDA DE 10 KG.

A.P.

- No alergias conocidas. No hábitos tóxicos.
- Viaje a México 3 semanas previas a la consulta.
- No profilaxis antipalúdica
- Visitó áreas rurales y urbanas
- Relaciones heterosexuales no protegidas con parejas diferentes. No otros antecedentes epidemiológicos.

E. A.-Al volver de México tuvo un cuadro catarral autolimitado que duró 3-4 días.

- Dos semanas previas a la primera consulta comienza con:
- Febrícula/fiebre diaria (38-38,5º).
- Pérdida de peso (unos 10 Kg en las dos semanas).
- En la última semana asocia: aumento del número de deposiciones diarias (2-3 veces) blandas sin productos patológicos y odinofagia intensa.
- No otra clínica en la anamnesis por aparatos.

Examen Físico

- Buen estado general, consciente y orientado, febril (38ºC), ansioso, eupneico, bien hidratado y perfundido, piel húmeda. TA=120/60 mmHg. FC=120 spm. Peso=69 Kg.
- Auscultación cardio-respiratoria: Normal.
- Abdomen: Normal.
- Cutáneomucoso incluyendo orofaringe y área genital: Normal.
- No adenopatías palpables.
- Neurológico: PINLA, no pares craneales, no meningismo, no focalidad, temblor fino distal.

Pruebas complementarias:

- Hemograma: Hb 10.7 g/dl normo-, normo-. Resto series Normales. VSG=103 mm/h.
 - Bioquímica general, hepática y sedimento urinario: N.
 - RX tórax y abdomen: normales.
 - ECG: taquicardia sinusal a 120 spm sin otras alteraciones reseñables.
 - Hemocultivos, coprocultivos, parásitos en heces= negativos.
 - Frotis de sangre periférica (repetido)=normal. Gota gruesa (x2): negativa
 - Serologías: VIH, VEB, CMV, Toxoplasma, Brucella, Rickettsia, Coxiella,: negativas. CV-VIH negativa.
 - ECO abdominal: 2 imágenes hepáticas sugestivas de hemangiomas.
-

133 ¿Cuál cree usted que es el síndrome clínico del paciente?

- A) FOD
- B) Síndrome mononucleósico
- C) Fiebre de duración intermedia
- D) Faringoamigdalitis vírica

134 Por la descripción del caso clínico, exploración física y pruebas complementarias, ¿cómo podríamos orientar el diagnóstico etiológico?

- A) Etiología Bacteriana
- B) Etiología Vírica
- C) Etiología no infecciosa
- D) Aún no disponemos de claves suficientes para hacer diagnóstico etiológico preciso

135 ¿Qué le ayudaría más a usted en la exploración clínica que no se detalla en el enunciado?

- A) Palpación exhaustiva de área cervical
- B) Tacto rectal incluyendo evaluación prostática
- C) Fondo de ojo
- D) Balance osteoartromuscular exhaustivo

136 Tras realizar una exploración clínica rigurosa, y en virtud de las pruebas complementarias detalladas, ¿Qué prueba adicional le parece más rentable para este paciente?

- A) Una determinación de hormonas tiroideas y una gammagrafía tiroidea
- B) Unos hemocultivos de incubación prolongada y una ecocardiografía.
- C) Un TAC de cuello-tórax y abdomen con contraste.
- D) Una serología luética

137 Le llega el resultado de las hormonas tiroideas con un franco hipertiroidismo primario. Los anticuerpos antitiroideos y los TRAB han resultado negativos. ¿Qué imágenes esperaría encontrar en la gammagrafía tiroidea?

- A) Bocio difuso tóxico.
- B) Bocio multinodular tóxico
- C) Ausencia de captación
- D) Captación normal

138 Si la gammagrafía objetivase ausencia completa de captación en la glándula tiroidea. ¿Qué actitud tomaría usted al respecto?

- A) Solicitaría una ECO tiroidea para descartar nódulos, ante un tiroides gammagráficamente "frío".
- B) Solicitaría un TAC de cuello ante la sospecha de una tiroiditis bacteriana supurada.
- C) Solicitaría una ECO tiroidea y un TAC abdominal c/c para caracterizar las lesiones hepáticas y descartar que se trate de abscesos hepáticos amebianos
- D) Consideraría el estudio finalizado e iniciaría un tratamiento farmacológico.

139 Referente al hipertiroidismo que presenta al paciente . ¿Cuál cree que es el antitiroideo de elección?

- A) Metamizol
- B) Carbimazol
- C) Propiltiouracilo
- D) Ninguno de los anteriores

140 ¿Qué tratamiento le indicaría al paciente?

- A) Propranolol
- B) Propranolol y carbimazol
- C) Propranolol y AAS a dosis antiinflamatorias
- D) Esteroides en pauta corta descendente

141 El paciente con el tratamiento pautado ha mejorado ostensiblemente tras 3 semanas, desapareciendo todos los síntomas; ha aumentado peso hasta su situación previa. La exploración clínica actual es rigurosamente normal. Usted ha recibido ya la amplia serobacteriología y serovirología que ha resultado no diagnóstica, salvo por la presencia de una IFI cualitativa frente a Borrelia spp. positiva. ¿Qué opina al respecto?

- A) Iniciaría tratamiento con amoxicilina ó doxiciclina y solicitaría una confirmación serológica cuantitativa así como una técnica de Western-Blot de enfermedad de Lyme.
- B) El paciente probablemente ha padecido una enfermedad de Lyme en una cronología indeterminada.
- C) El resultado probablemente sea un falso positivo. Mantendría la orientación previa del caso y solicitaría una técnica de Western-Blot sobre ese suero.
- D) Puede ser un falso positivo por reacción cruzada con T. pallidum y que el paciente padezca una LUES secundaria ó terciaria.

142 Pasadas 6 semanas el paciente continúa completamente asintomático y la analítica de control tras 6 semanas incluyendo las hormonas tiroideas es rigurosamente normal. ¿Qué haría?

- A) Le daría de alta
- B) Le repetiría la gammagrafía para confirmar curación.
- C) Lo citaría a los 3 meses para confirmar que no se produzca recidiva, que es frecuente en la tiroiditis subaguda
- D) Le repetiría los TRAB por el riesgo de desarrollo de una enfermedad de Graves.

CASO VIII:

Mujer de 75 años institucionalizada en residencia para mayores, diabética tipo 2 con requerimiento de insulina actualmente e hipertensa en tratamiento con enalapril 10 mgr. Presenta fiebre de 39°C y dolor en fosa renal derecha desde hace 48 horas. Ha tenido infecciones urinarias de repetición. No alergias medicamentosas. En la exploración física la paciente está despierta, con disminución del nivel de conciencia (Glasgow de 12), desorientada en tiempo y espacio. TA 85/45 mmHg. Fc 120 lpm, Fr 28 rpm. T^o 39 °C. Auscultación cardiorrespiratoria: tonos rítmicos a 120 lpm sin soplos. Murmullo vesicular conservado. Abdomen sin signos de irritación peritoneal y puñopercusión renal derecha ++. Analítica: Leucocitos 15.930/mm³ con 90% neutrófilos, Hb 11 g/dL con volúmenes normales, plaquetas 110.000/mm³. Bioquímica glucosa 390 mg/dl, urea 90 mg/dl, creatinina 1,3 mg/dl, Na⁺ 135 mEq/L K⁺ 4,2 mEq/L, PCR 140 mg/dl, procalcitonina 25 ng/ml, PH 7,35, CO₂H 19 mEq/L. Sedimento: leucocituria e intensa bacteriuria. Rx de tórax sin zonas de condensación pulmonar. Ecografía abdominal se constata dilatación pielocalicial derecha III/IV sin otros hallazgos.

143 Señale cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera:

- A) La paciente presenta un Quick SOFA de 0
- B) La paciente presenta un Quick SOFA de 1
- C) La paciente presenta un Quick SOFA de 2
- D) La paciente presenta un Quick SOFA de 3

144 Señale cual de la siguientes afirmaciones en relación a este caso clínico es cierta.

- A) Debe iniciarse tratamiento antibiótico con imipenem preferentemente en las 8 primeras horas ante la sospecha de sepsis
- B) Debe iniciarse Infusión de suero glucosalino para conseguir mantener una tensión arterial media de 65 mm Hg
- C) Esperar al menos 24 horas para que haya más estabilidad y colocar una nefrostomía de drenaje
- D) El valor elevado de procalcitonina es compatible con diagnóstico de sepsis

145 A las 48 horas la paciente se encuentra sin fiebre, está consciente, orientada y ha normalizado la TA. Desde microbiología informan del crecimiento tanto en urocultivo como en hemocultivos de *Escherichia coli* productor de betalactamasas de espectro extendido, con el siguiente antibiograma: Amoxicilina-clavulánico SPiperacilina-tazobactam SCefuroxima RCefotaxima

RCefepime	RCiprofloxacino
RCotrimoxazol	RGentamicina
RImipenem	SErtapenem
STigecilina	SA la vista del antibiograma y la identificación microbiológica ¿Qué opción de desescalado para tratamiento dirigido consideraría?

- A) Podría desescalarse a amoxicilina-clavulánico
- B) Podría desescalarse a cefotaxima dosis elevadas
- C) Podría desescalarse a ertapenem
- D) Podría continuarse tanto con la opción a como la c

146 Una vez drenado el foco y evolución favorable, la duración del tratamiento antibiótico recomendable sería:

- A) 5-9 días
 - B) 10-14 días
 - C) 15-21 días
 - D) 22-28 días
-

CASO IX:

Varón de 82 años, exfumador sin riesgo, con diabetes mellitus tipo 2 de 20 años de evolución, hipertenso y dislipémico desde hace 10 años, que tuvo un SCACEST hace 5 años con enfermedad de 2 vasos no revascularizable y una fracción de eyección del 39%. El último ecocardiograma transtorácico es de hace 18 meses y muestra dilatación de cavidades izquierdas y la fracción de eyección deprimida. Igualmente presenta una fibrilación auricular crónica conocida desde hace 5 años y una enfermedad renal crónica estadio G3a A3. Ha tenido múltiples ingresos por descompensación de insuficiencia cardiaca (4 en el último año) y tiene una clase funcional III de la NYHA y un índice de Barthel < 60, por lo que apenas sale de su domicilio. Por lo demás, es independiente para las actividades básicas de la vida diaria, vive con su esposa con buen apoyo social y conserva sus facultades mentales. Su tratamiento es con furosemida, 80 mgrs al día; nebivolol 1,25 mgrs al día, enalapril 10 mgrs diarios, AAS 100 mgrs al día, atorvastina 40 mgrs al día, insulina glargina 25 UI cada día, acenocumarol según ajustes de INR.

Consulta por disnea que se ha hecho de reposo de instauración súbita y aumento de edemas en miembros en los últimos tres días que son los que lleva de evolución. No refiere dolor torácico, palpitaciones, fiebre, tos, hemoptisis ni cambios en el tratamiento. También comenta que hace la dieta correctamente. A la Exploración física presenta una SO2 basal: 84%, TA: 110/60 mmHg, intensa taquipnea (30 rpm), con ingurgitación yugular. Está bien perfundido, con deshidratación leve y consciente y orientado. Los tonos son arrítmicos a 130 lpm sin soplos y presenta crepitantes hasta campos medios bilaterales. El abdomen es anodino y las extremidades tienen edemas con fóvea hasta mitad de muslo. La analítica muestra una Hb de 11 g/dl, creatinina de 1.8 mg/dl (basal de 1.4 mg/dl), urea 64, ClCr (MDRD 36,30; basal: 48,52), glucemia 167 mg/dl, HbA1c 7,2%; Na 132 mEq/l; K 4,1 mEq/l; NT-ProBNP 7.080 pg/ml, troponina, perfil férrico y hormonas tiroideas normales. Gasometría arterial basal pH 7,4; pO2 60; pCO2 28; HCO3 23. El TRT (tiempo en rango terapéutico para el acenocumarol) es del 42%. El ECG muestra una fibrilación auricular a 110 lpm, sin alteraciones de la repolarización y la RX de tórax presenta cardiomegalia, con datos de redistribución y derrame pleural derecho.

147 ¿Cuál de las siguientes pruebas diagnósticas NO es necesaria para el manejo del paciente durante este episodio de insuficiencia cardiaca descompensada?

- A) Ecocardiograma transtorácico
- B) Realización de angioTAC de arterias pulmonares, para descartar el tromboembolismo pulmonar como causa de descompensación
- C) Prueba de esfuerzo
- D) Nueva determinación de función renal

148 Respecto al tratamiento de este paciente, es FALSO que:

- A) Se debe añadir Ivabradina para el control de la frecuencia.
- B) La adición de un diurético tiazídico en combinación a la furosemida proporciona un efecto sinérgico y puede ser necesario en pacientes que reciben tratamiento a largo plazo con diuréticos de asa.
- C) Debería indicarse un anticoagulante directo en sustitución del acenocumarol por el TRT bajo.
- D) El enalapril puede continuarse a pesar del aclaramiento de creatinina.

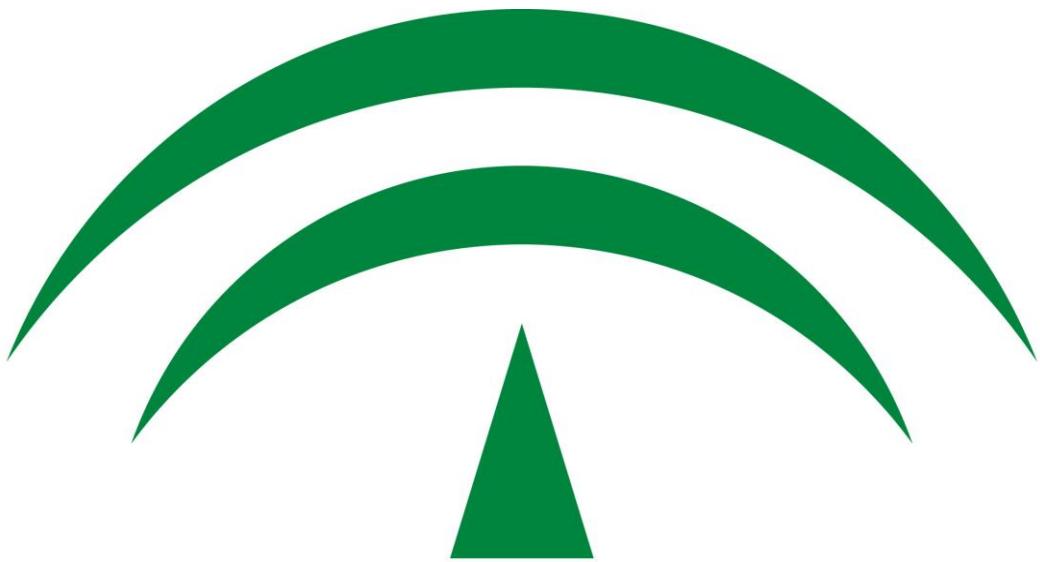
149 En relación con el uso de IECA y beta bloqueantes en el tratamiento de la Insuficiencia cardiaca con fracción de eyección disminuida es FALSO que:

- A) Son la base de la farmacoterapia en caso de Insuficiencia cardiaca con fracción de eyección disminuida
- B) Su uso reduce los síntomas y producen una mejoría en la calidad de vida
- C) La utilización de estos agentes conduce a una disminución de la mortalidad por fallo de bomba y de muertes por arritmias
- D) El uso de estos fármacos, sin embargo, aumenta los costes relacionados con las hospitalizaciones

150 Un alto porcentaje de pacientes con insuficiencia cardiaca son pluripatológicos. ¿Qué es cierto con respecto a este paciente?

- A) Este paciente no es pluripatológico según el PAI de atención a pacientes pluripatológicos y crónicos complejos de la Junta de Andalucía
- B) Este paciente es pluripatológico por las categorías diagnósticas A y B y tiene un índice PROFUND de 10
- C) Este paciente es pluripatológico por las categorías diagnósticas A y B y tiene un índice PROFUND de 3
- D) Este paciente es pluripatológico por las categorías diagnósticas F y H y tiene un índice PROFUND de 3

- 151 En el manejo farmacológico de los pacientes ancianos, en general, hay que tomar ciertas precauciones por los siguientes asertos:**
- A) Sensibilidad farmacológica alterada
 - B) Modificación de la farmacocinética y farmacodinámica
 - C) Posible coincidencia de varios fármacos
 - D) Todos los anteriores son ciertos
- 152 ¿Cuál de intervenciones farmacológicas que define el Proceso Asistencial Integrado de Atención a Pacientes Pluripatológicos de Andalucía es correcta?:**
- A) Se debe plantear una prescripción intensificada con objetivos a medio y largo plazo, incluyendo terapias en prevención primaria o secundaria en pacientes con un Índice Profund superior a 7 puntos.
 - B) Se debe considerar en todo caso la capacidad del paciente y/o cuidadores para afrontar con éxito el cumplimiento del tratamiento y, en caso necesario, se deberán utilizar asociaciones de medicamentos que disminuyan el número de tomas, o bien utilizar las formas farmacéuticas que permitan una posología más simple, entre otras actividades posibles.
 - C) Se deben evitar los fármacos de alto riesgo incluidos en la lista MARC en todos los pacientes pluripatológicos con mala adherencia
 - D) Se deben evitar sistemáticamente los dispositivos de administración complejos como inhaladores, autoinyectores, parches transdérmicos y otros dispositivos similares en pacientes mayores de 65 años.
- 153 ¿Que fármaco antiepileptico utilizaría en último lugar para el tratamiento de las crisis parciales?:**
- A) Fenobarbital
 - B) Carbamazepina
 - C) Topiramato
 - D) Levetiracetam



JUNTA DE ANDALUCÍA
CONSEJERÍA DE SALUD

**ALJUZAGNA DE ATENCIÓN
CONSEJERÍA DE SALUD**

