



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD



PROCESO SELECTIVO, POR CONCURSO OPOSICIÓN, POR EL SISTEMA GENERAL DE ACCESO LIBRE Y PROMOCIÓN INTERNA PARA EL ACCESO A LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO

(Resolución de 25 de marzo de 2025).

Categoría: **T.E.C.S.: MEDICINA INTERNA**

LIBRE

ADVERTENCIAS:

- **No abra este cuestionario** hasta que se le indique. Para hacerlo introduzca la mano en el cuadernillo y con un movimiento ascendente rasgue el lomo derecho (ver figura esquina inferior derecha).
- Marque las respuestas con bolígrafo negro, o en su defecto, azul. Compruebe siempre que la marca que va a señalar en la «Hoja de Examen» corresponde al número de pregunta del cuestionario.
- El tiempo de realización de este ejercicio es de **180 minutos**.

PRIMERA PARTE

- Esta prueba consta de **100** preguntas y **10** de reserva, con cuatro respuestas alternativas cada una, siendo sólo una de ellas correcta.
- Las preguntas de esta prueba deben ser contestadas en la «Hoja de Examen» en la zona correspondiente a «PRIMERA PARTE», entre los números 1 y 110.
- Todas las preguntas de esta prueba tienen el mismo valor.

SEGUNDA PARTE - SUPUESTOS PRÁCTICOS

- Esta prueba consta de 2 supuestos prácticos:
- **SUPUESTO PRÁCTICO 1** consta de 10 preguntas y 1 de reserva y con cuatro respuestas alternativas cada una, siendo sólo una de ellas correcta.
- **SUPUESTO PRÁCTICO 2** consta de 10 preguntas y 1 de reserva y con cuatro respuestas alternativas cada una, siendo sólo una de ellas correcta.
- Las preguntas de cada supuesto práctico deben ser contestadas en la «Hoja de Examen», en la zona correspondiente a «2ª PARTE - SUPUESTO PRÁCTICO 1 y 2ª PARTE - SUPUESTO PRÁCTICO 2», entre los números 1 y 11, en ambos casos.
- Todas las preguntas de esta prueba tienen el mismo valor.

- La puntuación máxima posible del presente ejercicio será de 100 puntos.
- No serán valoradas las preguntas no contestadas ni aquellas en las que las marcas o correcciones efectuadas no se ajusten a las indicaciones dadas en la «Hoja de Examen».
- Las preguntas contestadas erróneamente restarán un cuarto del valor asignado a la respuesta correcta.
- Si observa alguna anomalía en la impresión del cuestionario, solicite su sustitución.
- No se permite el uso de calculadora, libros ni documentación alguna, móvil ni ningún otro elemento electrónico.

- SOBRE LA FORMA DE CONTESTAR EN LA «HOJA DE EXAMEN» LEA MUY ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES QUE FIGURAN AL DORSO DE LA MISMA.

- ESTE CUESTIONARIO PUEDE UTILIZARSE COMO BORRADOR Y NO SERÁ NECESARIA SU DEVOLUCIÓN AL FINALIZAR EL EJERCICIO.

ABRIR SOLAMENTE A LA INDICACIÓN DEL TRIBUNAL

APERTURA

- 1.- La Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad regula:
 - A) Exclusivamente la financiación de la sanidad
 - B) Solo la atención hospitalaria especializada
 - C) La cohesión sanitaria, prestaciones y cartera común del SNS
 - D) La regulación del medicamento
- 2.- Según el Estatuto Marco (Ley 55/2003), el personal estatutario:
 - A) No puede acceder a formación continuada
 - B) Carece de derechos laborales
 - C) Tiene derechos y deberes profesionales específicos
 - D) No puede ser sancionado disciplinariamente
- 3.- Según la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente, el consentimiento informado:
 - A) Es oral o escrito, según procedimientos invasivos o de riesgo
 - B) No es necesario en procedimientos menores
 - C) Es solo para intervenciones quirúrgicas
 - D) Es facultativo para el profesional
- 4.- La Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales reconoce:
 - A) Derecho a la confidencialidad de datos, incluido el de salud
 - B) Que los datos de salud no son sensibles
 - C) Libertad absoluta de tratamiento sin autorización
 - D) Que el tratamiento sanitario puede publicarse libremente
- 5.- La Ley Orgánica 3/2007 para la igualdad efectiva de mujeres y hombres:
 - A) Se limita al ámbito sanitario
 - B) Solo afecta a empresas privadas
 - C) Impone acciones de igualdad en el empleo y en la Administración
 - D) No prevé la igualdad retributiva
- 6.- Según el RD Legislativo 1/2013, Texto Refundido de la Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y de su Inclusión Social:
 - A) La discapacidad no tiene protección jurídica
 - B) Se establecen derechos de accesibilidad, no discriminación e inclusión social
 - C) No prevé apoyos ni adaptación
 - D) No afecta a servicios sanitarios
- 7.- Según la Ley 31/1995, la vigilancia de la salud de los profesionales sanitarios del INGESA debe:
 - A) Ser obligatoria para todo el personal sin posibilidad de rechazo
 - B) Realizarse únicamente cuando lo solicite voluntariamente el trabajador
 - C) Ser específica en función de los riesgos, respetando la confidencialidad y solo pudiendo ser obligatoria en casos legalmente previstos
 - D) Ser siempre pública y accesible para la dirección del centro
- 8.- La variabilidad en práctica médica:
 - A) Indica mala praxis siempre
 - B) Solo aparece en urgencias
 - C) Está prohibida legalmente
 - D) Puede deberse a diferencias de evidencia o de contexto clínico
- 9.- La mejora continua se basa en:
 - A) Soluciones puntuales
 - B) Sanciones disciplinarias
 - C) Ciclos sistemáticos de evaluación y corrección
 - D) Evitar auditorías

10.- Los niveles asistenciales son:

- A) Primaria y especializada
- B) Sólo hospitalaria
- C) Seguros médicos privados
- D) Emergencias y transporte

11.- Varón de 52 años, sin antecedentes de interés, con fiebre de hasta 38,5 °C desde hace 4 semanas. En la analítica se detecta proteína C reactiva y VSG elevadas. Se han realizado anamnesis y exploración física completas, hemograma, bioquímica básica, ANA, factor reumatoide, ferritina, electroforesis de proteínas, sistemático de orina y sedimento urinario, tres hemocultivos seriados, urocultivo, radiografía de tórax y ecografía abdominal sin hallazgos concluyentes. Según la definición actual, ¿cuál de los siguientes criterios permite clasificar **correctamente** este cuadro como fiebre de origen desconocido?

- A) Persistencia de fiebre $\geq 38,3$ °C durante más de 7 días
- B) Ausencia de diagnóstico tras una semana de hospitalización
- C) Fiebre $\geq 38,3$ °C en al menos dos ocasiones durante ≥ 3 semanas
- D) Elevación persistente de PCR con fiebre intermitente de cualquier duración

12.- Varón de 40 años que al viajar al sudeste asiático presenta diarrea grave con fiebre alta y deposiciones con sangre que le impiden continuar el viaje. No presenta alergias medicamentosas. ¿Cuál es el tratamiento antibiótico empírico más adecuado?

- A) Ciprofloxacino
- B) Rifaximina
- C) Metronidazol
- D) Azitromicina

13.- Mujer de 62 años, hipertensa, que acude a Urgencias por fiebre de cuatro días de evolución, asociado a mal estado general, eritema, edema y dolor intenso en muslo izquierdo. ¿Cuál hallazgo clínico precoz es más sugestivo de fascitis necrosante?

- A) Dolor desproporcionado a la exploración
- B) Fiebre elevada persistente
- C) Eritema bien delimitado
- D) Leucocitosis marcada

14.- Mujer de 74 años, institucionalizada, sin síntomas urinarios, a la que se solicita un cultivo de orina durante el estudio de un deterioro cognitivo subagudo. El urocultivo resulta positivo con $>10^5$ UFC/mL de un bacilo gramnegativo. En la analítica presenta leucocitosis moderada, pero no tiene fiebre, disuria, polaquiuria ni dolor lumbar. No se identifican otros signos infecciosos ¿Cuál es la interpretación clínica **verdadera**?

- A) Infección urinaria sintomática que requiere tratamiento antibiótico
- B) Cistitis no complicada
- C) Pielonefritis de presentación atípica
- D) Bacteriuria asintomática

15.- Varón de 29 años tratado correctamente por uretritis no gonocócica presenta recurrencia de los síntomas semanas después. Niega incumplimiento terapéutico y no ha tenido nuevas parejas sexuales. ¿Cuál es la causa **más probable** de esta uretritis recurrente?

- A) Reinfección por *Chlamydia trachomatis*
- B) Resistencia primaria a doxiciclina
- C) Infección por *Mycoplasma genitalium*
- D) Tricomoniasis uretral

- 16.- En pacientes no VIH con meningitis tuberculosa, ¿qué afirmación sobre el empleo de dexametasona es **correcta**?
- A) No está recomendada por falta de evidencia
 - B) Debe administrarse entre 12 y 16 mg al día durante tres semanas y luego reducirse gradualmente otras tres semanas
 - C) Solo se recomienda en pacientes VIH positivos
 - D) Debe mantenerse sin reducir durante todo el tratamiento antituberculoso
- 17.- Paciente mujer de 50 años con artritis bacteriana no gonocócica de cadera por *Staphylococcus aureus*. Se inicia tratamiento antibiótico adecuado. Respecto al manejo global y pronóstico de la artritis séptica, señale la respuesta **falsa**:
- A) El drenaje precoz de la articulación es clave para evitar destrucción articular
 - B) La aspiración con aguja puede ser suficiente en articulaciones accesibles sin loculaciones
 - C) La inmovilización prolongada de la articulación es fundamental para mejorar el pronóstico funcional
 - D) En la artritis séptica de cadera puede ser necesaria la artrotomía para un drenaje adecuado
- 18.- Respecto a la fiebre exantemática mediterránea, señale la afirmación **falsa**:
- A) La aparición de la escara (tâche noire) es posterior al inicio de la fiebre
 - B) El agente causal es *Rickettsia conorii*
 - C) Existe una variante grave de la enfermedad con elevada mortalidad
 - D) La forma grave se observa con mayor frecuencia en pacientes diabéticos, alcohólicos o con insuficiencia cardíaca
- 19.- Paciente de 30 años, natural de Ecuador, residente en España desde hace 7 años, con psoriasis grave de larga evolución, presenta indicación de inicio inmediato de tratamiento con infliximab. Se realiza estudio previo: test de Mantoux con induración de 15 mm y radiografía de tórax normal. ¿Cuál es la conducta **más adecuada** antes de iniciar tratamiento con infliximab?
- A) Iniciar infliximab de inmediato, sin profilaxis, ya que la radiografía de tórax es normal
 - B) Posponer infliximab y administrar quimioprofilaxis con isoniazida antes de iniciar el fármaco
 - C) Iniciar infliximab junto con quimioprofilaxis con isoniazida de manera simultánea
 - D) Realizar estudio de infección tuberculosa latente con IGRA (interferón-gamma) y actuar según el resultado
- 20.- Un paciente diagnosticado de tuberculosis pulmonar con cuadro de tos, fiebre y expectoración, aislándose en cultivo de esputo *Mycobacterium tuberculosis*. Presenta una insuficiencia renal moderada (filtrado glomerular 35 ml/min). ¿Cuál sería la actitud **correcta** respecto de la dosis de isoniazida a emplear en su tratamiento?:
- A) Está contraindicada su utilización
 - B) No es preciso modificar dosis habitual
 - C) Sólo está contraindicada si FG es menor de 25 ml/min
 - D) Se debe reducir la dosis un 50% de la dosis habitual
- 21.- Varón de 40 años con infección por VIH recientemente diagnosticada, linfocitos CD4 45/μL y carga viral elevada. Ingresa por meningitis criptocócica, confirmada por antígeno criptocócico positivo en LCR. Se inicia tratamiento con anfotericina B liposomal y flucitosina. ¿Cuál es la **mejor actitud** respecto al inicio del tratamiento antirretroviral (TAR)?
- A) Iniciar TAR de forma inmediata junto al tratamiento antifúngico
 - B) Iniciar TAR a las 48–72 horas del inicio del antifúngico
 - C) Retrasar el inicio del TAR hasta completar el tratamiento de inducción (4–6 semanas)
 - D) No iniciar TAR hasta que los linfocitos CD4 superen 200/μL
- 22.- Uno de las siguientes tumores malignos **no** es definitorio de SIDA:
- A) Sarcoma de Kaposi
 - B) Linfoma primario del sistema nervioso central
 - C) Linfoma de Hodgkin
 - D) Cáncer invasivo de cuello uterino

- 23.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la transmisión vertical del virus Zika es **correcta**?
- A) El virus Zika puede transmitirse de madre a hijo durante el parto, pero no en el embarazo
 - B) La transmisión vertical del virus Zika sólo ocurre en mujeres que tienen síntomas durante el embarazo
 - C) El virus Zika puede transmitirse al feto durante el embarazo, aumentando el riesgo de microcefalia y otros defectos neurológicos
 - D) La transmisión vertical del virus Zika ocurre exclusivamente a través de la leche materna
- 24.- Señale la respuesta **incorrecta** sobre el tratamiento del COVID 19 grave:
- A) Remdesivir (en pauta de 5 días) está indicado en pacientes que requieren oxígeno a bajo flujo
 - B) Tocilizumab está indicado en pacientes con empeoramiento de la insuficiencia respiratoria a pesar de tratamiento con corticoides, y con niveles elevados de reactantes de fase aguda
 - C) La dexametasona ha demostrado mayor beneficio en pacientes que necesitan oxígeno a bajo flujo que en aquellos que precisan de ventilación mecánica invasiva
 - D) La duración del efecto de baricitinib es inferior a la del tocilizumab
- 25.- Una mujer de 60 años con cáncer de pulmón no microcítico en estadio III, actualmente recibiendo tratamiento quimioterápico con etopósido y cisplatino, acude a urgencias por fiebre persistente, tos productiva y dificultad respiratoria progresiva. La radiografía de tórax muestra infiltrados pulmonares difusos. En el cultivo microbiológico de esputo y de lavado broncoalveolar se aíslan hifas septadas del género *Aspergillus*. ¿Cuál es el tratamiento farmacológico más adecuado para tratar esta infección fúngica grave en esta paciente?
- A) Fluconazol intravenoso, con ajuste de dosis según función renal.
 - B) Voriconazol intravenoso, como tratamiento de primera línea para infecciones por *Aspergillus*
 - C) Anfotericina B liposomal intravenosa, seguido de fluconazol oral en la fase de mantenimiento.
 - D) Caspofungina intravenosa, como tratamiento de primera línea para infecciones por *Aspergillus*
- 26.- ¿Cuál es la causa **más frecuente** de fiebre en un paciente que regresa de Colombia y ha estado en zonas rurales expuesto a picaduras de mosquitos?:
- A) Malaria (*Plasmodium falciparum*)
 - B) Fiebre tifoidea (*Salmonella enterica* serotipo *Typhi*)
 - C) Dengue (virus del dengue)
 - D) Zika (virus Zika)
- 27.- ¿Cuál es el tratamiento **más adecuado** para un paciente con síndrome de hiperinfestación por *Strongyloides stercoralis*, que presenta fiebre, dificultad respiratoria, taquipnea, edema generalizado y larvas de *Strongyloides* en las heces?
- A) Ivermectina oral, junto con antibióticos de amplio espectro
 - B) Albendazol oral, con corticosteroides
 - C) Ivermectina intravenosa, junto con antibióticos de amplio espectro
 - D) Ivermectina oral, junto con corticosteroides
- 28.- Varón de 75 años con linfoma de Hodgkin en tratamiento con quimioterapia, que ingresa por fiebre de 38,5 °C sin foco aparente. En la analítica presenta neutropenia grave (recuento absoluto de neutrófilos: 300/μL). Se inicia tratamiento empírico intravenoso con piperacilina-tazobactam tras obtención de hemocultivos. A las 48 horas de tratamiento el paciente continúa febril, permanece hemodinámicamente estable, sin nuevos signos clínicos de infección y con hemocultivos negativos. ¿Cuál es la actitud terapéutica **más adecuada** en este momento?
- A) Mantener el tratamiento antibiótico empírico inicial y continuar vigilancia clínica estrecha
 - B) Añadir de forma empírica linezolid para ampliar cobertura frente a cocos Gram positivos multirresistentes, como *Staphylococcus aureus* *meticilin resistente*
 - C) Sustituir el tratamiento antibiótico por meropenem para ampliar el espectro frente a bacilos Gram negativos resistentes
 - D) Suspender el tratamiento antibiótico ante la ausencia de aislamiento microbiológico

29.- ¿Cuál de los siguientes fármacos pertenece al grupo de anti-TNF?

- A) Tocilizumab
- B) Etanercept
- C) Rituximab
- D) Abatacept

30.- Señale cuál de los siguientes mecanismos es el principal responsable de la resistencia de *Enterococcus faecalis* a la vancomicina:

- A) Producción de β -lactamasas que inactivan penicilinas
- B) Alteración de la diana de unión a vancomicina (reemplazo de D-Ala-D-Ala por D-Ala-D-Lac)
- C) Bombas de expulsión activa del antibiótico (efflux)
- D) Mutaciones en la subunidad 50S del ribosoma

31.- Señale cuál de los siguientes antibióticos **no** ofrece cobertura frente a *Staphylococcus aureus* *meticilina-resistente* (MRSA):

- A) Vancomicina
- B) Linezolid
- C) Daptomicina
- D) Ceftriaxona

32.- Indique cuál de los microorganismos causantes de neumonía nosocomial es el **más** frecuente:

- A) *Escherichia coli*
- B) *Staphylococcus aureus*
- C) *Enterococcus faecium*
- D) *Pseudomonas aeruginosa*

33.- ¿Cuál de los siguientes parámetros forma parte de los criterios diagnósticos del síndrome metabólico? Señalar la **verdadera**:

- A) Colesterol LDL elevado
- B) Perímetro abdominal aumentado: >102 cm en hombres y >88 cm en mujeres
- C) Índice de masa corporal >30 kg/m²
- D) Ácido úrico elevado

34.- Varón de 72 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 de larga evolución, hipertensión arterial y enfermedad renal crónica estadio 3a (FG estimado 52 ml/min/1,73 m²). Presenta microalbuminuria persistente (cociente albúmina/creatinina urinaria 180 mg/g) pese a tratamiento con IECA a dosis máximas toleradas. Consulta por disnea de esfuerzo progresiva y edemas leves maleolares. El ecocardiograma muestra fracción de eyección del 58%, hipertrofia ventricular izquierda concéntrica, aurícula izquierda dilatada y signos de disfunción diastólica. El NT-proBNP es de 1789 pg/ml. ¿Cuál de las siguientes opciones terapéuticas está mejor respaldada por la evidencia actual para reducir eventos cardiovasculares y progresión renal en este paciente?

- A) Sustituir el IECA por sacubitrilo/valsartán
- B) Añadir digoxina para control sintomático
- C) Añadir finerenona al tratamiento estándar
- D) Iniciar ivabradina para reducir la frecuencia cardíaca

35.- Mujer de 72 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y dislipemia, que consulta por dolor en ambas pantorrillas al caminar unos 80 metros, que cede con el reposo. No presenta dolor en reposo ni lesiones cutáneas. El índice tobillo-brazo es de 0,58 en la pierna derecha y 0,62 en la izquierda. ¿Cuál de las siguientes medidas ha demostrado mayor reducción de la morbimortalidad cardiovascular en esta paciente?

- A) Tratamiento con cilostazol para aumentar la distancia de claudicación
- B) Tratamiento intensivo con estatinas
- C) Revascularización arterial de forma precoz
- D) Ejercicio físico supervisado como única intervención

- 36.- Varón de 75 años, exfumador, con EPOC leve y buen estado funcional, en seguimiento por aneurisma de aorta abdominal infrarrenal. En la ecografía de control se objetiva un diámetro máximo de 5,7 cm. El paciente está asintomático. ¿Cuál es la actitud **más adecuada**?
- A) Seguimiento ecográfico anual mientras esté asintomático
 - B) Iniciar tratamiento anticoagulante para prevenir la trombosis mural
 - C) Observación clínica hasta la aparición de síntomas
 - D) Solicitar valoración por cirugía vascular periférica
- 37.- En relación con la genética de la hipertensión arterial, señalar la respuesta **verdadera**:
- A) La hipertensión es predominantemente un trastorno poligénico con influencia ambiental
 - B) En la mayoría de los casos de hipertensión arterial se deben a mutaciones mendelianas
 - C) Los polimorfismos genéticos explican más del 50% de la variabilidad de la presión arterial
 - D) Las alteraciones epigenéticas no influyen en la presión arterial
- 38.- En relación con la hipertensión secundaria a aldosteronismo primario. Señalar la respuesta **falsa**:
- A) Se caracteriza por hipertensión dependiente de volumen, con supresión habitual de los niveles de renina en plasma
 - B) La hipopotasemia es un hallazgo frecuente y necesario para su diagnóstico
 - C) En este escenario, se puede producir hiperfiltración glomerular y albuminuria secundaria
 - D) La activación crónica de los receptores mineralocorticoides contribuye al remodelado cardiovascular y renal
- 39.- En relación al síncope cardiaco, señalar la respuesta **falsa**:
- A) Puede deberse tanto a arritmias como cardiopatía estructural
 - B) Se asocia a mayor riesgo de muerte súbita que el síncope neuromediado
 - C) Las taquicardias ventriculares con frecuencias inferiores a 200 lpm rara vez producen síncope
 - D) El síncope cardiaco tiene un pronóstico excelente en pacientes jóvenes sin cardiopatía
- 40.- Varón de 83 años, con antecedentes de fibrilación auricular permanente, hipertensión arterial, insuficiencia renal crónica estadio 3 y hemorragia digestiva alta grave hace un año secundaria a angiodisplasia colónica, que requirió transfusión y suspensión definitiva de anticoagulación oral. Desde entonces ha presentado nuevos episodios de sangrado digestivo con reintroducciones fallidas de anticoagulantes orales. Ante esta situación, ¿cuál es la estrategia más adecuada para la prevención del ictus cardioembólico?
- A) Mantener antiagregación con ácido acetilsalicílico como alternativa a la anticoagulación
 - B) No instaurar ninguna medida preventiva por el alto riesgo hemorrágico
 - C) Reintroducir anticoagulación oral a dosis reducidas pese a los sangrados previos
 - D) Indicar cierre u oclusión de la orejuela auricular izquierda
- 41.- Varón de 71 años, fumador activo, con EPOC grave conocido, que acude a urgencias por disnea progresiva y somnolencia leve. A la exploración presenta uso de musculatura accesoria y taquipnea. La gasometría arterial en aire ambiente muestra pH 7,27, PaCO₂ 66 mmHg y PaO₂ 52 mmHg. El paciente está consciente, colabora adecuadamente y no presenta vómitos ni secreciones abundantes. ¿Cuál es la actitud **más adecuada** en este momento?
- A) Iniciar ventilación mecánica no invasiva
 - B) Aumentar el aporte de oxígeno hasta normalizar la PaO₂
 - C) Intubación orotraqueal inmediata
 - D) Administrar broncodilatadores y reevaluar en unas horas sin soporte ventilatorio
- 42.- Respecto a las alteraciones fisiopatológicas de la embolia de pulmón, señalar la **verdadera**:
- A) La hipoxemia arterial se debe exclusivamente a hipoventilación alveolar
 - B) Disminuye el espacio muerto
 - C) La resistencia vascular pulmonar disminuye tras una embolia pulmonar aguda
 - D) La relación ventilación/perfusión mejora distalmente al émbolo

43.- Un paciente de 73 años le acabamos de diagnosticar una embolia de pulmón. En sus antecedentes tiene un cáncer de colon en tratamiento adyuvante activo con quimioterapia, respecto al tratamiento señalar la respuesta **falsa**:

- A) Si está estable hemodinámicamente iniciaríamos anticoagulación inmediata
- B) Es necesario estratificar el riesgo teniendo en cuenta si existen datos de disfunción del ventrículo derecho
- C) El tratamiento se puede hacer de forma indistinta con heparina de bajo peso molecular, anti-vitamina K o anticoagulantes orales directos
- D) La anticoagulación se mantendrá por tiempo prolongado hasta la curación de la enfermedad neoplásica

44.- El fenotipo PRISm (ratio preservada con espirometría afectada) en la EPOC (señalar la **correcta**):

- A) Puede tener un cociente FEV1/CV de 0.65
- B) Puede tener un FEV1 del 82%
- C) Es más frecuente en no fumadores
- D) Es un fenotipo inestable en cuanto a la posible evolución de la EPOC

45.- En la neumonía intersticial aguda o síndrome de Hamman-Rich (señalar la **correcta**):

- A) El tratamiento de elección es un choque esteroideo
- B) No suele haber recurrencias
- C) En biopsia pulmonar se aprecia daño alveolar difuso
- D) Suele tener buen pronóstico, con tasas de mortalidad inferior al 10% a 6 meses

46.- La forma de sarcoidosis aguda conocida como el Síndrome de Löfgren, comprende todos los siguientes elementos **salvo uno**:

- A) Urticaria
- B) Fiebre
- C) Adenopatías hiliares
- D) Artritis

47.- En un trasudado correspondiente a un líquido pleural es propio:

- A) Cociente proteínas líquido pleural/proteínas suero de 0.3
- B) Cociente LDH líquido pleural/LDH suero de 0.5
- C) LDH del líquido pleural de un tercio con relación al límite superior de la LDH en suero
- D) Cociente colesterol líquido pleural/suero de 0.1

48.- Varón de 76 años ingresado por neumonía adquirida en la comunidad, con antecedentes de hipertensión arterial y tratamiento crónico con IECA y diuréticos. Durante el ingreso presenta oliguria y ascenso de creatinina de 1,1 mg/dl a 2,4 mg/dl en 48 horas. La analítica muestra sodio urinario de 8 mEq/L, fracción excretada de sodio del 0,4% y sedimento urinario sin cilindros patológicos. ¿Cuál es el diagnóstico **más probable** de la insuficiencia renal aguda?

- A) Necrosis tubular aguda
- B) Glomerulonefritis rápidamente progresiva
- C) Insuficiencia renal aguda prerrenal
- D) Nefritis intersticial aguda

49.- Varón de 67 años, con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, en seguimiento en consulta de Medicina Interna. En dos determinaciones separadas por más de 3 meses presenta un filtrado glomerular estimado de 38 ml/min/1,73 m² y un cociente albúmina/creatinina urinaria de 420 mg/g. No existen datos de lesión renal aguda. Según la clasificación actual de la enfermedad renal crónica (KDIGO), ¿cuál es la clasificación **correcta** de este paciente?

- A) ERC estadio G3a A3
- B) ERC estadio G3b A3
- C) ERC estadio G4 A2
- D) ERC estadio G3b A2

50.- Varón de 64 años con diabetes mellitus tipo 2 de larga evolución, hipertensión arterial y enfermedad renal crónica en seguimiento por Medicina Interna. Presenta un filtrado glomerular estimado de 42 ml/min/1,73 m², con albuminuria persistente (cociente albúmina/creatinina urinaria de 620 mg/g) a pesar de tratamiento optimizado con losartán a dosis máximas toleradas y buen control tensional. La HbA1c es del 7,3%, el potasio plasmático es de 4,6 mEq/L y no ha presentado episodios recientes de descompensación renal ni hiperpotasemia. ¿Cuál de las siguientes estrategias terapéuticas es **la más adecuada** para reducir el riesgo de progresión de la enfermedad renal crónica y eventos cardiovasculares, según la evidencia actual?

- A) Sustituir el ARA II por un inhibidor directo de la renina
- B) Añadir un diurético de asa de forma sistemática como nefroprotector
- C) Intensificar exclusivamente el control glucémico con insulina
- D) Mantener el ARA II y asociar un inhibidor de SGLT2 y finerenona

51.- Paciente de 69 años con enfermedad renal crónica estadio 4, en tratamiento con IECA y espironolactona. Consulta por debilidad. La analítica muestra potasio de 6,6 mEq/L. El ECG presenta ondas T picudas y ensanchamiento del QRS. ¿Cuál es la prioridad terapéutica inmediata?

- A) Insulina rápida con glucosa intravenosa
- B) Resinas de intercambio iónico
- C) Gluconato cálcico intravenoso
- D) Furosemida intravenosa

52.- Varón de 28 años, previamente sano, que consulta por episodios repetidos de hematuria macroscópica. El último episodio comenzó 24–48 horas después del inicio de una infección respiratoria alta. La creatinina es normal, existe proteinuria moderada y el complemento sérico es normal. ¿Cuál es el diagnóstico **más probable** en el diagnóstico diferencial?

- A) Glomerulonefritis postestreptocócica
- B) Nefropatía IgA
- C) Vasculitis asociada a ANCA
- D) Nefritis lúpica

53.- Paciente de 62 años que consulta por edemas progresivos en extremidades inferiores. La analítica muestra proteinuria en rango nefrótico, albúmina plasmática baja y función renal conservada. El sedimento urinario es poco activo. El complemento sérico es normal y no presenta datos clínicos de enfermedad sistémica. ¿Cuál es la glomerulopatía **más probable**?

- A) Glomerulonefritis postestreptocócica
- B) Nefropatía IgA
- C) Glomerulonefritis rápidamente progresiva pauci-inmune
- D) Nefropatía membranosa

54.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la úlcera duodenal es **correcta**?

- A) Se asocia con mayor frecuencia a neoplasia que la úlcera gástrica
- B) Suele empeorar con la ingesta
- C) Está relacionada con infección por *Helicobacter pylori* en la mayoría de los casos
- D) Requiere biopsia sistemática para descartar malignidad

55.- Mujer de 52 años con diagnóstico clínico de enfermedad por reflujo gastroesofágico, en tratamiento con inhibidor de la bomba de protones a dosis estándar desde hace 8 semanas, con escasa mejoría de la pirosis. Refiere buena adherencia y toma correcta del fármaco antes del desayuno. No presenta síntomas de alarma y la endoscopia digestiva alta es normal. ¿Cuál es la prueba diagnóstica **más adecuada** para orientar el manejo posterior?

- A) Repetir la endoscopia digestiva alta
- B) pH-metría esofágica de 24 horas (con o sin impedanciometría)
- C) Tránsito esofagogastroduodenal con contraste
- D) Manometría esofágica como primera opción

- 56.- Un paciente de 45 años presenta diarrea, distensión abdominal y flatulencia sin mejoría tras una dieta estricta sin lactosa. La prueba de hidrógeno en el aliento tras lactosa muestra un incremento basal elevado incluso antes de la carga. ¿Cuál es la mejor interpretación clínica de este hallazgo?
- A) Falso negativo de intolerancia a la lactosa por tránsito intestinal acelerado
 - B) Persistencia genética de lactasa con intolerancia funcional
 - C) Deficiencia congénita de lactasa de inicio tardío
 - D) Probable sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado
- 57.- Según los criterios de Roma IV, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es **correcta** respecto al diagnóstico del síndrome de colon irritable?
- A) La presencia de diarrea o estreñimiento crónicos, aunque indoloros, es suficiente para el diagnóstico
 - B) El dolor abdominal debe estar presente al menos una vez por semana
 - C) El término "molestia abdominal" sigue siendo válido como criterio diagnóstico
 - D) La distensión abdominal es un criterio diagnóstico obligatorio
- 58.- Respecto a los factores de riesgo de pancreatitis después de ERCP (colangiopancreatografía retrógrada endoscópica) están todos **excepto**:
- A) Sospecha de disfunción del esfínter (antes conocida como disfunción del esfínter de Oddi)
 - B) Tener más de 60 años
 - C) Más de dos inyecciones de medio de contraste en el conducto de Wirsung
 - D) La experiencia del endoscopista
- 59.- En relación con la profilaxis primaria de la hemorragia por várices esofágicas en pacientes con cirrosis, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es **correcta**?
- A) La ligadura endoscópica es superior a los betabloqueantes no selectivos para prevenir la primera hemorragia
 - B) El carvedilol requiere ajuste hasta alcanzar una frecuencia cardiaca objetivo
 - C) En pacientes con rigidez hepática < 20 kPa y sin trombocitopenia no es necesaria la endoscopia de cribado
 - D) Tras iniciar profilaxis primaria, debe mantenerse vigilancia endoscópica periódica
- 60.- Respecto al tratamiento de la hepatitis B, las indicaciones de tratamiento incluyen todas las siguientes **excepto**:
- A) Todos los pacientes con cirrosis y ADN de VHB detectable
 - B) Hepatitis aguda grave
 - C) Evidencia de fibrosis significativa
 - D) Pacientes sin cirrosis, pero con hepatitis B crónica activa (HBeAg positivo o negativo) con ALT > 2 veces el límite superior de la normalidad y ADN-VHB > 2.000 UI/ml
- 61.- Un paciente con tumor carcinoide funcional, localizado en íleon, presenta diarrea y rubor cutáneo. ¿Qué hallazgo explica **mejor** la aparición de estos síntomas?
- A) Alta carga tumoral local sin afectación hepática
 - B) Presencia de metástasis hepáticas con secreción hormonal que evita el primer paso hepático
 - C) Obstrucción del intestino delgado
 - D) Aumento del índice Ki-67 tumoral que indica mayor agresividad
- 62.- ¿Cuál de las siguientes asociaciones clínicas y serológicas es más compatible con síndrome antisintetasa, que con IMNM (miopatía inmunomediada)?
- A) CK >10 veces el valor normal, debilidad proximal simétrica, biopsia con necrosis multifocal y escasa inflamación
 - B) Enfermedad pulmonar intersticial con patrón en panal de abejas en CT helicoidal y anticuerpos anti-Jo-1
 - C) Debilidad proximal agresiva, anticuerpos anti-SRP, y resistencia marcada al tratamiento
 - D) Miopatía asociada a estatinas que no mejora al suspenderlas

- 63.- Respecto al compromiso vascular en la enfermedad relacionada con IgG4 ¿cuál es la afirmación **correcta**?
- A) La arteritis obliterante es el hallazgo vascular predominante
 - B) La flebitis obliterante es un signo distintivo de la enfermedad
 - C) El compromiso vascular es exclusivo de vasos pequeños
 - D) El hallazgo vascular carece de valor diagnóstico
- 64.- En relación con el tratamiento de la trombosis venosa en el síndrome de Behçet, ¿cuál es la estrategia correcta?
- A) Anticoagulación sistemática como tratamiento principal
 - B) Control de la inflamación con inmunosupresores como eje terapéutico
 - C) Antiagregación plaquetaria de por vida
 - D) Anticoagulación claramente indicada en una trombosis documentada
- 65.- En la evaluación inicial de una monoartritis aguda con sospecha de gota, ¿qué diagnóstico **no** puede descartarse únicamente por la identificación de cristales de urato en el líquido sinovial?
- A) Pseudogota
 - B) Artritis reumatoide
 - C) Artritis séptica
 - D) Artritis psoriásica
- 66.- En comparación con la artritis aguda por pirofosfato cálcico, la artritis por depósito de apatita se caracteriza por:
- A) Líquido sinovial muy inflamatorio con neutrofilia marcada
 - B) Recuento leucocitario bajo pese a síntomas importantes
 - C) Cristales fácilmente visibles con microscopía de luz polarizada
 - D) Birrefringencia intensamente negativa
- 67.- ¿Cuál es el posicionamiento actual del rituximab en el tratamiento de la enfermedad por IgG4?
- A) Fármaco de primera línea
 - B) Segunda línea
 - C) Segunda línea tras inmunoglobulinas intravenosas
 - D) Segunda línea tras corticoides por su efecto antiCD20 asociado a un antiTNF (como infliximab)
- 68.- En el tratamiento de la arteritis de la temporal, indique en qué escenario le parece particularmente útil el uso de tocilizumab:
- A) Pacientes que no responden adecuadamente a los corticoides
 - B) Particularmente en pacientes más jóvenes sin comorbilidad para evitar los corticoides
 - C) Pacientes con complicaciones oftálmicas graves
 - D) Pacientes con antecedentes de diverticulitis
- 69.- En un paciente al que se ha detectado un nódulo tiroideo, indique cuál de los siguientes **no** es un factor de riesgo de cáncer tiroideo:
- A) Captación en el PET-TAC con 18FDG
 - B) Edad > 55 años
 - C) Sexo masculino
 - D) Crecimiento rápido
- 70.- Uno de los siguientes fármacos se ha relacionado con hipofisitis y, por tanto, con insuficiencia tiroidea, suprarrenal o gonadal:
- A) Ipilimumab
 - B) Olanzapina
 - C) Carboplatino
 - D) Esomeprazol

- 71.- ¿Cuál es el marcador y momento óptimo para evaluar precozmente la respuesta a un tratamiento antirresortivo?
- A) Propéptido del procolágeno tipo I sérico a las 4 semanas
 - B) Telopéptido C terminal sérico en ayunas a los 3 meses
 - C) Osteocalcina sérica a los 3 meses
 - D) Fosfatasa alcalina ósea a los 6 meses
- 72.- ¿Cuál de los siguientes fármacos se recomienda específicamente en pacientes diabéticos con MASH (esteatohepatitis asociada a disfunción metabólica) y fibrosis moderada-severa (F2–F3) por su efecto beneficioso sobre la inflamación y la fibrosis hepática?
- A) Pioglitazona
 - B) Inhibidores de SGLT2
 - C) Resmetirom
 - D) Metformina
- 73.- Indique la respuesta **cierta** respecto a los inhibidores de PCSK9:
- A) Inhiben la producción de lipoproteínas de baja densidad (LDL) en el intestino
 - B) Aumentan la secreción de colesterol libre en las células intestinales
 - C) Inhiben la degradación de los receptores de LDL en el hígado
 - D) Activan la síntesis de HDL en el hígado
- 74.- Señale cuál de las siguientes **no** es un criterio característico de la migraña:
- A) Aura
 - B) Dolor unilateral
 - C) Dolor pulsátil
 - D) Agravado por el movimiento
- 75.- Señale la opción **correcta** respecto a las crisis comiciales en relación con episodios cerebro vasculares:
- A) Los episodios cerebro vasculares explican el 30% de los nuevos casos de epilepsia en mayores de 30 años
 - B) Las convulsiones agudas tras el evento (<24h) son más frecuentes tras un ictus isquémico
 - C) Las convulsiones crónicas habitualmente aparecen en las 2 primeras semanas tras episodio inicial
 - D) Tras una hemorragia intracraneal el riesgo de desarrollar epilepsia se estima en 30-50%
- 76.- Mujer de 73 años, diabética e hipertensa sometida a una gastrectomía subtotal por un cáncer de estómago 5 meses antes. Acude a urgencias con un ictus en territorio de la arteria cerebral media izquierda y se objetiva fibrilación auricular. Indique la opción **correcta**:
- A) Tiene un CHA2DS2-vasc de 6 y debe plantearse anticoagulación
 - B) Por sus antecedentes está contraindicada la anticoagulación
 - C) No hay contraindicación para iniciar de manera inmediata anticoagulación a dosis plenas
 - D) Debe diferirse la anticoagulación a la realización de un ecocardiograma
- 77.- ¿Cuál es el diagnóstico **más probable** en el caso de un paciente joven con un ictus criptogénico, ecocardiograma transtorácica normal y eco doppler transcraneal positivo tras suero salino agitado?
- A) Fibrilación auricular paroxística
 - B) Malformación arteriovenosa pulmonar
 - C) Comunicación interauricular no detectada
 - D) Trombofilia

- 78.- Indique la característica fisiopatológica es **más específica** de la demencia con cuerpos de Lewy:
- A) Depósitos de alfa-sinucleína cortical y subcortical
 - B) Degeneración selectiva del hipocampo
 - C) Mutaciones en el gen MAPT
 - D) Desmielinización difusa de la sustancia blanca
- 79.- Señale la opción **falsa** respecto a las enfermedades producidas por priones:
- A) Se producen por acumulación de la Proteína PrionicaSc (PrPSc) (isoforma patógena de la proteína priónica)
 - B) La forma esporádica de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob es la más frecuente
 - C) Los priones son patógenos infecciosos que carecen de ácidos nucleicos
 - D) Hoy se sabe que son trastornos infecciosos o esporádicos, pero no genéticos
- 80.- El principal mecanismo fisiopatológico mediado por hepcidina en la anemia de la inflamación es:
- A) Aumento de la eritropoyetina renal
 - B) Aumento de la vida media del eritrocito
 - C) Aumentar la captación de hierro por el sistema reticuloendotelial para su uso en la eritropoyesis
 - D) Inhibición de la absorción intestinal y de la liberación de hierro desde macrófagos
- 81.- La identificación de $\geq 1\%$ de esquistocitos en sangre periférica, asociada a anemia y trombocitopenia, sugiere principalmente:
- A) Hemólisis intravascular mediada por complemento
 - B) Esferocitosis hereditaria descompensada
 - C) Anemia hemolítica microangiopática por daño endotelial
 - D) Anemia megaloblástica con diseritropoyesis severa
- 82.- ¿Cuál de los siguientes hallazgos analíticos se asocia con **peor pronóstico** y mayor agresividad en linfomas no Hodgkin?
- A) Anemia ferropénica
 - B) Elevación de lactato deshidrogenasa (LDH)
 - C) Linfocitosis leve
 - D) Hipoalbuminemia aislada
- 83.- Varón de 68 años con dolor lumbar subagudo. En la analítica destaca: Hb 9,5 g/dL, creatinina 2,4 mg/dL, calcio 11,6 mg/dL. En la radiografía de columna dorsal se objetivan dos lesiones líticas vertebrales. ¿Cuál es el diagnóstico **más probable**?
- A) Mieloma múltiple sintomático
 - B) Plasmocitoma solitario
 - C) Gammapatía monoclonal de significado incierto
 - D) Mieloma latente (smouldering)
- 84.- ¿Cuál es la forma **más frecuente** de amiloidosis sistémica en la actualidad?
- A) AL (cadenas ligeras)
 - B) AA (amiloide A)
 - C) ATTR hereditaria
 - D) ATTR wild-type

85.- Mujer de 32 años que consulta por menorragias desde la adolescencia, epistaxis frecuentes y sangrado prolongado tras extracciones dentarias. No refiere hemartros ni hematomas profundos. No toma medicación. En la analítica presenta plaquetas: 230.000/ μ L, Tiempo de protrombina: 12,1 s (11 – 14 s), INR: 1,0 (0,8 – 1,2), Tiempo de tromboplastina parcial activado (aPTT) 42 s (25 – 35 s). ¿Cuál es el diagnóstico **más probable**?:

- A) Hemofilia A
- B) Enfermedad de von Willebrand
- C) Púrpura trombocitopénica inmune
- D) Déficit congénito de factor XI

86.- En pacientes con cáncer y enfermedad tromboembólica venosa, ¿en qué tipo de tumores los anticoagulantes orales directos (ACOD) se asocian a mayor riesgo de hemorragia en comparación con la heparina de bajo peso molecular (HBPM)?

- A) Colon
- B) Próstata
- C) Mama
- D) Pulmón

87.- ¿Cuál de los siguientes instrumentos de cribado es el **más sensible** para detectar consumo perjudicial de alcohol en atención clínica general?

- A) CAGE
- B) AUDIT
- C) CAM
- D) Cuestionario DSM-5

88.- Varón de 56 años y consumo habitual de alcohol, hospitalizado por neumonía adquirida en la comunidad, presenta temblor, taquicardia, HTA y agitación 24 horas tras suspender el consumo de alcohol. ¿Cuál es el tratamiento de elección?

- A) Haloperidol
- B) Propranolol
- C) Loracepam
- D) Tiaprizal

89.- ¿Cuál es la aplicación clínica con mayor evidencia relacionada con el microbioma en la actualidad?

- A) Tratamiento de la obesidad
- B) Tratamiento de la depresión
- C) Prevención primaria cardiovascular
- D) Trasplante fecal en infección recurrente por *Clostridioides difficile*

90.- ¿Cuál de los siguientes estudios genéticos debe de hacerse antes de iniciar tratamiento para evitar toxicidad grave?

- A) CYP2C9 y paracetamol
- B) HLA-B*57:01 y abacavir
- C) CYP3A4 y amoxicilina
- D) SLCO1B1 y ácido acetilsalicílico

91.- Varón de 52 años, sin antecedentes relevantes, que consulta por astenia crónica y dolor en ambas manos, de predominio en las 2ª y 3ª metacarpofalángicas. No consume alcohol de forma significativa. En la exploración destaca discreta hepatomegalia. En la analítica destaca: Hb: 15,2 g/dl, AST: 48 U/L (<40), ALT: 52 U/L (<40), Ferritina sérica: 680 ng/mL (30–300), Saturación de transferrina: 68% (<45%). ¿Cuál es la siguiente prueba diagnóstica **más** adecuada?

- A) Biopsia hepática para cuantificación de hierro
- B) Resonancia magnética hepática con secuencias T2*
- C) Iniciar flebotomías terapéuticas
- D) Solicitar estudio genético del gen HFE

92.- ¿En cuál de los siguientes pacientes **no está indicada** la determinación de alfa-1 antitripsina, según las recomendaciones actuales?

- A) Varón de 58 años con EPOC, fumador activo
- B) Mujer de 45 años con asma corticodependiente
- C) Familiar de primer grado de paciente con déficit diagnosticado
- D) Mujer de 43 años con artritis reumatoide

93.- Varón de 65 años, fumador de 40 paquetes-año, acude por debilidad muscular progresiva, estreñimiento y poliuria de varias semanas de evolución. No refiere fiebre ni tos importante. La exploración física muestra hipertensión arterial leve y signos de deshidratación leve. En la analítica destaca: Calcio sérico: 12,8 mg/dL (normal 8,5-10,5), Fosfato sérico: bajo y PTH: suprimida. La radiografía de tórax muestra nódulo pulmonar en lóbulo superior derecho, sugestivo de tumor. En relación con este caso, señale el síndrome paraneoplásico más probable asociado al cáncer de pulmón no microcítico:

- A) Hiponatremia por SIADH (síndrome de secreción inadecuada de ADH)
- B) Hipercalcemia por secreción de PTHrP
- C) Cushing ectópico por ACTH ectópica
- D) Síndrome neurológico por anticuerpos anti-Hu

94.- En relación a la escala analgésica de la OMS señale la respuesta **correcta**:

- A) El primer escalón incluye opioides potentes como morfina para dolor leve
- B) El segundo escalón se recomienda para dolor moderado e incluye opioides débiles como codeína o tramadol
- C) El tercer escalón corresponde a analgésicos no opioides como paracetamol o AINEs
- D) La escala prohíbe la combinación de opioides con analgésicos no opioides

95.- En relación con la identificación y atención de pacientes con necesidades de cuidados paliativos, señale la opción **correcta**:

- A) La identificación precoz de necesidades paliativas implica que el objetivo principal del tratamiento pasa a ser exclusivamente el control de síntomas, suspendiendo el tratamiento de la enfermedad de base
- B) Los cuidados paliativos deben iniciarse únicamente en la fase final de la vida, cuando la esperanza de vida es inferior a seis meses
- C) La identificación de pacientes con necesidades paliativas permite un abordaje integral y anticipado, compatible con tratamientos dirigidos a la enfermedad, adaptado a la complejidad clínica del paciente
- D) Los equipos específicos de cuidados paliativos deben asumir siempre la atención completa del paciente desde el momento en que se detectan necesidades paliativas

96.- ¿Cuál de los siguientes tratamientos farmacológicos para la obesidad consigue la mayor pérdida de peso media a largo plazo?

- A) Orlistat
- B) Tirzepatida
- C) Semaglutida
- D) Liraglutida

97.- Sobre los efectos del arsénico en salud pública, señale la opción verdadera:

- A) El arsénico solo incrementa riesgo de lesiones cutáneas, sin afectación sistémica
- B) No existe relación entre niveles bajos de arsénico y enfermedades cardiovasculares
- C) La exposición a arsénico aumenta el riesgo de hipertensión, cardiopatía coronaria y apoplejía, incluso a niveles por debajo de 10 mcg/L
- D) El arsénico no afecta al desarrollo neurológico

98.- Sobre la intoxicación por metales pesados, señale la opción **falsa**:

- A) Interrumpir la exposición es la piedra angular del tratamiento
- B) Los agentes quelantes como dimercaprol (antilewisita británica), ácido etilendiaminotetraacético, succímero (ácido dimercaptosuccínico) y penicilamina forman compuestos de baja toxicidad que facilitan la excreción
- C) La selección del quelante depende del metal implicado y del cuadro clínico
- D) El carbón activado es eficaz para unirse a metales y constituye un tratamiento estándar en ingestión aguda

99.- Respecto a las estrategias preventivas para disminuir el riesgo cardiaco perioperatorio y complicaciones, señalar la respuesta **falsa**:

- A) En pacientes con diabetes no insulín-dependiente se suspenderá el tratamiento con antidiabéticos y en este periodo perioperatorio la corrección de glucemias la realizará con insulina rápida para conseguir glucemias entre 100-180mg/dl
- B) Los beta-bloqueantes en general deben suspenderse de forma progresiva antes de la cirugía
- C) La estatinas no deben suspenderse durante el ingreso puesto que pueden reducir las complicaciones cardiacas en el perioperatorio en pacientes con aterosclerosis confirmada
- D) La profilaxis de la enfermedad tromboembólica se realizará con heparina de bajo peso molecular o con fondaparinux

100.- Respecto al índice PROFUND en pacientes pluripatológicos, señale la afirmación **correcta**:

- A) Es un índice diagnóstico que permite identificar pacientes pluripatológicos con mayor riesgo de reingreso hospitalario a corto plazo
- B) Evalúa 12 variables clínicas, con una puntuación máxima de 40 puntos, y solo ha sido validado en el ámbito hospitalario
- C) Clasifica a los pacientes en cuatro grupos de riesgo pronóstico y estima la probabilidad de mortalidad a los 12 meses tras el alta hospitalaria
- D) Considera riesgo bajo una puntuación de 0 a 6 puntos, con una mortalidad inferior al 5% al año

PREGUNTAS DE RESERVA

101.- Varón de 27 años, sexualmente activo, consulta por disuria y escozor uretral de 4 días de evolución. No presenta secreción uretral visible, pese a no haber orinado desde la noche anterior. La tinción de Gram del exudado uretral no muestra diplococos gramnegativos, pero sí abundantes células inflamatorias. ¿Cuál es la interpretación diagnóstica inicial **más correcta**?

- A) Uretritis gonocócica confirmada
- B) Uretritis no gonocócica probable
- C) Síndrome miccional funcional sin indicación de tratamiento
- D) Se descarta uretritis por ausencia de secreción visible

102.- Paciente de 55 años, trasplantado renal hace 6 meses, en tratamiento inmunosupresor con tacrolimus y prednisona, acude por fiebre, astenia y diarrea acuosa de 4 días de evolución. Analítica: leucopenia moderada y transaminasas ligeramente elevadas. Serología previa era positiva para CMV IgG y negativa para IgM. PCR para CMV en plasma muestra 12.000 copias/mL. ¿Cuál es la actitud terapéutica **más** adecuada?

- A) Observación clínica y ajuste del tratamiento inmunosupresor sin iniciar antivirales
- B) Inicio de ganciclovir intravenoso como tratamiento específico para la reactivación de CMV
- C) Inicio de aciclovir oral para reactivación de CMV
- D) Inicio empírico de vancomicina y ceftriaxona para cubrir bacterias intestinales

103.- Varón de 70 años con antecedentes de linfoma Hodgkin en tratamiento quimioterápico con doxorubicina y bleomicina, presenta fiebre persistente, escalofríos, mialgias y disnea. Durante su hospitalización, desarrolla signos de sepsis con hipotensión y aumento niveles de lactato. Los hemocultivos revelan crecimiento de *Cándida albicans*, sugiriendo candidemia. ¿Cuál es la principal causa de candidemia en este paciente?

- A) Uso de antibióticos de amplio espectro que alteran la microbiota intestinal, favoreciendo el sobrecrecimiento de *Candida*
- B) Contaminación de la vía central debido al uso prolongado de un catéter central de inserción periférica (PICC)
- C) Inmunosupresión inducida por quimioterapia, que aumenta la susceptibilidad a infecciones por *Candida*
- D) Desnutrición severa y hipogammaglobulinemia, factores que favorecen la invasión por *Candida*

104.- Varón de 72 años con antecedentes de EPOC moderado-grave y obesidad, ingresa por disnea progresiva y cefalea matutina. A la exploración presenta taquipnea, uso de musculatura accesoria y somnolencia leve, pero está consciente y colaborador. La gasometría arterial muestra pH 7,30, PaCO₂ 68 mmHg y PaO₂ 58 mmHg con FiO₂ 0,28. No presenta vómitos ni secreciones abundantes y se mantiene hemodinámicamente estable. Se decide iniciar ventilación mecánica no invasiva. ¿Cuál es la opción **más adecuada** desde el punto de vista fisiopatológico?

- A) CPAP no invasiva para mejorar la oxigenación
- B) VMNI en modo presión soporte (BiPAP)
- C) Oxigenoterapia de alto flujo nasal
- D) Ventilación invasiva precoz para evitar fracasos

105.- Un hombre de 45 años consulta por una lesión en el antebrazo que comenzó hace 4 días como una pápula pruriginosa, evolucionando a una úlcera rodeada de vesículas y edema. En las últimas 48 horas ha aparecido una escara negra central. No presenta dolor importante y no ha recibido tratamiento previo. No refiere viajes recientes ni contacto con animales domésticos, pero trabaja manipulando pieles animales. ¿Cuál es la causa **más probable** de la lesión?

- A) Tularemia ulceroglandular
- B) Carbunco cutáneo
- C) Pioderma gangrenoso
- D) Úlcera por decúbito

106.- Según los criterios revisados de Atlanta, ¿cuál es el factor más importante para definir la gravedad en un paciente con pancreatitis aguda?

- A) Presencia de necrosis pancreática en la tomografía
- B) Elevación persistente de la lipasa sérica
- C) Insuficiencia orgánica > 48 h
- D) Hematocrito > 44% al ingreso

107.- Un varón joven presenta episodios recurrentes de dolor abdominal intenso con signos de irritación peritoneal y fiebre elevada, que se resuelven espontáneamente en 48 horas. ¿Cuál de los siguientes hallazgos haría **menos** probable el diagnóstico de fiebre mediterránea familiar?

- A) Episodios desencadenados por estrés físico o emocional
- B) Derrames pleurales neutrofílicos autolimitados
- C) Poliartritis simétrica de pequeñas articulaciones, con alteración radiográfica
- D) Leucocitosis y elevación marcada de proteína C reactiva durante las crisis

108.- En un paciente asintomático con hipercalcemia conocida desde hace 2 años con valores de PTH en rango bajo de la normalidad, debe sospecharse:

- A) Error de laboratorio en la determinación de PTH
- B) Existencia de un tumor oculto
- C) Hipotiroidismo
- D) Sarcoidosis

109.- Mujer de 42 años con adenopatía supraclavicular izquierda, firme, no dolorosa, de 3 cm, presente desde hace 2 meses. No fiebre ni pérdida de peso. ¿Cuál es la actitud diagnóstica **más** adecuada?

- A) Observación clínica durante 3 meses
- B) Tratamiento antibiótico empírico
- C) Punción-aspiración con aguja fina
- D) Biopsia ganglionar excisional

110.- Varón de 38 años, sin antecedentes relevantes, que consulta por disnea de esfuerzo progresiva y episodios de dolor urente en manos y pies desde la adolescencia. En la analítica destaca deterioro de función renal con creatinina sérica de 2.1 mg/dl y proteinuria en rango no nefrótico. Se realiza un ecocardiograma que muestra hipertrofia ventricular severa concéntrica sin otros hallazgos significativos. ¿Cuál es la enfermedad que sospecharía en este paciente?

- A) Enfermedad de Gaucher
- B) Enfermedad de Fabry
- C) Amiloidosis AL
- D) Enfermedad de Pompe

SUPUESTO PRÁCTICO Nº 1

Paciente varón de 81 años de edad. No alergias medicamentosas conocidas. Antecedentes de hipertensión arterial, diabetes tipo 2, obesidad grado I con IMC de 31kg/m² y exfumador desde hace 18 años con un IPA de 60.

Dos ingresos hace 2 meses y 2 años por neumonía. Infecciones respiratorias de repetición que el paciente describe como "más que la media". Presenta tos y expectoración frecuente, en ocasiones amarillenta-verdosa que ha sido tratada por su médico de familia con antibiótico frecuentemente.

Diagnosticado de EPOC hace 5 años. Última espirometría realizada hace dos meses. FEV1: 0.65 L (28%). FCV:2.1 L (62%). FEV1/CV: 0.31. No ha precisado nunca oxígeno domiciliario.

En tratamiento con Enalapril 20mg/ hidroclorotiazida 12,5 mg, metformina 850 mg un comp cada 12 h, semaglutide 0,5 mg un vial semanal, dapaglifozina 10mg un comp cada 24 h. Inhalador de salmeterol/fluticasona cada 12 horas e inhalador de salbutamol, frecuente que el paciente reconoce utilizar muy a menudo.

Situación basal de disnea de medianos-mínimos esfuerzos. Vive con su esposa. Tiene algún olvido con la medicación.

Acude a urgencias, por presentar en las últimas 24 horas, incremento de disnea, asociada a ruidos respiratorios, tos y expectoración que se ha tornado marronácea, junto con fiebre termometrada de 38,5 grados. No ha presentado disnea paroxística nocturna pero sí bendopnea y ortopnea de dos almohadas.

A su llegada a Urgencias, presenta TA: 142/91, FC 106, saturación de oxígeno: 86%. Temperatura 38,9 grados. Consciente, desorientado en tiempo y con tendencia al sueño.

Exploración cardiopulmonar: auscultación cardiaca arrítmica a 106 lpm, auscultación pulmonar: roncus y sibilancias intensas de predominio derecho, con crepitantes bibasales. Abdomen globuloso, difícil palpar masas y megalias. Mínimos edemas maleolares. No focalidad neurológica.

Durante su estancia en urgencias se le solicitan al paciente las siguientes pruebas complementarias:

- Analítica: Hto:32,1%, Hb 10.7 g/dL con VCM 74 fL, plaquetas 153.000 /μL leucocitos 19.300 /μL, coagulación normal, glucosa 301 mg/dL, urea 57 mg/dL creatinina de 1,53mg/dL con un filtrado glomerular de 35,9 mL/min/1,73 m², Na de 138 mEq/L y potasio de 5.3 mEq/L, albumina 3,3 g/dL, ácido úrico 6,3mgr/dl, transaminasas normales, NT-proBNP 923 pg/mL . troponina I: 15 (negativa). PCR: 245 mg/dL. Procalcitonina: 8,4 ng/ml.
- Gasometría: pH: 7,28 pO₂: 55, pCO₂: 62. HCO₃: 28. Lactato: 3,8 mmol/L

- ECG: fibrilación auricular con respuesta ventricular a 110 lpm. HVI. No datos de isquemia aguda.
- Rx del tórax: Cardiomegalia, Aplanamiento de ambos diafragmas. Aumento del cono de ambas arterias pulmonares. Dudoso infiltrado en la llingula.
- Ecocardiograma: Engrosamiento y calcificación de v. aortica y mitral. Insuficiencia tricuspídea moderada-grave que estima una PSAP de 30 mm Hg.

Ante esta situación clínica que presenta la paciente, responda a las siguientes cuestiones:

1.- Cuál de las siguientes opciones **no** realizaría al valorar al paciente:

- A) Realizar una ecografía multiórgano a pie de cama
- B) Ajustar oxigenoterapia y evaluar necesidad de ventilación no invasiva
- C) Pautar antibióticos sin demora
- D) Fluidoterapia: 1500 cc de suero fisiológico en 2 horas, dada la insuficiencia renal y probable deshidratación

2.- En el caso que precisase ventilación no invasiva, por deterioro gasométrico con empeoramiento de pCO₂, es cierto que:

- A) El mejor método sería aplicar CPAP
- B) Se debe utilizar una IPAP alta para reducir pCO₂
- C) Se debe utilizar una EPAP alta para reducir hiperinsuflación
- D) Está contraindicada al estar en situación de insuficiencia cardiaca

3.- Cual es la afirmación más correcta en este caso clínico:

- A) Un factor que ha podido desencadenar la fibrilación auricular es el salbutamol inhalado en cantidades altas
- B) La causa principal de la insuficiencia renal es la toma de dapaglifozina
- C) El paciente debe presentar una hipertensión pulmonar correspondiente al grupo 2 (Sociedad Europea de Cardiología)
- D) El filtrado que presenta el paciente (35.9 mL/min) contraindica la bemiparina de forma absoluta

4.- ¿Qué antibiótico plantearía de entrada?

- A) Amoxicilina-clavulánico
- B) Ceftriaxona
- C) Meropenem
- D) Amoxicilina a altas dosis para cubrir neumococo

5.- El paciente ingresa en UCI hasta su estabilización 24 horas. Crecen en hemocultivos, cocos gram positivos en racimo según informe de microbiología. Añadiría al tratamiento:

- A) Ciprofloxacino
- B) Vancomicina
- C) Linezolid
- D) Piperacilina-tazobactam

6.- Durante su ingreso hospitalario, se trata con nebulizaciones, entre otros fármacos, con ipratropio. Uno de los riesgos frecuentes de este fármaco en paciente hospitalizado es:

- A) Retención urinaria
- B) Proceso alérgico
- C) Inflamación de la pequeña vía aérea
- D) Hipopotasemia

- 7.- El paciente presenta 320 eosinófilos en el hemograma que, revisando analíticas previas, mantiene una eosinofilia similar. El tratamiento que se debe plantear al alta es:
- A) Mantener el LABA+corticoide inhalado que tomaba
 - B) Cambiar a LABA+LAMA
 - C) Cambiar a LABA+LAMA+corticoide inhalado
 - D) Cambiar a LABA+LAMA+corticoide inhalado y añadir corticoides orales, al menos dos meses
- 8.- En cuanto al dispositivo de inhalación al alta **no** es cierto que:
- A) La niebla fina tiene un valor añadido por su depósito alveolar
 - B) Si tiene un pico flujo de 15 litros por minuto es claro candidato a polvo seco
 - C) El dispositivo que más errores críticos genera es el presurizado con cámara de inhalación
 - D) Es esencial realizar educación previa al alta
- 9.- Al alta el paciente mantiene una situación tórpida, no mejora claramente la disnea. Una de las siguientes **no** sería una opción válida:
- A) Plantear n-acetilcisteína a dosis altas
 - B) Reevaluar la adherencia terapéutica
 - C) Plantear azitromicina de forma crónica
 - D) Realizar un ciclo con corticoides orales
- 10.- Su médico de familia opta por prescribir roflumilast. Uno de los siguientes **no** es un efecto secundario descrito en este fármaco:
- A) Prolongación del QT
 - B) Pérdida de peso
 - C) Síndrome diarreico
 - D) Insomnio

PREGUNTA DE RESERVA

- 11.- La mejor forma de evitar reingresos en este paciente es:
- A) Rotar el roflumilast por otros tratamientos
 - B) Introducir teofilina en el plan terapéutico
 - C) Realizar espirometrías de control para ajustar tratamiento
 - D) Coordinación estrecha entre atención primaria y especializada y revisiones frecuentes del paciente

SUPUESTO PRÁCTICO Nº 2

Varón 68 años. Sin alergias medicamentosas. Antecedentes personales: hipertensión arterial (10 años evolución), glucemia alterada en ayunas y dislipemia, detectadas en analítica 5 años antes. Obesidad tipo 1. Fumador desde los 20 años, 2 paquetes/día. Criterios clínicos de bronquitis crónica. Apnea obstructiva de sueño, no tolera CPaP. Psoriasis moderada-grave controlada con tratamiento biológico. Lumbalgia crónica por espondiloartrosis y hernia discal L4-L5. Hipotiroidismo en tratamiento sustitutivo.

Independiente para todas las actividades de la vida diaria. Vive con su esposa. Clase funcional II/IV. Jubilado, trabajó como portero de una urbanización.

Tratamiento basal: olmesartan 20 mg/amlodipino 5 mg/hidroclorotiazida 12,5 mg 1 cada 24 h, simvastatina de 20mgr cada 24h, levotiroxina 50 µg cada 24 h, secukinumab 300 mg **cada 4 semanas**, Inhalador: fluticasona 100/umeclidinio 62,5/ vilanterol 25 µg, 1 inhalación cada 24 h, fentanilo transdérmico 50 µg cada 72 h.

Remitido a consultas tras detección casual en ecografía tiroidea de ateromatosis carotídea. Su médico tras resultados inicia tratamiento con ácido acetilsalicílico 100 mg cada 24 h y lo deriva para valoración.

Paciente refiere encontrarse bien. En la anamnesis dirigida niega sintomatología relacionada con enfermedad cerebrovascular ni dolor torácico, aunque sí sensación disneica con moderados esfuerzos y a veces sensación de palpitaciones en este contexto. Camina unos 30 minutos al día,

limitado por dolor lumbar y en las piernas. Dieta poco variada, no suele consumir fruta ni verdura, solo come esporádicamente, casi a diario come carne roja y no le gusta el pescado. Desayuno con 10 galletas sin azúcar y además consume a diario 2-3 cervezas con el aperitivo.

Exploración física: TA brazo derecho (triple toma) 163/79,158/78, 155/76 brazo izquierdo 110/65 109/64, 108/64 Frecuencia cardíaca 85 lpm. **Talla:**1,65 m **Peso:** 85 kg IMC 31,2kg/m² Perímetro abdominal: 111 cm. Saturación de oxígeno basal 93%,.

Consciente y orientado, eupneico. Rubicundez facial, mucosas húmedas. No adenopatías laterocervicales ni supraclaviculares. Tórax en tonel. Auscultación cardio-pulmonar: tonos rítmicos sin soplos, hipoventilación global con espiración alargada. Abdomen: globuloso, blando, depresible, hepatomegalia de 2 traveses de dedo debajo del reborde costal derecho. Miembros inferiores: frialdad distal, disminución del vello, piel fina y brillante, relleno capilar enlentecido, pulsos pedios y tibiales posteriores disminuidos bilateralmente, sin edemas ni signos de insuficiencia venosa.

Aporta analítica realizada por su médico un mes antes de la derivación, ECG y ecografía tiroidea:

- Glucemia ayunas 128 mg/dL, HbA1c 7,1%,
- Perfil lipídico: **colesterol total: 215 mg/dL, LDL-colesterol: 120 mg/dL, HDL-colesterol: 36 mg/dL, Triglicéridos: 260 mg/dL, Ácido úrico: 8,2 mg/d.**
- Creatinina 1,35 mg/dL, filtrado glomerular estimado (CKD-EPI) 52 mL/min/1,73 m² urea 58 mg/dL, sodio 139 mmol/L, potasio 4,6 mmol/L,
- Perfil hepático: ALT 62 U/L, AST 48 U/L, GGT 110 U/L, fosfatasa alcalina 95 U/L, bilirrubina total 0,8 mg/dL y albúmina 4,2 g/dL,
- **TSH: 2,1 mUI/L, (0,4–4,0 mUI/L).**
- **Orina:** cociente albúmina/creatinina (ACR) **65 mg/g** (micción única matutina, confirmada en 3 determinaciones)
- ECG: Ritmo sinusal a 90 lpm, alteraciones en el ST sugerentes de hipertrofia de ventrículo izquierdo en V4-V6, I y aVL
- Ecografía de tiroides: glándula tiroidea de tamaño y morfología normal, con ecogenicidad homogénea sin nódulos. En ambos ejes carotídeos se identifican **placas ateroscleróticas**, observándose en la **carótida interna** izquierda una placa hipoecogénica, con reducción luminal sospechosa de **superior al 50%**.

Responda a las siguientes preguntas en relación al caso clínico:

1.- Cuando evaluamos el riesgo vascular teniendo en cuenta sus antecedentes, pueden ser modificadores de riesgo, todos **excepto uno**:

- A) Hipotiroidismo.
- B) Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- C) Apnea obstructiva de sueño.
- D) Psoriasis.

2.- En la evaluación del riesgo cardiovascular, señala la respuesta que mejor se adapta al riesgo de este paciente:

- A) Se trata de un paciente de bajo-moderado riesgo vascular porque no tiene eventos cardiovasculares
- B) Se trata de un paciente de moderado-alto riesgo vascular por ser hipertenso, dislipémico y tener alteración glucemia en ayunas
- C) Es un paciente de alto riesgo vascular porque tiene placas en carótidas y una de ellas tiene sospecha de obstrucción significativa
- D) Se trata de un paciente de muy alto riesgo cardiovascular porque tiene una placa sospechosa de obstrucción significativa además tiene enfermedad renal, y probable afectación polivascular

3.- La diferencia de presión arterial entre ambos brazos observada en la exploración sugiere, señala la **verdadera**:

- A) Error en la medición
- B) Reacción de alerta
- C) Enfermedad arterial subclavia
- D) Disección aórtica crónica

- 4.- Se completa estudio en consulta con índice tobillo brazo. El resultado es 0.85 en el lado derecho, y 0.90 en el lado izquierdo. Señala la respuesta **verdadera**:
- A) Los valores descartan enfermedad arterial periférica
 - B) Los valores confirman la presencia de enfermedad arterial periférica
 - C) Los valores no confirman porque debe ser < 0.9 en ambos miembros
 - D) Los valores indican ausencia de compresibilidad de las arterias
- 5.- La albuminuria detectada debe interpretarse como:
- A) Normal para la edad
 - B) Falso positivo sin relevancia clínica
 - C) Microalbuminuria indicativa de daño renal y vascular
 - D) Macroalbuminuria establecida por daño renal y vascular
- 6.- En relación al control lipídico, la actitud terapéutica **más adecuada** es:
- A) Subir dosis de simvastatina a 40 mg
 - B) Cambiar simvastatina por otra de alta intensidad
 - C) Suspender estatina por elevación de transaminasas
 - D) Añadir fibrato para mejorar el control de triglicéridos
- 7.- En relación al control de su diabetes actual, cuál es el tratamiento **más adecuado** para prescribir a este paciente:
- A) Metformina + iSGLT2
 - B) Metformina + DDP-4
 - C) Metformina + GLP-1
 - D) iSGLT2 +GLP1
- 8.- En relación con el manejo de la hipertensión arterial. ¿Cuál sería la conducta **menos** adecuada?:
- A) Utilizar como referencia para el control de la tensión arterial en el brazo con cifras más elevadas, en este caso el derecho
 - B) Intensificar el tratamiento antihipertensivo dado el mal control tensional
 - C) Mantener el tratamiento actual sin modificaciones dado que la presión arterial en el brazo izquierdo es normal
 - D) Considerar que la diferencia de presión arterial entre ambos brazos puede tener relevancia clínica
- 9.- En relación a la placa carotídea descrita en la ecografía, señalar la respuesta **verdadera**:
- A) Las placas hipoecogénicas asocian menor riesgo de complicaciones
 - B) En ausencia de clínica neurológica focal, la placa en la carótida no tiene valor diagnóstico adicional
 - C) La sospecha ecográfica de estenosis carotídea superior al 50% requiere confirmación diagnóstica mediante Doppler carotídeo
 - D) El hallazgo ecográfico es suficiente para establecer el diagnóstico definitivo
- 10.- En relación al tratamiento antiagregante iniciado por su médico señala la actitud **más adecuada**:
- A) Suspender el ácido acetilsalicílico al no haber padecido un evento cardiovascular
 - B) Mantener ácido acetilsalicílico por tener enfermedad aterosclerótica establecida
 - C) Asociar clopidogrel hasta completar estudio
 - D) Suspender antiagregación e iniciar anticoagulación

PREGUNTA DE RESERVA

- 11.- ¿Cuál sería el objetivo de LDL-colesterol en este paciente?, señale la respuesta correcta:
- A) <100 mg/dL.
 - B) <70 mg/dL.
 - C) <55 mg/dL.
 - D) <40 mg/dL.

