OSAKIDETZA

2018ko otsailaren 7ko 111/2018 Erabakiaren bidez, egindako Oposaketa-Lehiaketarako deia (EHAA 35 Zkia. 2018ko otsailaren 19koa)

Concurso-Oposición convocado por Resolución 111/2018 de 7 de febrero de 2018 (B.O.P.V. Nº 35 de 19 de febrero de 2018)

KATEGORIA:

FAK. ESP. BARNE MEDIKUNTZAKO MEDIKUA

CATEGORÍA:

FAC. ESP. MÉDICO MEDICINA INTERNA

Proba eguna: **2018ko maiatzaren 19a**
Fecha prueba: **19 de mayo de 2018**

1. ariketa */ 1er. ejercicio*
A *Eredua / Modelo* ***A***

1 ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES CUADROS DOLOROSOS, QUE MEJORAN CON LOS ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS, *NO* HA DEMOSTRADO QUE LO HAGA POR SU EFECTO ANALGÉSICO?

1a) Neuralgia postherpética.
1b) Dorsalgia baja crónica.
1c) Migraña.
1d) Cefalea tensional.

2 UN PACIENTE DE 86 AÑOS ACUDE A LA CONSULTA POR DOLOR POSTHERPÉTICO CONSIDERABLE. DE ENTRE LOS SIGUIENTES FÁRMACOS ¿CUÁL CONSIDERARÍA COMO PRIMERA ELECCIÓN EN ESTE CASO?

2a) Anticonvulsionantes (tipo Gabapentina o Pregabalina).
2b) Antidepresivos tricíclicos.
2c) Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina/noradrenalina.
2d) Antiarrítmicos (tipo Mexiletina).

3 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?

3a) En esta situación la sensibilidad y especificidad del TAC abdominal para confirmar la enfermedad es del 97%.
3b) La gravedad del cuadro clínico descrito según la clasificación de Hinchey estaría en II-III.
3c) En caso que fuera clasificado con Estadio I de Hinchey el paciente sería controlado en su domicilio con tratamiento antibiótico oral.
3d) En caso de estadio III de Hinchey NO suele requerir cirugía de urgencia.

4 ¿PARA EL DIAGNÓSTICO DE CUÁL DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES SE UTILIZAN LOS CRITERIOS DE ROMA III?

4a) Síndrome de dolor abdominal funcional.
4b) Síndrome de atrapamiento del nervio cutáneo anterior.
4c) Síndrome del intestino irritable.
4d) Pancreatitis crónica no alcohólica.

5 DE ENTRE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES SOBRE EL DOLOR TORÁCICO, ¿CUÁL ES CARACTERÍSTICA DE ISQUEMIA MIOCÁRDICA?

5a) Localización principal del dolor en el centro del abdomen o en la región abdominal inferior.
5b) Dolor constante que persiste durante muchas horas.
5c) Episodios de dolor muy breve que duran unos pocos segundos o menos.
5d) Dolor cuya intensidad aumenta a lo largo de un período de pocos minutos.

6 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES RESPECTO A LA CEFALEA ES VERDAD?

6a) El 40% de las personas con migraña tienen el primer episodio antes de los 30 años.
6b) El Síndrome de Costen es una cefalea en racimos de 1 hora de duración.
6c) La cefalea de tensión crónica la padece el 3% de la población.
6d) El auténtico generador de un ataque de migraña parece ser el mesencéfalo.

7 UNA CEFALEA CLÍNICAMENTE SECUNDARIA CON TAC NORMAL DEBE DE HACERNOS SOSPECHAR TODOS LOS SIGUIENTES DIAGNÓSTICOS *EXCEPTO UNO.* SEÑÁLELO.

7a) Aracnoiditis leptomeníngea.
7b) Chiari tipo I.
7c) Hipertensión intracraneal idiopática.
7d) El Síndrome de SUNCT.

8 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?

8a) Encefalopatía metabólica.
8b) Intoxicación por alcohol metílico.
8c) Lesión pontina.
8d) Lesión a nivel del encéfalo.

9 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?

9a) Pruebas de función renal.
9b) TAC cerebral.
9c) Resonancia cerebral.
9d) Urocultivo.

10 UN PACIENTE DE 56 AÑOS ES ATENDIDO POR SENSACIÓN DE MAREO, VÓMITOS Y MALESTAR GENERAL. ¿CUÁL DE LA SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS SUGIERE LA PRESENCIA DE UN VÉRTIGO DE ORIGEN CENTRAL?

10a) Nistagmo vertical-torsional mixto.
10b) Inhibición del nistagmo con la fijación visual.
10c) La ausencia de un signo de impulso cefálico.
10d) Nistagmo unidireccional.

11 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES CON RESPECTO A LA EPIDEMIOLOGÍA DE LOS ACCIDENTE VASCULARES CEREBRALES (ACV) ES CIERTA?

11a) En España los ACV son la tercera causa de invalidez permanente.
11b) La tasa de mortalidad por ictus en España lleva más de 20 años descendiendo de forma prácticamente paralela en ambos sexos.
11c) La incidencia de ACV es directamente proporcional al consumo de alcohol y al paro laboral, pero NO al analfabetismo.
11d) Aproximadamente el 30% de los supervivientes de un ictus tienen algún grado de incapacidad, de los que cerca del 20% requieren una hospitalización definitiva.

12 RESPECTO AL TRATAMIENTO DEL ACV ISQUÉMICO AGUDO, SI NO HAY CONTRAINDICACIONES ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES CIERTA?

12a) 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.
12b) Se debe de comenzar con ácido acetilsalicílico (AAS) en las primeras 24 horas.
12c) La heparina de bajo peso molecular es una alternativa a la AAS en el ACV isquémico.
12d) 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.

13 RESPECTO A LAS DEMENCIAS ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES *FALSA*?

13a) 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.
13b) En las demencias frontotemporales los trastornos de la personalidad y de la conducta serán tardíos y dominantes al margen de su base patológica.
13c) 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.
13d) 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.

14 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 MAS 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?

14a) Enfermedad de Parkinson.
14b) Enfermedad de Alzheimer.
14c) Demencia con cuerpos de Lewy.
14d) Demencia frontotemporal.

15 RESPECTO AL CÁNCER PRIMARIO DE ORIGEN DESCONOCIDO ¿CUÁL DE LAS AFIRMACIONES SIGUIENTES SOBRE RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS PARA LOS SIGUIENTES SUBGRUPOS FAVORABLES DE CÁNCER ES CORRECTA?

15a) Mujeres con adenocarcinoma que afecta a ganglios axilares: Tratar como Carcinoma de mama estadio III o IV.
15b) Mujeres con adenocarcinoma seroso papilar en la cavidad peritoneal: Tratar como Carcinoma de ovario grado III.
15c) Carcinoma de células escamosas de ganglios cervicales: Tratar como Cáncer de cabeza y cuello estadio IV.
15d) Metástasis única: Tratamiento local con cirugía o radioterapia y quimioterapia posterior.

16 DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES RESPECTO A LOS SÍNDROMES PARANEOPLÁSICOS, ¿CUÁL ES LA CORRECTA?

16a) Estos síndromes se observan hasta en el 15% de los pacientes (sin incluir la caquexia).
16b) Hasta dos tercios de los síndromes paraneoplásicos aparecen antes de diagnosticarse una neoplasia maligna asociada.
16c) Cuando la Acantosis *nigricans* aparece en adultos (especialmente cuando incluye lesiones mucosas) está estrechamente asociada a neoplasias malignas del tubo digestivo.
16d) La osteoartropatía hipertrófica puede afectar al 20% de los pacientes con adenocarcinoma pulmonar.

17 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTE EVALUACIONES RECOMENDADAS TRAS EL DIAGNÓSTICO INICIAL DE CÁNCER METASTÁSICO (MTX) DE ORIGEN DESCONOCIDO *ES FALSA*?

17a) En los hombres con adenocarcinoma MTX hay que medir la concentración sérica de PSA.
17b) En las mujeres con adenocarcinoma MTX hay que considerar la posibilidad de realizar una mamografía o Resonancia mamaria.
17c) 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).
17d) 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.

18 UNA PACIENTE EMBARAZADA DE 29 AÑOS CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO ACUDE A CONSULTAR SOBRE LA SEGURIDAD DE SU TRATAMIENTO RESPECTO AL FETO Y EN LA LACTANCIA. ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES FÁRMACOS PODRÍA UTILIZARSE EN ESTA SITUACIÓN?

18a) Ciclofosfamida.
18b) Ciclosporina.
18c) Micofenolato.
18d) Belimumab.

19 RESPECTO A LA ESCLERODERMIA ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES CIERTA?

19a) La incidencia de la enfermedad en USA es de 276 casos por millón de habitantes.
19b) Los anticuerpos Antitopoisomerasa son un marcador de la enfermedad pulmonar intersticial.
19c) Los anticuerpos anticentrómero son muy frecuentes en la esclerosis cutánea difusa.
19d) El subtipo clínico (enfermedad limitada vs difusa) y el auto anticuerpo específico presente NO se correlacionan con la gravedad de la enfermedad.

20 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?

20a) El tratamiento antibiótico se debe iniciar una vez conocido el resultado del cultivo de líquido articular.
20b) Es aconsejable realizar artrocentesis cada 5 días para aliviar los síntomas y evitar la destrucción articular.
20c) La negatividad de la tinción de Gram descarta que se trate de una artritis séptica por Gram (+).
20d) La tinción de Gram es positiva en el 50% de las artritis producidas por Gram negativos.

21 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES CIERTA RESPECTO A LA ARTRITIS REUMATOIDE (AR)?

21a) El Factor Reumatoide es característico de la AR y es positivo en más del 85% de los pacientes en fases tempranas de la enfermedad.
21b) Los anticuerpos Anti-péptidos cíclicos citrulinados (ACPA) tienen una alta sensibilidad en la AR.
21c) El FR o el ACPA son altamente predictivos de la enfermedad erosiva de la AR.
21d) Se deben de realizar pruebas genéticas para el diagnóstico diferencial de la Enfermedad.

22 UN VARÓN DE 64 AÑOS DE EDAD, SIN ANTECENDENTES 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 DE LA PACIENTE. SEÑALELA.

22a) Arteriografía del Tronco Celíaco.
22b) TAC Tóraco-abdómino-pélvico.
22c) Exploración Urológica.
22d) Anticuerpos antisintetasa.

23 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES SOBRE EL USO DE FÁRMACOS EN EL TRATAMIENTO DE SOSTÉN DE LA SARCOIDOSIS *ES FALSA*?

23a) La prednisona: Utilización en enfermedad pulmonar aguda.
23b) Metotrexate: En sarcoidosis solo ha demostrado su eficacia como ahorrador de esteroides.
23c) Infliximab: Utilización en enfermedad crónica pulmonar.
24d) Hidroxicloroquina: Más eficaz en enfermedad cutánea.

24 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES SOBRE LA AMILOIDOSIS PRIMARIA (TIPO AL) Y SECUNDARIA (TIPO AA) ES CIERTA?

24a) La afectación cardíaca es la más frecuente en la AA y la Renal en la AL.
24b) La afectación renal en ambas amiloidosis es semejante, pero tiene peor pronóstico en el tipo AL.
24c) La presencia de macroglosia es muy rara, pero cuando ocurre en el contexto de sospecha de amiloidosis, es casi patognomónica de AA.
24d) El pronóstico de la enfermedad es generalmente peor en la AA sistémica que en la AL.

25 DE LAS SIGUIENTES CAUSAS DE HIPERCALCEMIA SEÑALE CUÁL DE ELLAS CURSA CON PTH ELEVADA.

25a) Intoxicación por vitamina D.
25b) Hipertiroidismo.
25c) Hipercalcemia de las enfermedades granulomatosas (como sarcoidosis).
25d) Hipercalcemia hipocalciúrica familiar.

26 RESPECTO AL TRATAMIENTO DE LA HIPERCALCEMIA ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES CIERTA?

26a) El tratamiento agudo solo está justificado si hay síntomas graves de la enfermedad.
26b) NO se debe tratar en caso de elevaciones de Calcio por encima de 12 mg/dl y asintomático.
26c) El Cinacalcet puede estar indicado tanto en hiperparatiroidismo primario como secundario.
26d) El Denosumab NO ha probado su eficacia en la hipercalcemia tumoral persistente.

27 ¿CUÁL DE LA SIGUIENTES AFIRMACIONES ES CIERTA RESPECTO A LA OSTEOPOROSIS ASOCIADA AL TRATAMIENTO CON GLUCOCORTICOIDES?

27a) NO se observa un deterioro importante de la densitometría ósea hasta al menos un año de tratamiento.
27b) En estos pacientes sin fracturas, los suplementos de calcio y vitamina D son suficientes para prevenir la disminución de la masa ósea.
27c) La Teriparatida es peor alternativa que los bifosfonatos para el tratamiento de esta osteoporosis por glucocorticoides.
27d) Las tasas de fractura aumentan también con dosis de prednisona tan bajas como 2,5 mg diarios.

28 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 LA MÁS CORRECTA?

28a) Se trata del comienzo de una Morfea con una biopsia indistinguible de esclerodermia.
28b) Seguramente ha presentado una reacción a algunos de los medicamentos que tomaba.
28c) Hay que buscar antecedentes de ingesta de triptófano.
28d) La enferma muy probablemente responderá de forma favorable a dosis altas de corticoides.

29 **TODAS LAS CAUSAS SIGUIENTES. *EXCEPTO UNA*, SON ENFERMEDADES QUE PUEDEN DAR ESPLENOMEGALIA MASIVA (BAZO MAYOR DE 8 CMTS. POR DEBAJO DEL REBORDE COSTAL IZQUIERDO). SEÑÁLELA.**

29a) Obstrucción de la vena esplénica.
29b) Anemia Hemolítica.
29c) Sarcoidosis.
29d) Mielofibrosis con metaplasia mieloide.

30 **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?**

30a) Serología de lúes dada la edad de la paciente, a pesar de lo que explica la paciente.
30b) Exploración ginecológica a fin de descartar un cáncer de ovario.
30c) Por las características clínicas parece tratarse de unos ganglios normales. NO hacer más pruebas y controlar en varias semanas.
30d) Realizar serología vírica para descartar enfermedad relacionada al menos VEB, CMV.

31 **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 %. ¿CÚAL ES SU ÍNDICE DE PRODUCCIÓN DE RETICULOCITOS?**

31a) 2,7.
31b) 0.27.
31c) 27.
31d) 0,5.

32 **DE LAS AFIRMACIONES SIGUIENTES PARA EL DIAGNÓSTICO DE ANEMIA, MARQUE LA CORRECTA:**

32a) El ADE (RDW en inglés) o amplitud eritrocitaria se correlaciona con el grado de anisocitosis.
32b) En las anemias ferropénicas el ADE está disminuido.
32c) Los cuerpos de Howell-Jolly se suelen ver en anemias hemolíticas.
32d) Los Dacriocitos son característicos de las anemias megaloblásticas.

33 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?

33a) El PET/TAC tiene una sensibilidad del 80% vs la Gammagrafía marcada con indio tan solo del 25%.
33b) 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.
33c) Las tasas de utilidad en el diagnóstico del PET/TAC en la FOD NO alcanzan más del 40%.
33d) En pacientes con FOD, la captación aumentada de médula ósea sugiere una enfermedad hematológica.

34 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES CIERTA SOBRE EL PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES CON FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDA (FOD) NO FILIADA EN PAÍSES DESARROLLADOS?

34a) La mayoría de los casos de FOD se debe a enfermedades tratables.
34b) En período de seguimiento de seis (6) meses a pacientes con FOD no diagnosticada la mortalidad alcanza el 15%.
34c) NO es rara la necesidad de tratar de forma empírica con antibióticos, antituberculostáticos o glucocorticoides a pacientes de larga evolución con FOD.
34d) El linfoma NO Hodgkin asociado a FOD se acompaña de una desproporcionada alta mortalidad.

35 RESPECTO A LA EPIDEMIOLOGÍA DE INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA (IRAS) ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES SOBRE LAS MISMAS *NO* ES CIERTA?

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

36 SOBRE LAS RECOMENDACIONES DESTINADAS A PREVENIR Y CONTROLAR LA INFECCIÓN HOSPITALARIA, TODAS LAS SIGUIENTES *EXCEPTO UNA* SON DE GRADO I (EFICIENCIA COMPROBADA). SEÑÁLELA.

36a) Educación e información.
36b) Profilaxis antibiótica preoperatoria.
36c) Buena técnica quirúrgica y prácticas asépticas en el quirófano.
36d) Correcto lavado de manos.

37 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*?

37a) 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.
37b) 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.
37c) Si el paciente estuviera vacunado los gérmenes implicados más habituales serían el Staphylococcus y bacterias entéricas gram (-).
37d) 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).

38 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?

38a) Interrumpir INH y seguir con RIF, EMB y PZA hasta completar los 6 meses previstos.
38b) Interrumpir INH y seguir con RIF, EMB y PZA 9 meses y Estreptomicina 2 meses.
38c) Interrumpir INH y seguir con RIF, EMB y PZA durante 12 meses.
38d) Interrumpir INH y seguir con RIF, EMB y PZA durante 12 meses y una quinolona 2 meses.

39 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?

39a) 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.
39b) La aparición de nuevos nódulos después de comenzar el tratamiento ocurre en el 25-30%.
39c) NO están indicados los corticoides en este tipo de Tuberculosis extrapulmonar.
39d) El tratamiento es con 4 fármacos (INH, RIF, EMB y PZA) 4 meses.

40 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES CIERTA SOBRE LAS INFECCIONES URINARIAS (ITU)?

40a) Por encima de los 65 años al menos el 20% de los varones y el 30% de las mujeres tienen ITUs.
40b) Un sedimento urinario sin bacteriuria hace improbable una ITU.
40c) Un 10% de las mujeres tienen ITUs cada año.
40d) La carencia de circuncisión NO aumenta el riesgo de ITU en adultos jóvenes.

41 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?

41a) Vaciamiento de la vejiga, inmediatamente después del coito.
41b) Dadas las infecciones tan frecuentes, comenzar con tratamiento antibiótico profiláctico diario a largo plazo.
41c) Quimioprofilaxis con dosis-única, tomada inmediatamente después del coito.
41d) NO es útil conocer el antibiograma para realizar la quimiprofilaxis.

42 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?

42a) Probablemente la enferma NO tenga antecedentes en la infancia, alteraciones por estrés social ni falta de apoyo personal.
42b) 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.
42c) La recuperación completa de la enfermedad a largo plazo es frecuente sin tratamiento.
42d) Las terapias NO farmacológicas pueden ser extremadamente útiles en este tipo de paciente, entre ellas la terapia de ejercicio graduado aeróbico.

43 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 MAS ADECUADO EN ESTA SITUACIÓN?

43a) 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).
43b) Adrenalina como en la respuesta anterior y Metilprednisolona en pulsos a dosis elevadas.
43c) Dos unidades de Plasma fresco congelado.
43d) Icatibant 30 mg subcutánea.

44 INDIQUE LA ASOCIACIÓN MÁS ADECUADA DE LAS INMUNODEFICIENCIAS SIGUIENTES.

44a) Defecto de adhesión leucocitaria: Infecciones cutáneas graves y fenómenos autoinmunidad.
44b) Inmunodeficiencia Común Variable: Infecciones de repetición por bacterias encapsuladas.
44c) Déficit del complemento: Infecciones por virus y bacterias catalasa positivas.
44d) Déficit de la fagocitosis: Infecciones de víricas de repetición y salmonelosis.

45 DE LOS SIGUIENTES PRINCIPIOS DE TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN POR VIH ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES *FALSA?*

45a) El cociente de linfocitos T CD4/Linfocitos T CD8 indica el grado de competencia del sistema inmunitario en ese momento.
45b) Las mujeres deben recibir el tratamiento antirretroviral óptimo sin importar el grado de gestación.
45c) Las concentraciones plasmáticas de RNA del VIH indican la magnitud de la replicación y la tasa de destrucción de linfocitos T CD4.
45d) La cantidad de fármacos disponible es limitada. Cualquier decisión sobre el tratamiento antirretroviral repercute en las opciones futuras para el paciente.

46 ¿EN CUÁL DE LAS SIGUIENTES FORMAS DE TRANSMISIÓN DE LA INFECCIÓN POR VIH ES LA *MENOS* PROBABLE QUE OCURRA?

46a) Pinchazo percutáneo en trabajador sanitario.
46b) Coito anal insertivo.
46c) Sexo oral insertivo o receptivo.
46d) Compartir juguetes sexuales.

47 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*?

47a) 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.
47b) Se realizará tratamiento empírico con ceftriaxona intramuscular y azitromicina vía oral en dosis únicas, en espera de los resultados microbiológicos.
47c) 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.
47d) Cabe esperar que la azitromicina cure la mayoría de los casos de uretritis no gonocócicas.

48 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES CORRECTA RESPECTO AL DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS?

48a) La RPR es un test cardiolipídico que tiene una sensibilidad de 95-98% para el diagnóstico de la sífilis primaria.
48b) La tinción mediante inmunofluorescencia directa de extensiones fijadas es más apropiada que la microscopia de campo oscuro para examinar las lesiones cutáneas húmedas.
48c) Las pruebas treponémicas es posible que sean las únicas pruebas positivas en pacientes con sífilis cardiovascular o neurológica.
48d) El RPR o el VDRL aunque son útiles para el diagnóstico de sífilis NO lo son para monitorizar la respuesta terapéutica.

49 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*.

49a) 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 IV.
49b) La Dopamina es el fármaco vasopresor de elección para el shock séptico.
49c) 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.
49d) 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.

50 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?

50a) La administración de bicarbonato cuando el pH es menor de 7,2 mejora la hemodinámica.
50b) La Administración de Inmunoglobulinas ha demostrado mejorar la morbilidad.
50c) La Eritropoyetina es de utilidad en el Shock séptico con anemias graves (Hgb < 7).
50d) La Hidrocortisona acelera la recuperación del Shock séptico sin prolongar la supervivencia.

51 TODOS LOS ANTIBIÓTICOS TIENEN POTENCIALMENTE EFECTOS SECUNDARIOS. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES *NO* ES CORRECTA?

51a) Azitromicina: Puede alargar el QTc y aumentar la mortalidad cardiovascular.
51b) Daptomicina: Puede producir miopatías; se debe pedir CPK de control en tratamientos prolongados.
51c) Algunos antibióticos sistémicos tienen la posibilidad de alterar la flora intestinal e inducir una infección por *Clostridium difficile.*
51d) Tetraciclinas y Glucilcilinas: Pueden dar fotosensibilidad y molestias del tubo digestivo.

52 UNA DE LAS SIGUIENTES CONSIDERACIONES GENERALES PARA EL USO DE MEDICAMENTOS EN EL ANCIANO *NO* ES CIERTA.

52a) El aclaramiento de fármacos eliminados por los riñones puede reducirse en un 50%.
52b) Los fármacos eliminados principalmente por el hígado suelen precisar un ajuste de la dosis por la edad.
52c) Debido a la posibilidad de un aumento de la sensibilidad del órgano diana en ancianos, solo debe usarse la dosis mínima eficaz.
52d) 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.

53 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', FC 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?

53a) La neumonía en el anciano tiene una incidencia semejante a la de los individuos de edad media.
53b) Los gérmenes habitualmente implicados en este caso serían el Streptocccus peumoniae, y bacterias anaerobias y bacilos entéricos gram (-).
53c) El tratamiento de elección en este caso es una cefalosporina de tercera generación.
53d) NO hay clara evidencia de que en pacientes ancianos, la vacunación contra la gripe y la administración de vacuna neumocócica polisacárida baje la mortalidad.

54 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 DIAGNOSTICO MÁS PROBABLE?

54a) Acalasia.
54b) Esófago de Barret.
54c) Esofagitis eosinófila.
54d) Anillo esofágico distal (Schazki).

55 UNA MUJER DE 47 AÑOS CONSULTA POR DIFICULTAD PARA TRAGAR LÍQUIDOS Y EN OCASIONES SÓLIDOS DE 2 AÑOS DE EVOLUCIÓN, INTERMITENTE, ACOMPAÑADA DE MOLESTIAS EPIGÁSTRICAS, PERO ESPECIALMENTE LE PREOCUPA LA PRESENCIA DE DOLOR INTENSO RETROESTERNAL BAJO IRRADIADO EN OCASIONES A AMBOS BRAZOS Y/O MANDÍBULA, ESPONTÁNEO O DESENCADENADO POR VINO TINTO Y LÍQUIDOS CALIENTES. LA DURACIÓN DEL DOLOR SUELE SER DE UNOS 10 MINUTOS Y A VECES HASTA 30 MINUTOS, ¿CUÁL DE LAS AFIRMACIONES SIGUIENTES ES *FALSA?*

55a) Dadas las características del dolor, y el contexto del mismo, NO se deben hacer más estudios para descartar cardiopatía isquémica.
55b) NO hay estudios con evidencia suficiente para tratamiento médico con Antagonistas del calcio ni nitratos.
55c) La trazodona sí ha demostrado utilidad en esta enfermedad.
55d) En casos de disfagia grave se puede valorar cirugía.

56 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 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??

56a) La endoscopia se debe de realizar inmediatamente.
56b) 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.
56c) 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.
56d) 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.

57 PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS HEMORRAGIAS DIGESTIVAS GRAVES DE ORIGEN OSCURO CON ANTECEDENTES DE MELENAS Y NECESIDAD DE TRANSFUSIONES DE SANGRE SE UTILIZA EL ALGORITMO DEL GRUPO *CURE* DE LA *UCLA*. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES *ES FALSA*?

57a) En el caso de hematoquecia grave, una vez realizada colonoscopia urgente *sin* identificación de la fuente de sangrado la siguiente prueba es Endoscopia alta.
57b) En el caso de melenas *sin* identificación del origen del sangrado el siguiente paso es colonoscopia con exploración del ileon terminal.
57c) En el caso de melenas *sin* fuente identificada, tras la endoscopia con cápsula se debe hacer enteroscopia profuna.
57d) El rendimiento diagnóstico de los métodos endoscópicos en este contexto, en manos expertas, está en torno al 70%.

58 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES RESPECTO A LAS ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INTESTINALES (EII) ES CORRECTA?

58a) El tabaquismo puede aumentar la incidencia de la Colitis Ulcerosa.
58b) La apendicectomía reduce el riesgo de la Enfermedad de Crohn del 13 a 26%.
58c) La EII cuando empieza en la infancia tiene una evolución más favorable.
58d) Si dos progenitores tienen EII, cada hijo/a tiene una probabilidad de 36% de afectarse.

59 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?

59a) 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.
59b) Se debe evaluar el estado en cuanto a la Hepatitis B y vacunar antes del tratamiento si fuera necesario.
59c) Los anti-TNF solo están indicados para la inducción de la remisión en las formas moderadas o graves de la enfermedad.
59d) Pueden exacerbar los síntomas de Insuficiencia cardíaca en pacientes grado II-IV de la NYHA.

60 DE LOS SIGUIENTES VIRUS RESPONSABLES DE HEPATITIS VIRAL AGUDA. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES SOBRE SU PROBABILIDAD DE EVOLUCIÓN CRÓNICA ES CIERTA?

60a) Hepatitis B: Entre el 5-10%.
60b) Hepatitis C: Entre el 30 y 40%.
60c) Hepatitis D: En el 90% en casos de sobreinfección.
60d) Hepatitis E: Con frecuencia en pacientes inmunodeprimidos.

61 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES SOBRE LA HEPATOPATÍA GRASA NO ALCOHÓLICA (HGNA) ES CIERTA?

61a) En el mundo occidental es la segunda causa de trasplante hepático.
61b) Está relacionada claramente con el síndrome metabólico y la obesidad, pero NO relacionada con seguridad con la Diabetes mellitus tipo 2.
61c) Se estima que casi 1/3 de los adultos de occidente tienen HGNA.
61d) Las estatinas NO mejora significativamente la HGNA.

62 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?

62a) Tratamiento con cefalosporina de tercera generación (cefotaxima o ceftriaxona) y albúmina intravenosa de forma inmediata.
62b) Paracentesis evacuadora y reposición de albúmina.
62c) Tratamiento con una cefalosporina de tercera generación más las medidas de soporte generales.
62d) Lactulosa y administrar la albúmina.

63 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 AFIRMACIÓNES ES LA MÁS CORRECTA EN NUESTRO MEDIO?

63a) El tratamiento debería basarse en la administración de Vasopresina más albúmina.
63b) El tratamiento debería basarse en la administración de Terlipresina más albúmina.
63c) La mortalidad de esta situación está en torno al 50% en la primera semana.
63d) La causa más probable de la enfermedad sea un shock hipovolémico encubierto.

64 DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES RESPECTO A LA ANOREXIA NERVIOSA ¿CUÁL DE ELLAS ES *FALSA*?

64a) En pacientes NO tratados la mortalidad alcanza el 5/1000.
64b) Es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes.
64c) Se debe incrementar relativamente rápido el peso para evitar el Síndrome de Realimentación.
64d) Dentro de los efectos endocrinos se encuentra la hipercortisolemia.

65 UN 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; FEV1: VOLUMEN RESPIRATORIO FORZADO EN 1 SEGUNDO; RAW: RESISTENCIA A LAS VÍAS RESPIRATORIAS.

65a) TLC: 75%; FEV1/FCV: Normal; RV: 120%; Raw: 1.
65b) TLC: 60%; FEV1/FCV: Normal: RV: 60%; Raw: 1.
65c) TLC: 95%; FEV1/FCV: Normal. RV: 100%. Raw: 1.
65d) TLC:120%; FEV1/FCV: Bajo. RV: 210%. Raw: 1,5.

66 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?

66a) Neumonitis por hipersensibilidad: Linfocitosis intensa (>50%).
66b) Sarcoidosis: Linfocitosis con cociente CD4/CD8 >2,5.
66c) Proteinosis alveolar: Neumocitos tipo II hiperplásicos atípicos.
66d) Neumonia organizativa: Material alveolar positivo por la tinción con ácido periódico de Schiff.

67 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?

67a) Consolidación parcheada subpleural o peribronquial con o sin nódulos.
67b) Nódulos centrolobulillares difusos, en vidrio esmerilado, engrosamiento de paredes septales broncovasculares y quistes de pared fina.
67c) Reticulación subpleural basal periférica con panalización, bronquiectasias por tracción.
67d) Atenuación en vidrio esmerilado periférica, basal, subpleural y simétrica con líneas irregulares y consolidación; conservación subpleural.

68 LA HIPERTENSIÓN PULMONAR GRUPO IV O HIPERTENSIÓN PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA (HPTEC) CONSTITUYE UN SUBGRUPO FRECUENTE CON TODAS LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS *EXCEPTO UNA*. SEÑÁLELA.

68a) 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.
68b) El TAC representa la principal herramienta para el diagnóstico de la enfermedad.
68c) Existen factores de riesgo que favorecen esta enfermedad tales como la esplenectomía y la enfermedad intestinal inflamatoria.
68d) El tratamiento de elección de la HPTEC es la cirugía.

69 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.

69a) Líquido pleural (LP) loculado; pH LP < 7,20; Glucosa LP< de 60 mg/dl, Gram o cultivo LP (+): empiema.
69b) Gram ó cultivo LP (+); pH LP < 7,20; Glucosa LP< de 60; LP loculado; empiema.
69c) pH LP < 7,20; Glucosa LP< de 60; Gram ó cultivo LP (+) LP loculado; empiema.
69d) Glucosa LP< de 60; pH <7,20; Gram o cultivo LP (+); LP loculado; empiema.

70 TODAS LAS ENFERMEDADES SIGUIENTES PUEDEN DAR DERRAME PLEURAL. ¿CUÁL DE LAS AFIRMACIONES RESPECTO AL TIPO DE DERRAME QUE PRODUCEN *NO ES CIERTA*?

70a) La Artritis reumatoide y el LES suelen dar un exudado con glucosa baja y ph <7,20.
70b) Característicamente el Mixedema da trasudado.
70c) El Síndrome de Cava Superior da un trasudado.
70d) El Síndrome de Meigs habitualmente es un trasudado.

71 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES RESPECTO AL OXÍGENO COMPLEMENTARIO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RESPIRATORIA CRÓNICA *NO ES CORRECTA*?

71a) Es el único elemento terapéutico que ha reducido la mortalidad en el EPOC.
71b) 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.
71c) Ha reducido la mortalidad del EPOC cuando se administra a pacientes con hipoxemia en reposo (Sat O2< de 88-90%) con Insuficiencia Cardíaca derecha.
71d) Los beneficios sobre la mortalidad son proporcionales al número de horas/día de utiización.

72 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 Y 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?

72a) 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.
72b) El mismo esquema anterior pero controlando al paciente en 2-6 semanas.
72c) Seguir con el tratamiento a demanda de terbutalina, añadirle un corticoide inhalado a dosis intermedias (400 mcg/12 de budesonida) y control trimestral.
72d) 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.

73 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?

73a) 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.).
73b) 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%.
73c) 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%.
73d) 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.

74 EN UNA REVISIÓN PARA ASEGURAR A UN VARÓN DE 36 AÑOS EN UNA COMPAÑÍA ASEGURADORA, ADEMÁS DE LA EXPLORACIÓN GENERAL, QUE FUE NORMAL, LE REALIZARON, ENTRE OTRAS, SEROLOGÍA FRENTE A HEPATITIS B CON LOS SIGUIENTES RESULTADOS: HBSAG (+); ANTI-HBS (-); HBEAG (-); ANTI-HBE (+); ANTI-HBC IGM (-); ANTI-HBC IGG (+): REPLICACION DNA VHB (+). ¿CUÁL ES EL DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE EN RELACIÓN CON EL VIRUS DE HEPATITIS B?

74a) Paciente vacunado.
74b) Infección crónica.
74c) Infección aguda.
74d) Portador asintomático.

75 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?

75a) La intervención coronaria percutánea (IPC) primaria es el método de reperfusión recomendado cuando el personal experimentado puede efectuarla.
75b) Cuando se prevé un tiempo mayor a 60 minutos para la realización de la IPC se debe de comenzar con tratamiento fibrinolítico.
75c) El ácido acetilsalicílico (de 162 a 325 mg) debe administrarse antes de la ICP primaria.
75d) 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.

76 ¿RESPECTO A LA ENDOCARDITIS BACTERIANA CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES CIERTA?

76a) Los criterios de Duke modificados, en el momento presente, apenas tienen valor con las actuales técnicas de diagnóstico.
76b) La insuficiencia mitral asociada a prolapso degenerativo de la válvula mitral, es el segundo trastorno predisponente más frecuente de Endocarditis bacteriana.
76c) Cuando en hemocultivo se aisla Streptococcus gallolyticus, hay que descartar una neoplasia de colon.
76d) 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.

77 NUMEROSOS FACTORES ESTÁN IMPLICADOS EN LA PLACA DE ATEROMA Y DESARROLLO DE LA ENFERMEDAD ATEROSCLERÓTICA. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES *ES FALSA*?

77a) 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.
77b) El centro necrótico de las placas de ateroma establecidas está producido, entre otros, por apoptosis de células espumosas.
77c) El remodelamiento arterial durante la formación del ateroma (crecimiento abluminal) explica parte de la variabilidad en la expresión clínica de la enfermedad aterosclerótica.
77d) 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.

78 DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES SOBRE ALTERACIONES LIPÍDICAS ¿CUÁL ES CIERTA?

78a) La hipercolesterolemia familiar combinada caracterizada por aumento del LDL y Triglicéridos es responsable del 10% de arteriopatías coronarias prematuras.
78b) La hipercolesterolemia familiar heterocigótica que afecta al 1:500 personas es responsable del 5% de los infartos de miocardio prematuros.
78c) La diabetes, la obesidad, el hipotiroidismo y un consumo excesivo de alcohol probablemente sean las causas secundarias más habituales del metabolismo anormal de los lípidos.
78d) La hipertrigliceridemia familiar se caracteriza por una hiperproducción primaria de triglicéridos. La relación entre este trastorno y el riesgo cardiovascular es incierta.

79 UN PACIENTE DE 77 AÑOS SIN ANTECEDENTES DE INTERÉS ACUDE AL MÉDICO POR CLÍNICA DESDE HACE 4 MESES DE MALESTAR GENERAL, ANOREXIA CON PÉRDIDA DE 6 KG DE PESO, FEBRÍCULA Y ARTROMIALGÍAS INESPECÍFICAS. HACE UNAS SEMANAS TOS Y ALGÚN ESPUTO HEMOPTOICO. HACE 72 HORAS COMIENZA CON LESIONES CUTÁNEAS QUE EN LA EXPLORACIÓN COINCIDEN CON PÚRPURA PALPABLE. EN LA ANALÍTICA DESTACA LIGERA ANEMIA NORMOCÍTICA, VSG DE 70 MM, ANTI-VHC (-) Y UN SEDIMENTO URINARIO CON HEMATURIA FRANCA Y PROTEINURIA DE 400 MG/24 HORAS. ¿CUÁLES DE LOS SIGUIENTES HALLAZGOS ESPERARÍA ENCONTRAR CON MÁS PROBABILIDAD?

79a) Predominantemente pANCA (+) con patrón perinuclear y especificidad antigénica para mieloperoxidasa (MPO). Glomerulonefritis (GN) necrosante focal extracapilar inmunonegativa. En el 40% de los pacientes infiltrados pulmonares sin cavitación.
79b) Predominantemente cANCA (+) antiPR3. (GN) necrosante focal extracapilar inmunonegativa con vasculitis granulomatosa en pulmón y en riñón (en menos del 10%). Paucinmune.
79c) ANCAs negativos; NO afectación renal por inmunocomplejos, microaneurismas arteriales.
79d) ANCAs negativos, GN mesangial proliferativa con depósitos de IgM, C4 en asas capilares.

80 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*?

80a) Es la causa más frecuente de Síndrome nefrótico en los ancianos.
80b) Se asocia en un 25% a un cáncer hematológico y enfermedades autoinmunes.
80c) El grado de atrofia tubular o la fibrosis intersticial anticipan la progresión de la enfermedad mejor que la etapa de la glomerulopatía.
80d) El pronóstico lo marcan sexo masculino, la edad, hipertensión y persistencia de la proteinuria.

81 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?

81a) Beta-bloqueantes.
81b) Alfa-bloqueantes.
81c) Inhibidores de la ECA.
81d) Antagonistas del calcio.

82 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?

82b) Glucosa en ayunas entre 80-100 mg/dl; TA <140/90 mm Hg; LDL < 70 mg/dl.
82b) Glucosa en ayunas entre 80-130 mg/dl; TA <130/90 mm Hg; LDL < 70 mg/dl.
82c) Glucosa en ayunas entre 80-130 mg/dl; TA <140/90 mm Hg; LDL < 100 mg/dl.
82d) Glucosa en ayunas entre 80-100 mg/dl; TA <130/90 mm Hg; LDL < 100 mg/dl.

83 UNA MUJER DE 37 AÑOS ACUDE A LA CONSULTA PORQUE DESDE HACE 2 MESES, NOTA TAQUICARDIA A MAS 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?

83a) Síndrome POTS.
83b) Inicio de una Atrofia de múltiples aparatos y sistemas.
83c) Síndrome de insuficiencia pura del sistema autónomo.
83d) Forma inhabitual de comienzo de Hipotensión ostostática.

84 LAS ENFERMEDADES POR DEPÓSITO LISOSOMAL SE CARACTERIZAN POR MANIFESTACIÓNES CLÍNICAS RELACIONADAS CON SU DEFECTO ESPECÍFICO Y/O POR EL ACÚMULO DE DETERMINADAS SUSTANCIAS DE SU METABOLISMO EN DIFERENTES ORGANOS Y TEJIDOS. ¿CÚAL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES CIERTA?

84a) Las enfermedades lisosomales conocidas se transmiten como carácter autosómico recesivo o ligadas al cromosoma X excepto la enfermedad de Fabry, el Síndrome de Hunter y la enfermedad de Danon.
84b) En los pacientes con enfermedad de Tay-Sachs de comienzo tardío, los hallazgos motores pueden manifestarse años antes de la aparición de las alteraciones psiquiátricas.
84c) En la Enfermedad de Fabry no hay unanimidad en cuanto a criterios de tratamiento sustitutivo, salvo que NO está indicado en la insuficiencia renal que es irreversible.
84d) El tratamiento sustitutivo de la Enfermedad de Gaucher ha conseguido corregir los síntomas neurológicos de las formas neuronopáticas de la enfermedad.

85 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*?

85a) Como prueba de riesgo se utilizan el BRCA1 y BRCA2 en paciente con cáncer de mama.
85b) Como prueba diagnóstica se utiliza “Cancer TYPE ID” para el carcinoma primario de origen desconocido.
85c) En Farmacogenómica se utilizan los biomarcadores EGFR y KRAS para la elección del panitumumab para el tratamiento del cáncer de cólon.
85d) Como prueba pronóstica se utiliza el Oncotype DX en el cáncer de ovario.

86 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?

86a) 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.
86b) 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.
86c) Para evitar el edema de expansión en la TCs. NO se debería realizar una TCs mayor de 1000 cc por sesión.
86d) 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.

87 DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES RESPECTO A LA ESTADÍSTICA Y EPIDEMIOLOGÍA, ¿CUÁL ES CIERTA?

87a) 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.

87b) La utilización de la técnica estadística de la regresión múltiple permite establecer qué variables independientes influyen en las variables dependientes.

87c) 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.

87d) 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.

88 SE PRODUCE ANEMIA POSTOPERATORIA EN EL 5% AL 35% DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS, DEPENDIENDO DE LA DEFINICIÓN DE ANEMIA Y EL TIPO DE CIRUGÍA ESTUDIADA. FRENTE A ELLO HAY QUE ANTEPONER LOS RIESGOS DE LAS TRANSFUSIONES QUE EN ALGUNAS OCASIONES SON CONSIDERABLES. ¿CUÁL DE LA SIGUIENTE AFIRMACIONES ES CIERTA?

88a) La anemia preoperatoria con hematocrito <39% en hombres y < 36% en mujeres se asocia de forma independiente a un aumento de la morbilidad/mortalidad a los 30 días.

88b) En el período postoperatorio, en los pacientes estables y sin enfermedad cardiovascular, NO aumenta la mortalidad si la hemoglobina es > 6,5 g/dl.

88c) En pacientes estables puede plantearse la transfusión con valores de hemoglobina de 6-7 g/dl.

88d) En pacientes con posible isquemia cardíaca activa, pueden estar indicadas las transfusiones para alcanzar una hemoglobina de 10-11 g/dl.

89 UNO DE LOS HECHOS MÁS IMPORTANTES EN LA VALORACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE QUIRÚRGICO TIENE QUE VER CON LA VALORACIÓN DEL RIESGO PREOPERATORIO CARDIOVASCULAR. POSIBLEMENTE POR SU SENCILLEZ Y EXACTITUD, EN ESTE MOMENTO, EL QUE GOZA DE MAYOR ACEPTACIÓN ES EL ÍNDICE REVISADO DE RIESGO CARDIOVASCULAR (RCRI). ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES SOBRE EL MISMO ES *FALSA*?

89a) Los marcadores clínicos para valorar el riesgo se basan en 6 grupos de enfermedades y se les clasifica en cuatro grupos de riesgo, (RCRI 0 a RCRI 3).

89b) A cada uno de los marcadores se les da un punto y con el resultado se puede calcular. de forma predictiva, el riesgo de presentar graves problemas cardíacos (paro cardíaco, fibrilación ventricular, bloqueo completo, etc.).

89c) La utilidad del índice es la posibilidad de identificar pacientes con 3 o más elementos de predicción, expuestos a mayor riesgo.

89d) El RCRI 3 indica que el paciente tendrá un riesgo del 15 al 20% de enfermedad cardíaca grave.

90 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"?

90a) Conseguir que el paciente aborde el final de su vida cómodo y sin dolor.

90b) Evaluar exhaustivamente la decisión con especial interés en el estado psicológico del enfermo.

90c) Garantizar que el tratamiento se corresponda con los valores del paciente.

90d) Atención adecuada al sufrimiento de los cuidadores.

91 LAS INTERVENCIONES PREVENTIVAS EFICACES EN LA POBLACIÓN HAN OCASIONADO UN REDUCCIÓN NOTABLE DE LA MORTALIDAD DE MUCHAS ENFERMEDADES. ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES PRINCIPIOS DE LA DETECCIÓN DE ENFERMEDADES *ES FALSO*?

91a) La enfermedad debe ser un problema de salud importante.
91b) El coste de encontrar un caso NO necesariamente debe equilibrarse con el gasto médico total.
91c) Debe de haber una prueba o examen para detectar la enfermedad.
91d) Debe de existir un tratamiento para la enfermedad.

92 EL EJERCICIO DE FUNCIONES DE GESTIÓN CLÍNICA EN LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS:

92a) Está sometido a la evaluación del desempeño y de los resultados.
92b) Únicamente tienen la consideración de funciones de gestión clínica las relativas a la jefatura y coordinación de unidades y equipos sanitarios y asistenciales.
92c) La participación en las Unidades de Gestión Clínica es obligatoria para todos los profesionales sanitarios del centro sanitario.
92d) Conllevará necesariamente la compensación económica que se pacte con el órgano de gobierno del centro sanitario.

93 EN RELACIÓN CON LA ADQUISICIÓN DE LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO, UNA VEZ SUPERADAS LAS PRUEBAS DE SELECCIÓN Y OBTENIDO EL NOMBRAMIENTO CONFERIDO POR EL ÓRGANO COMPETENTE, LA PERSONA SELECCIONADA:

93a) Debe incorporarse a una plaza del servicio o centro que le corresponda en un plazo no superior a tres meses a contar desde el día siguiente al del nombramiento.
93b) La falta de incorporación a la plaza que le corresponda, dentro del plazo señalado para ello, producirá, en todo caso, el decaimiento de su derecho a obtener la condición de personal estatutario fijo.
93c) Con carácter previo a la incorporación deberá superar, en todo caso, un periodo de prueba.
93d) La falta de incorporación a la plaza que le corresponda, dentro del plazo señalado para ello, producirá el decaimiento de su derecho a obtener la condición de personal estatutario fijo, salvo que la falta de incorporación no sea imputable a la persona interesada y obedezca a causas justificadas.

94 EL NOMBRAMIENTO COMO PERSONAL DIRECTIVO DE LAS ORGANIZACIONES DE SERVICIOS:

94a) Únicamente puede recaer en personas que tengan la condición de personal estatutario fijo.
94b) Requiere el acuerdo previo del Consejo de Gobierno y su posterior publicación en el Boletín Oficial del País Vasco.
94c) Requiere la previa convocatoria pública en la que deberán establecerse los requisitos necesarios de capacidad y experiencia profesional.
94d) Tiene una duración máxima de cuatro años, prorrogable por otros cuatro.

95 EN RELACIÓN CON LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS, DIGA CUÁL DE ESTAS AFIRMACIONES ES CIERTA:

95a) Tienen derecho a estar acompañados por familiares, así como al uso, con carácter general, de habitación individual para preservar su intimidad.
95b) Tienen derecho a dar su consentimiento para la intervención cuando se trate de mayores de 14 años.
95c) Tienen derecho a proseguir su formación escolar durante su permanencia en el hospital.
95d) Tienen derecho a disponer de un horario de visitas específico, en función de las peculiaridades de su hospitalización.

96 CONFORME A LA LEY 7/2002, DE 12 DE DICIEMBRE, DE VOLUNTADES ANTICIPADAS EN EL ÁMBITO DE LA SANIDAD, DIGA CUÁL DE ESTAS AFIRMACIONES ES CIERTA:

96a) El documento de voluntades anticipadas se puede formalizar verbalmente ante tres testigos.
96b) El documento de voluntades anticipadas se puede formalizar por escrito ante el funcionario o empleado público encargado del Registro Vasco de Voluntades Anticipadas.
96c) Toda persona mayor de edad, y que no haya sido judicialmente incapacitada para ello, puede actuar como testigo para la formalización del documento de voluntades anticipadas.
96d) El documento de voluntades anticipadas puede ser modificado una vez hayan transcurrido, al menos, tres meses desde su otorgamiento.

97 A LOS EFECTOS DE LA LEY 4/2005, DE 18 DE FEBRERO, PARA LA IGUALDAD DE MUJERES Y HOMBRES, SE CONSIDERA QUE LOS ÓRGANOS ADMINISTRATIVOS PLURIPERSONALES TIENEN UNA REPRESENTACIÓN EQUILIBRADA:

97a) Cuando los dos sexos estén representados en un 50%.
97b) Cuando la Presidencia y la Vicepresidencia del órgano recaigan en personas de distinto sexo.
97c) Cuando los dos sexos estén representados por, al menos, 1/3 de las personas que lo integran.
97d) Cuando los dos sexos estén representados al menos al 40%.

98 EL ABORDAJE DE LAS LISTAS DE ESPERA:

98a) Permite disminuir las desigualdades en salud.
98b) Requiere un consenso previo con las y los profesionales sanitarios.
98c) Requiere un análisis previo de la demanda de servicios y una reordenación de la atención primaria.
98d) Requiere desarrollar campañas para la concienciación a la sociedad acerca del uso de los recursos sanitarios.

99 DIGA CUÁL DE ESTAS AFIRMACIONES ES <u>FALSA</u>:

99a) El consumo excesivo de alcohol, tabaco, cannabis y policonsumo de drogas es más frecuente en hombres que en mujeres.
99b) El consumo de psicofármacos sin receta es más frecuente en mujeres que en hombres.
99c) El inicio de consumo de alcohol en Euskadi se produce, en términos generales, antes de los 14 años.
99d) El consumo de tabaco es mayor en los grupos sociales más desfavorecidos.

100 DEL ANÁLISIS D.A.F.O. SOBRE EL MODELO DE COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA DIGA CUÁL DE ESTAS CONCLUSIONES ES CIERTA:

100a) Existe un amplio consenso respecto del modelo de atención sociosanitaria y su coordinación interna.
100b) La actual financiación resulta suficiente pero necesita dotarse de mecanismos de coordinación interinstitucional.
100c) La implantación de la historia clínica y social compartida constituye el mayor logro de la coordinación sociosanitaria.
100d) Las tres afirmaciones anteriores son falsas.

PREGUNTAS RESERVA

101 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?

101a) Miocardiopatía tiroidea.
101b) Miocardiopatía amiloidea.
101c) Miocardiopatía mitocondrial.
101d) Miocardiopatía vírica.

102 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?

102a) Es una prueba de esfuerzo falsamente positiva y debería repetirse la prueba.
102b) Prueba de esfuerzo positiva con probablemente poca afectación coronaria por NO presentar clínica acompañante.
102c) Prueba de esfuerzo positiva con importante mal pronóstico.
102d) Prueba de esfuerzo negativa por respuesta inapropiada al ejercicio.

103 DE LOS SIGUIENTES OBJETIVOS DESEABLES DE COLESTEROL LDL, SEGÚN EL RIESGO CARDIOVASCULAR CALCULADO CON LAS TABLAS DE SCORE. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES CIERTA?

103a) En pacientes de muy alto riesgo cardiovascular: LDL < de 70 mg/dl o el 50% del previo.
103b) En riesgo moderado (de> 2% a <7,5%): alcanzar niveles LDL<115 mg/dl
103c) En riesgo alto (>7,5 a <10): Alcanzar un LDL <100 mg/dl.
103d) Un diabético reciente controlado con Metformina y HbA1C de 6%: Riesgo moderado.

104 RESPECTO A LA NEFRITIS LÚPICA ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES ES CIERTA?

104a) El 45% de los pacientes adultos con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) presentan datos de nefropatía en algún momento de su enfermedad.
104b) Aunque cualquiera de las lesiones histológicas pueden transformarse, el peor pronóstico de las Nefritis lúpicas es la Nefritis esclerótica.
104c) En la biopsia se identifican graves alteraciones del riñón incluso sin alteraciones importantes en los análisis de orina.
104d) El trasplante en la insuficiencia renal por LES, si se lleva a cabo después de 6 meses de enfermedad inactiva, obtiene un índice sobrevida del injerto semejante al trasplante por otras causas.

105 RESPECTO A LOS MECANISMOS DE PRODUCCIÓN DEL FRACASO RENAL AGUDO INDIQUE LA ASOCIACIÓN CORRECTA ENTRE LA CAUSA Y EL EFECTO.

105a) Antagonistas de receptores de angiotensina: Flujo sanguíneo renal reducido.
105b) Ciclosporina: Enfermedad vascular de pequeño vaso.
105c) Contraste radiológico: Vasodilatación sistémica y vasoconstricción renal.
105d) Hipercalcemia: Hipovolemia e hipotensión.

106 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES SOBRE EL CONTROL AMBULATORIO CONTINUO DE LA PRESIÓN ARTERIAL DURANTE 24 HORAS (MAPA) *ES FALSA*?

106a) Está indicado en el diagnóstico de Presión arterial elevada en consulta, en pacientes NO tratados sin lesión de órganos diana y con bajo riesgo cardiovascular.
106b) Esta indicado en Presiones arteriales normales en pacientes no tratados o tratados con lesión de órganos diana o alto riesgo cardiovascular.
106c) Está indicado en sospecha de hipertensión nocturna en pacientes con apnea del sueño, nefropatía crónica o diabetes.
106d) Alrededor del 30% de los pacientes con presiones arteriales elevadas en consulta registran presiones domiciliarias o ambulatorias normales.

107 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.

107a) 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%.
107b) El uso de AAS está indicado en Prevención primaria de eventos coronarios con un riesgo de ECV riesgo a 10 años > del 10% .
107c) La administración de AAS está indicada en la prevención secundaria de ECV.
107d) NO se ha establecido la dosis óptima de AAS aunque en general se recomiendan 75-162 mg/día.

108 LA HIPERGLUCEMIA ES UNA 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*?

108a) 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.
108b) 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.
108c) Los pacientes diabéticos tipo I y II en tratamiento insulínico deben seguir con la dosis de insulina que tenían en su domicilio.
108d) Los pacientes que deben ayunar para pruebas diagnósticas o tratamientos, deben interrumpir todos los tratamientos antidiabéticos no insulínicos.

109 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?

109a) Establecer un pronóstico del paciente para los próximos 6 meses y diseñar un abordaje apropiado.
109b) Marcar las bases para las necesidades de intervención de un equipo especializado.
109c) Identificar pacientes con necesidad de atención paliativa.
109d) Solo es aplicable para pacientes con al menos 2 enfermedades crónicas.

110 EN RELACIÓN CON LOS PERFILES LINGÜÍSTICOS, DIGA CUAL DE ESTAS AFIRMACIONES ES CIERTA:

110a) Alcanzar los perfiles lingüísticos dentro de las fechas de preceptividad previstas constituye uno de los objetivos principales del II Plan de uso del Euskera.
110b) Todos los efectivos de Osakidetza-Servicio vasco de salud, tanto de unidades sanitarias como de unidades no sanitarias, tendrán asignado el perfil lingüístico 2.
110c) Al personal que a la fecha de aprobación del II Plan de uso del Euskera haya superado los 45 años y no tenga acreditado el perfil lingüístico 2, se les exigirá la acreditación del perfil 1.
110d) Las tres afirmaciones anteriores son falsas.

Hautaketa-proben erantzun EGUNERATUAK, jarritako erreklamazioak aztertu eta gero
Respuestas ACTUALIZADAS de las pruebas selectivas tras la revisión de las reclamaciones

2016 OPE 2017

FAK. ESP. BARNE MEDIKUNTZAKO MEDIKUA
FAC. ESP. MEDICO MEDICINA INTERNA

ARIKETA / EJERCICIO: 01 EREDUA / MODELO: A

Erantzun zuzena Respuesta correcta	Erantzun zuzena Respuesta correcta	Erantzun zuzena Respuesta correcta	Erantzun zuzena Respuesta correcta
001 B	031 A	061 C	091 B
002 Baliogabetua	032 A	062 A	092 A
003 A	033 A	063 B	093 D
004 Baliogabetua (*)	034 Baliogabetua	064 C	094 C
005 D	035 D	065 A	095 C
006 C	036 A	066 A	096 B
007 Baliogabetua	037 B	067 D	097 D
008 B	038 A	068 B	098 A
009 A	039 B	069 A	099 C
010 Baliogabetua	040 C	070 D	100 D
011 B	041 C	071 B	101 B
012 D	042 D	072 D	102 C
013 B	043 D	073 D	103 A
014 C	044 B	074 D	104 B
015 B	045 A	075 B	105 A
016 D	046 D	076 C	106 Baliogabetua
017 C	047 C	077 D	107 A
018 B	048 C	078 Baliogabetua	108 C
019 B	049 B	079 A	109 C
020 D	050 D	080 B	Erreserbak / Reservas
021 C	051 Baliogabetua	081 C	110 D
022 A	052 B	082 C	
023 B	053 B	083 A	
024 B	054 C	084 C	
025 D	055 A	085 D	
026 C	056 D	086 D	
027 D	057 D	087 B	
028 D	058 D	088 Baliogabetua	
029 A	059 C	089 D	
030 C	060 C	090 C	

"Baliogabetua" markak galdera ezeztatuta dagoela esan nahi du / "Baliogabetua" indica que la pregunta está anulada.

(*) Behin behineko emaitzen argitalpenean emateko erantzuna ezeztatzea edo aldatzea erabaki du Epaimahiak

(*) El Tribunal ha decidido anular o modificar la respuesta que dio a esta pregunta en los resultados provisionales

OSAKIDETZA

2018ko otsailaren 7ko 111/2018 Erabakiaren bidez, egindako Oposaketa-Lehiaketarako deia (EHAA 35 Zkia. 2018ko otsailaren 19koa)

Concurso-Oposición convocado por Resolución 111/2018 de 7 de febrero de 2018 (B.O.P.V. Nº 35 de 19 de febrero de 2018)

***KATEGORIA*:**

FAK. ESP. BARNE MEDIKUNTZAKO MEDIKUA

CATEGORÍA:

FAC. ESP. MÉDICO MEDICINA INTERNA

Proba eguna: **2018ko maiatzaren 19a**
Fecha prueba: **19 de mayo de 2018**

2. ariketa */ 2º ejercicio*

CASO CLINICO

Varón de 37 años que es enviado a Urgencias por episodio súbito de dolor epigástrico, náuseas, reacción cutánea e hipotensión. La mañana del ingreso había iniciado cuadro gripal con estornudos, rinorrea, dolor faríngeo. En el trabajo y tras la comida toma un compuesto antigripal con AAS, fenilefrina y dextrometorfano. A los 30 minutos comienza con malestar, sensación mareo, dolor epigástrico, vómitos y reacción cutánea . Es ayudado por compañero de trabajo al presentar cuadro pre sincopal. Se avisa a Emergencias y al llegar el paciente está consciente, mareado , no focalidad neurológica. TA 55/33 mmHg, SatO2 100% con mascarilla, AC rítmico 100x, FR 16, enrojecimiento cutáneo.EKG bradicardia, rítmico, T negativas. Se inicia suero salino, se administra Ondansetro y se envía Urgencias del Hospital. A su llegada a urgencias refería dolor torácico, dolor abdominal. En la Exploración estaba consciente, orientado, reacción cutánea a modo de enrojecimiento generalizado (sobre todo en mitad superior cuerpo), TA 57/33mmHg, Tª 36º, FR 26x, FC 100 arrítmico.SatO2 93% con gafas a 4 l. CyC: no plétora. Tórax: AC arrítmico, AP sin sibilancias ni ruidos respiratorios. Abdomen discretamente distendido y doloroso, no peritonismo, ruidos presentes. EE: buena perfusión, calientes y relleno capilar adecuado. El paciente refería episodios similares desde hacía 12 años aunque en el último año más frecuentes. Había relacionado dichos episodios con stress físico, stress emocional y ejercicio extenuante. En los episodios presentaba de modo brusco fatiga, enrojecimiento, inyección conjuntival, dolor abdominal, vómitos y diarrea. Había acudido a varios Hospitales y en todos los episodios TAS en torno 60mmHg. Cedían con suero salino en cantidad moderada. Se había realizado el DG de deshidratación y stress. No había otros antecedentes de interés. No hábitos tóxicos. No tomador de productos de herboristería. No conocía alergias medicamentosas. Trabajaba en el sector de la salud. Participaba en Triatlones. Los días previos no había comido marisco, no comida diferente. ANALITICA en Urgencias: Glucosa (mg/dl) 122, Urea (mg/dl) 11, Creatinina(mg/dl) 1.35, perfil hepático sin alteraciones. HRF: leucocitos 13.800/mm3 (59%P,30%L, 2%M, 1%E), Hb(g/dL)13, Hto. (%) 40, Plaquetas 327.000/mm3, Na, K, Calcio, Fósforo, Magnesio sin alteraciones. Troponina T y CK-MB sin alteraciones. Amilasa y Lipasa normales. Coagulación: Tiempo protrombina alargado. Ac. Láctico(mmol/liter)1.8. NT-proBNP (pg/ml) 679 .EKG: ACFA, 100x, ST elevado en aVR y V1 y descenso ST en I, II, III, aVF y V3 a V6. Rx Tórax: redistribución vascular. Se inició AAS, suero salino y la TA ascendió en torno 140/80 mmHg pero persistía enrojecimiento cutáneo y vómitos por lo que se administró Ondansetron. En la siguiente hora en Urgencias mejoría: remitieron los vómitos , SatO2 100% con aire ambiente, TA 140/80mm Hg, EKG: ritmo sinusal, no descenso ST. Se realizó TAC Abdominal con contraste: imágen en hígado descritas como hemangiomas. Se inició ciprofloxacino e ingresó en planta. A las dos hora de estar en

planta de nuevo TAS 75mmHg, SatO2 89%con aire ambiente, Tª39º, vómitos y dolor abdominal por lo que pasa a UCI. Se inició Vancomicina, Ceftriaxona, Fenilefrina, Difenhidramina, Adrenalina, Ranitidina, y Oseltamivir. ECOCARDIOGRAMA: fracción eyección normal, hipertrofia ventrículo derecho con función normal, dilatación aurícula derecha, leve Insuficiencia mitral . TAC Torácico: no datos de TEP. La hipotensión se resolvió en dos horas y se suspendió adrenalina. ANALITICA: Glucosa (mg/dl)168, Urea (mg/dl) 26, Creatinina (mg/dl) 2.20; perfil hepático, Na, K, Calcio, Magnesio, Fósforo sin alteraciones. Albúmina y Globulinas sin alteraciones. PCR (mg/liter) 57. C3 (86-184) 47, C4 (20-58) 13. Leucocitos 22.300/mm3 (92%P, 10%L, 3%M 2%E).Hto. 32%, Hb (g/dl) 10,6, Plaquetas 270.00/mm3, Troponinas seriadas negativas. Cortisol (micro/dl) 29,6. Ac. Láctico (nmol/liter) 1.4. Durante su estancia en UCI hemocultivos, Urocultivo, Coprocultivo negativos. Toxina Clostridium difficile negativo. Huevos y parásitos en heces negativo. VIH negativo. Frotis faríngeo para Virus Influenza tipo A y B negativo .Los 3 dias siguientes mejoría y pasó a planta para continuar el estudio. Llegaron nuevos resultados: Serología atípicas negativas. VHB y VHC negativo. Helicobacter pylori negativo. ANA negativo. ECOGRAFIA ABDOMINO PELVICA: compatible hemangioma hepático. Distensión inespecífica pared vesícula. Se completó el estudio.

PREGUNTAS:

1. **Listado de problemas clínicos más relevantes**
2. **Diagnóstico diferencial razonado**
3. **Prueba o pruebas diagnósticas**
4. **Diagnóstico clínico en orden de preferencia**
5. **Actitud terapéutica**

Varón de 86 años, no fumador con hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus tipo 2 con retinopatía diabética no proliferativa y nefropatía diabética, cirrosis hepática de etiología alcohólica sin descompensaciones previas, insuficiencia renal crónica con proteinuria sin rango nefrótico con creatinina basal 2.5 mg/ dl, anemia crónica normocítica normocrómica con niveles de hemoglobina basal (Hb) de 11 gr/ dl, cardiopatía hipertensiva con varios ingresos por insuficiencia cardiaca. Disnea basal NYHA II/ I (New York Heart Asosociation). Un ecocardiograma de 2 años atrás nos informaba de un Ventrículo izquierdo (VI) no dilatado, no hipertrófico, Fracción de eyección (FE)> 55%. Ausencia de anomalías regionales. Criterios de disfunción diastólica. Aurícula izquierda (AI) dilatada ligera. Cavidades derechas no dilatadas con función del ventrículo derecho (VD) normal y sin criterios de hipertensión arterial pulmonar. Permaneció ingresado en medio hospitalario hace 3 meses por una trombosis venosa profunda (TVP) poplítea de la pierna izquierda y se detectó la presencia de fibrilación auricular (FA) que se revertió a ritmo sinusal con amiodarona. La radiografía (Rx) de tórax no presentaba hallazgos significativos. Se descartó tromboembolismo pulmonar (TEP) mediante angiotomografia axial computerizada (AngioTAC) y se realizó un ecocardiograma que no mostraba hallazgos nuevos a los ya conocidos. Durante el ingreso precisó el uso de neurolépticos por cuadro de agitación y confusión. El tratamiento habitual del paciente es omeprazol 20: 1 c en desayuno, AAS 100: 1 c en comida, epoetina alfa 8000 UI / semana, hierro oral 1 c al día, furosemida: 1 c en desayuno, candesartan 16mg 1c en desayuno, pitavastatina 2mg 1 c en cena, febuxostat 40 mg: 1 c en comida, insulina glargina 16 unidades / dia, lormetazepam 2 mg/ noche. Al alta se añadió acenocumarol y amiodarona 1c en desayuno. El paciente tiene en situación basal con Barthell de 75/ 100, precisa apoyo de una muleta para la deambulación. Es capaz de utilizar el teléfono y manejar el dinero pero no controla la medicación. El Minimental es de 25/ 30. Es viudo, vive en su domicilio, no tiene hijos y tiene un cuidador durante 4 horas al día de lunes a domingo. Nos refiere disfagia orofaríngea para líquidos de forma ocasional, siendo estos episodios cada vez más frecuentes, estreñimiento y 2 caídas en los últimos 6 meses, la primera preciso acudir al servicio de urgencias por traumatismo craneoencefálico (TCE) leve y la última 7 días antes a su ingreso, en su domicilio, sintió un mareo al intentar levantarse de la silla, sín pérdida del conocimiento. Preciso ayuda para levantarse del suelo.

Acude al servicio de urgencias refiriendo, en las últimas 3 semanas aumento de su disnea habitual hasta hacerse de reposo, mayor cansancio, aumento de los edemas en extremidades inferiores (EEII) y disminución de la diuresis. Consultó con su médico de atención primaria (MAP) y se le indicó aumentar la dosis de furosemida a 1 comprimido en el desayuno y 1 comprimido en la comida. No refiere pérdida de peso ni de apetito. El día del ingreso refiere afectación del estado general, sensación de plenitud torácica, disnea de reposo y tos escasa. Su cuidador lo nota más confuso y desorientado. La exploración en urgencias nos informa de una tensión arterial (TA) 110/

60 mmHg, Temperatura (Tª) 36.8 ºC Frecuencia cardiaca (FC): 80 lpm, Frecuencia respiratoria (FR) 24 rpm, ingurgitación yugular (IY) a 45 ºC positiva. Se encuentra consciente pero desorientado en tiempo y espacio. No se palpan adenopatías laterocervicales ni supraclaviculares. La auscultación cardiaca los tonos cardiacos están apagados, rítmica. En la auscultación pulmonar oímos hipoventilación en base izquierda y ligeros crepitantes en base derecha. El abdomen está blando, depresible y doloroso a la palpación en hipocondrio derecho. En las EEII hay presencia de edemas con fóvea. Pulsos femorales, poplíteos y pedios presentes. Se le realizan pruebas complementarias que nos informan de glucosa 95 mg/ dl, creatinina 2.8 mg/ dl, sodio 133 mEq/L, potasio 4.9 mEq/L, proteína C reactiva 18 mg/ dl, péptido natriuretico (BNP) 850 pg/mL, CPK 20 U/L Troponina T ultrasensible 45 pg/mL (a las 3 horas 47 pg/ mL), hemoglobina 9.5gr/dL, VCM 89.4 fL, HCM 29 pg, plaquetas 115.000/mm3, leucocitos 7.500/mm3, neutrófilos 80%, INR 7.5, tasa de protrombina 15%. Gasometría arterial: pH 7.36, PO2: 55 mmHg, pCO2 40 mmHg, % O2 89%. Tirotropina (TSH) 2.33 mcU/ mL, bilirrubina total 3.3 mg/dl, bilirrubina directa 2.2 mg/ dl, AST 150 U/L, ALT 225 U/L, GGT 245 U/l, FA 151 U/L, Proteínas totales 5.9 g/dl, albumina 2.9 g/ dl, Hb A1c 6.5%, VSG 10 mm. En el electrocardiograma (ECG) disminución del voltaje de los complejos QRS en todas las derivaciones, ritmo sinusal, FC 86 lpm. En la Rx de tórax se observa cardiomegalia y derrame pleural izquierdo. El paciente ingresa con el diagnóstico de insuficiencia cardiaca congestiva. En las siguientes 48 horas sufre un empeoramiento clínico con disminución del nivel de conciencia, taquipnea, taquicardia sinusal a 120 lpm, TA 85/ 60mmHg y oligoanuria, Tª 36ºC.En el ECG: taquicardia sinusal con alternancia eléctrica. Se realiza una Rx tórax que muestra un aumento del tamaño de la silueta cardiaca y persistencia del derrame pleural izquierdo. La analítica realizada nos informa de una creatinina 3.5 mg/ dl, sodio 130 mEq/L, potasio 5 mEq/L, proteína C reactiva 25 mg/ dl, Troponina T ultrasensible 52 pg/mL, hemoglobina 9 gr/dL, plaquetas 125.000/mm3, leucocitos 8.500/mm3, neutrófilos 82%, INR 5, tasa de protrombina 20%.

1.- Enumere un listado de problemas del paciente

2.- ¿Cuál es la sospecha clínica con los datos clínicos del caso, qué pruebas solicitarías para confirmarlo y cuál sería tu actitud? Razona tu respuesta

3.- Diagnóstico diferencial razonado sobre posibilidades etiológicas y qué otras pruebas complementarias solicitarías?

4.- Diagnóstico clínico en orden de preferencia

5.- ¿Qué intervenciones debemos de realizar en este paciente si tenemos en cuenta sus problemas?