

Examen del concurso-oposición para optar a plazas de la categoría facultativo/facultativa especialista de área de medicina interna del Servicio de Salud de las Islas Baleares

Observaciones:

- Este examen consta de siete **(7) cuestionarios en un solo cuaderno** correspondientes a siete temas o casos clínicos diferentes de esta especialidad.
- Cada cuestionario está identificado y resaltado con un número y la materia de la que trata o directamente la descripción del caso, y seguidamente hay **24 preguntas** de tipo test, numeradas del 1 al 24.
- **Tiene que responder las 24 preguntas de tres (3) de los siete temas o casos.** Las cuatro últimas preguntas (núm. 21-24) de cada tema son de reserva por si alguna de las otras (1-20) resulta impugnada.
- Para cada pregunta solo hay una respuesta correcta entre las cuatro posibles.
- Cada respuesta correcta se valora con 1 punto, de modo que la valoración total del examen es de 60 puntos (20 preguntas × 3 temas). Es necesario responder las preguntas de reserva, aunque en principio solo se puntuarán las preguntas 1-20. Cada respuesta errónea se penaliza con una cuarta parte del valor de una correcta. Las respuestas en blanco y las que contengan más de una alternativa marcada no se valoran.
- Las páginas del cuaderno están numeradas; compruebe su contenido hasta la última página. Si detecta alguna anomalía en la impresión, pida que se lo cambien.
- **Tiene que señalar las respuestas en la hoja óptica que se le ha entregado. Lea muy atentamente las instrucciones que figuran en esta.**
- El tiempo para completar la prueba es de **120 minutos, incluido el tiempo para señalar las respuestas en la hoja óptica.**
- Puede utilizar el cuaderno como borrador. Una vez finalizada la prueba, puede llevárselo.

Advertencias:

- No puede leer ninguno de los cuestionarios hasta que se le indique.
- No haga en la hoja óptica ningún tipo de marca ni firma que pueda desvirtuar los principios de igualdad, mérito y capacidad.
- Únicamente puede usar bolígrafo negro o azul.
- No se permite usar calculadora.
- Durante la prueba no puede llevar encima ni tener sobre la mesa ningún aparato electrónico, ni siquiera apagado.
- Antes del inicio de la prueba, algún miembro del tribunal o alguno de sus colaboradores habrá explicado las instrucciones que debe seguir. Si no ha entendido alguna de esas instrucciones, pídale que se la aclare.
- El hecho de concurrir a esta prueba supone aceptar estas instrucciones, sin detrimento del derecho a interponer una reclamación o un recurso.
- Incumplir cualquiera de estas advertencias puede suponer la exclusión de la prueba.





Supuesto 1

Paciente con hipertensión arterial, fibrilación auricular permanente, enfermedad renal crónica e insuficiencia cardíaca.

1. **Teniendo en cuenta la Guía ESC/ESH sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial, ¿cuál de las siguientes características clínicas no puede considerarse como daño orgánico mediado por hipertensión?**
 - a) Índice tobillo-brazo inferior a 0,9.
 - b) Enfermedad renal crónica con tasa de filtración glomerular inferior a 30 mL/min.
 - c) Fibrilación auricular.
 - d) Presión de pulso superior a 60 mmHg.

2. **Según la Guía ESC/ESH sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial, en el caso de un paciente con hipertensión arterial controlada, insuficiencia cardíaca debida a disfunción ventricular sistólica moderada, fibrilación auricular permanente, enfermedad renal crónica con una tasa de filtración glomerular de 26 mL/min, ¿hay que determinar la estratificación del riesgo cardiovascular según las tablas de la escala SCORE?**
 - a) Sí, y le correspondería una clasificación de riesgo intermedio.
 - b) No es necesario porque se trata de un paciente con riesgo cardiovascular alto, dada la tasa de filtración glomerular inferior a 30 mL/min.
 - c) No es necesario porque se trata de un paciente con riesgo cardiovascular muy alto, dada la tasa de filtración glomerular inferior a 30 mL/min.
 - d) Corresponde a un riesgo cardiovascular muy alto porque padece una miocardiopatía dilatada.

3. **Señale la afirmación falsa sobre la metodología para medir correctamente la presión arterial en la consulta:**
 - a) Hay que hacer tres tomas de la presión arterial espaciadas 1-2 minutos.
 - b) En el caso descrito en la pregunta 2 es necesario utilizar una determinación por medio de un método auscultatorio en vez de automático.
 - c) Hay que utilizar las fases I y V del método de Korotkof para establecer las medidas de la presión arterial sistólica (PAS) y de la presión arterial diastólica (PAD), respectivamente.
 - d) Siempre hay que determinar la presión arterial en ambos brazos.

4. **La hipertensión arterial se puede definir basándose en distintos métodos que establecen diferentes límites de presión arterial.**
Señale la afirmación falsa:
 - a) Si se hace la toma triple en la consulta externa, los límites de la hipertensión arterial son iguales o superiores a 140/90.
 - b) Si se hace una monitorización ambulatoria de 24 horas, los límites globales son iguales o superiores a 130/85.
 - c) Si se hace una monitorización ambulatoria de 24 horas, los límites diurnos son iguales o superiores a 135/85.
 - d) Si se hace una automedición en el domicilio, los límites son iguales o superiores a 135/85.

5. **¿Cuál es el objetivo de presión arterial que hay que plantearse en el caso de un paciente de más de 80 años con enfermedad renal crónica, siempre que lo tolere clínicamente?**
 - a) PAS: 130-139 PAD 70-79.
 - b) PAS: 120-129 PAD: 70-79.
 - c) PAS < 140 PAD < 90.
 - d) PAS: 120-139 PAD: 70-79.



6. Señale la afirmación correcta respecto al caso descrito en la pregunta 2:
- a) Dado que padece enfermedad renal crónica, los bloqueantes del sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) están contraindicados relativamente porque empeoran la función renal.
 - b) Hay que usar, siempre que sea posible, fármacos bloqueantes del SRAA porque pueden ser beneficiosos para reducir la albuminuria.
 - c) Siempre que lo permitan el nivel de función renal y la kalemia, se puede utilizar una combinación de dosis bajas de dos bloqueantes del SRAA, dados sus beneficios sinérgicos.
 - d) Es posible un deterioro inicial leve de la función renal al iniciar un tratamiento antihipertensivo en pacientes con enfermedad renal crónica, lo cual obligaría a interrumpir el tratamiento inmediatamente.
7. Señale la afirmación falsa sobre la anticoagulación profiláctica para evitar el riesgo tromboembólico en pacientes con fibrilación auricular:
- a) La estratificación de CHA₂DS₂-VASc de 1 para las mujeres y de 0 para los hombres no es indicación para iniciar un tratamiento de anticoagulación oral.
 - b) La estratificación de CHA₂DS₂-VASc de 2 o más para los hombres y de 3 o más para las mujeres es una indicación absoluta para iniciar un tratamiento de anticoagulación oral.
 - c) Un riesgo en la HAS-BLED Score igual o superior a 2 contraindica el tratamiento de anticoagulación oral.
 - d) Si se utilizan anticoagulantes dicumarínicos, hay que fijar un objetivo de INR entre 2 y 3.
8. Respecto a CHA₂DS₂-VASc, señale la correspondencia errónea entre el factor de riesgo y la puntuación:
- a) Insuficiencia cardíaca → 1 punto.
 - b) Edad superior o igual a 75 años → 1 punto.
 - c) Hipertensión arterial → 1 punto.
 - d) Antecedente de ictus → 2 puntos.

9. **Respecto a la HAS-BLED Score, señale el factor de riesgo que no está incluido en la puntuación:**
 - a) Ictus previo (isquémico o hemorrágico).
 - b) Edad superior a 65 años.
 - c) Diabetes *mellitus*.
 - d) INR lábil en pacientes en tratamiento con dicumarínicos (TTR < 60 %).

10. **¿Cuál de las respuestas siguientes no es una de las contraindicaciones absolutas para el tratamiento de anticoagulación oral en los casos de pacientes con fibrilación auricular, según la última guía europea?**
 - a) Sangrado serio activo.
 - b) Trombopenia grave (inferior a 50.000).
 - c) Hipertensión arterial (PAS > 140 mmHg).
 - d) Sangrado intracraneal reciente.

11. **¿Cuál de los fármacos siguientes no se puede utilizar para establecer un control adecuado de la frecuencia cardíaca en el caso de un paciente con insuficiencia cardíaca con cardiopatía estructural, FEVI reducida y fibrilación auricular?**
 - a) Bisoprolol.
 - b) Amiodarona.
 - c) Digoxina.
 - d) Diltiazem.

12. **Señale la afirmación falsa sobre el posible planteamiento de una estrategia de control del ritmo en el caso de un paciente con fibrilación auricular:**
 - a) La estrategia de control del ritmo está indicada sobre la estrategia de control de la frecuencia en caso de que el paciente presente síntomas relacionados con la fibrilación auricular (evidencia I-A).
 - b) La cardioversión farmacológica está indicada solo en los casos de pacientes hemodinámicamente estables después de haber evaluado el riesgo embólico.
 - c) La amiodarona está indicada para controlar el ritmo en los casos de cardiopatía estructural.
 - d) La flecainida es el fármaco de elección para controlar el ritmo en los casos de cardiopatía isquémica.

13. **¿Cuál de las respuestas siguientes no es una opción adecuada respecto al uso de anticoagulación oral en el caso de un paciente de 82 años con fibrilación auricular permanente y enfermedad renal crónica con tasa de filtrado glomerular de 24 mL/min?**
 - a) Acenocumarol con objetivo de INR entre 2 y 3.
 - b) 20 mg de rivaroxabán cada 24 horas.
 - c) 110 mg de dabigatran cada 12 horas.
 - d) 30 mg de edoxabán cada 24 horas.

14. **Señale la afirmación falsa sobre el diagnóstico y el pronóstico de la insuficiencia cardiaca:**
 - a) La clasificación NYHA es una clasificación funcional basada en síntomas y en la actividad física.
 - b) Hay hasta cuatro niveles, desde el I (asintomático) hasta el IV (sintomático en reposo).
 - c) La diabetes *mellitus*, la obesidad y la enfermedad renal crónica son factores de riesgo para la hospitalización por insuficiencia cardiaca.
 - d) Los péptidos natriuréticos (BNP o NT-proBNP) pueden sustituir la ecocardiografía en el procedimiento diagnóstico de la insuficiencia cardiaca.

15. **¿Cuál de las respuestas siguientes no es uno de los síntomas típicos de la insuficiencia cardiaca?**
 - a) Ortopnea.
 - b) Disnea paroxística nocturna.
 - c) Elevación de péptidos natriuréticos.
 - d) Edemas maleolares.

16. **El paciente del caso descrito en la pregunta 2 presenta un NT-proBNP en el servicio de urgencias de 26.865 pg/mL, lo cual, en el contexto, apoya el diagnóstico de insuficiencia cardiaca crónica. Sin embargo, existen otras causas de elevación de este péptido. ¿Cuál de las respuestas siguientes no es una de esas causas?**
 - a) Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).
 - b) Anemia.
 - c) Enfermedad renal crónica.
 - d) Diabetes *mellitus*.

17. **¿Cuál de los fármacos siguientes no tiene evidencia de clase I para mejorar el pronóstico de supervivencia en el tratamiento de la insuficiencia cardiaca con FEVI reducida?**
- a) Enalapril.
 - b) Sacubitrilo/valsartán.
 - c) Empagliflozina.
 - d) Furosemida.
18. **Señale la afirmación correcta respecto al tratamiento diurético en una situación de insuficiencia cardiaca descompensada con síntomas de congestión pulmonar grave (insuficiencia cardiaca aguda):**
- a) Hay que administrar tratamiento diurético por la vía intravenosa; la dosis recomendada inicial sería de 20-40 mg, pero si el paciente estuviera en tratamiento con furosemida por la vía oral sería la misma o el doble de la dosis por la vía endovenosa.
 - b) Es conveniente hacer determinaciones para valorar la natriuresis a las 24 horas del inicio del tratamiento para titular la dosis del tratamiento.
 - c) Es conveniente hacer una determinación de la creatinina y de los electrolitos, al menos cada 24 horas.
 - d) Si no se alcanza la natriuresis deseada tras haber doblado la dosis inicial de furosemida, se puede utilizar una combinación de diuréticos.
19. **Señale la afirmación falsa sobre el tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda:**
- a) Hay que administrar oxigenoterapia si la saturación de oxígeno es inferior al 95 %.
 - b) Los diuréticos de asa están indicados para mejorar los síntomas congestivos.
 - c) La presión positiva continua en la vía respiratoria (CPAP) está indicada en los pacientes con distrés respiratorio (FR > 25 rpm y SatO₂ < 90 %).
 - d) Hay que utilizar la combinación de diuréticos (de asa y tiazidas, p. ej.) cuando los edemas sean refractarios o el paciente no responda al incremento de diuréticos de asa.



20. Señale la respuesta falsa sobre la cardiopatía amiloidótica:

- a) La prevalencia entre pacientes ancianos (mayores de 65 años) con cardiopatía hipertrófica no filiada, fracción de eyección preservada descompensada o estenosis aórtica grave con indicación de recambio valvular es superior al 5 %.
- b) El tratamiento de elección en los casos de cardiopatía amiloidótica por transtirretina es el tafamidis.
- c) Además del tratamiento estándar de la insuficiencia cardíaca con ARNI y betabloqueantes, pueden ser beneficiosos los antagonistas del calcio.
- d) Los estudios gammagráficos con tecnecio tienen más sensibilidad y especificidad que la resonancia cardíaca para la amiloidosis por transtirretina.

Preguntas de reserva

21. Señale la afirmación correcta respecto al caso de un paciente con insuficiencia cardíaca y disfunción sistólica grave en el que se evalúa la ferrocínética y se obtienen estos valores: hierro, 41 µg/dL; transferrina, 245 mg/dL; índice de saturación, 12,04 %, y ferritina, 108,95 ng/mL:

- a) Dado que el paciente no tiene anemia y la ferritina está por encima de 100 ng/mL, están indicados los suplementos de hierro por la vía oral, pero no está indicada la ferroterapia por la vía parenteral.
- b) El déficit de hierro puede estar presente en más del 50 % de los casos de pacientes con insuficiencia cardíaca crónica.
- c) Es conveniente administrar estimulantes de la eritropoyetina a los pacientes que tengan anemia, porque puede inducirles una mejora funcional relevante.
- d) La administración de suplementos de carboximaltosa férrica por la vía endovenosa a los pacientes con déficit de hierro e insuficiencia cardíaca sintomática independientemente de la fracción de eyección tiene una indicación IA para aliviar los síntomas y mejorar la capacidad de ejercicio y la calidad de vida.

22. Señale la afirmación falsa sobre la enfermedad renal crónica en la insuficiencia cardiaca:

- a) La enfermedad renal crónica está más frecuentemente asociada a la insuficiencia cardiaca.
- b) La enfermedad renal crónica es un factor determinante independiente de aumento de la morbilidad y la mortalidad de la insuficiencia cardiaca.
- c) Cuando se inicia un tratamiento para la insuficiencia cardiaca con ARNI o bloqueantes del SRAA, un empeoramiento leve de la función renal debería ser motivo para reducir la dosis, aunque no para retirar dichos fármacos.
- d) Los betabloqueantes pueden reducir la mortalidad en los pacientes de enfermedad renal crónica con tasa de filtración glomerular de hasta 30 mL/min.

23. Señale la afirmación correcta respecto al tratamiento de la hiperpotasemia en los casos de enfermedad renal crónica avanzada (estadio G4A3):

- a) Los SGLT-2 deben utilizarse con precaución, dado su efecto inhibitorio sobre la excreción renal del potasio.
- b) La hiperpotasemia aguda grave requiere el uso inmediato de quelantes de potasio, carbonato cálcico, bicarbonato, agonistas de receptores adrenérgicos β y/o insulina.
- c) El ciclosalicilato de zirconio actúa favoreciendo la excreción renal del potasio.
- d) El patirómero actúa favoreciendo la excreción renal del potasio.

24. La hiponatremia es una condición frecuente en los pacientes con insuficiencia cardiaca avanzada. Señale la afirmación falsa:

- a) Los casos graves y sintomáticos deben ser tratados con suero salino hipertónico para intentar elevar la natremia a un nivel que no aumente más de 20 mEq en 24 horas, dado el riesgo de coma.
- b) Es un indicador de activación neurohumoral y un factor de mal pronóstico.
- c) La hiponatremia grave puede provocar toxicidad neurológica por medio de la producción de edema cerebral.
- d) El tolvaptán actúa bloqueando los receptores V2 del túbulo renal distal y, por tanto, favoreciendo la eliminación de agua libre y mejorando la hiponatremia.



Supuesto 2

Un hombre de 30 años acude al servicio hospitalario de urgencias por fiebre de hasta 39 °C y cefalea desde hace seis días; además, le ha aparecido un *rash* generalizado no urticariforme en el tronco y las extremidades.

1. **¿Cuál de los datos siguientes que el paciente podría referir en la anamnesis sobre las actividades recientes es menos relevante para una rápida orientación diagnóstica?**
 - a) Senderismo en el estado de Colorado (Estados Unidos) hace diez días.
 - b) Inicio reciente de un trabajo en una fábrica de harinas.
 - c) Contacto cercano con animales silvestres, insectos o arañas.
 - d) Relación sexual en un fiesta de sexo químico (*chemsex*) hace dos semanas.
2. **En el servicio hospitalario de urgencias, ¿en cuál de las sospechas diagnósticas siguientes en el caso de un paciente con fiebre y lesiones cutáneas no es necesario instaurar inmediatamente medidas de aislamiento por gotas/aerosoles?**
 - a) Fiebre viral hemorrágica.
 - b) Meningococcemia.
 - c) Fiebre manchada de las Montañas Rocosas.
 - d) Sarampión.
3. **¿Cuál de los diagnósticos siguientes es menos probable en el caso clínico descrito?**
 - a) Primoinfección por el VIH.
 - b) Sífilis.
 - c) Fiebre Q.
 - d) Fiebre botonosa mediterránea.
4. **Si, además de la fiebre y el rash generalizado, observáramos lesiones purpúricas múltiples, sugestivas de trombosis vascular/hemorragias perivasculares, habría que pensar en los siguientes patógenos, excepto:**
 - a) *Capnocytophaga canimorsus*.
 - b) *Rickettsia* spp.
 - c) *Salmonella* spp.
 - d) *Neisseria meningitidis*.

5. Si las lesiones cutáneas, en lugar de ser de tipo *rash*, son nodulares, sólidas, diseminadas y que afectan a la dermis y al tejido celular subcutáneo, y el paciente está inmunodeprimido, ¿cuál de las opciones siguientes hay que excluir del diagnóstico diferencial?
- a) *Toxoplasma gondii*.
 - b) *Histoplasma capsulatum*.
 - c) *Fusarium*.
 - d) *Cryptococcus neoformans*.
6. Si el paciente refiere que ha estado recientemente de viaje en el África subsahariana y que, además, no ha llevado a cabo ningún tipo de profilaxis y se observa que el *rash* que presenta con la fiebre es maculopapular y afecta al tronco principalmente, ¿cuál de los diagnósticos siguientes hay que tomar en consideración?
- a) Fiebre tifoidea.
 - b) Malaria.
 - c) Dengue.
 - d) Las respuestas a) y c).
7. Señale la afirmación correcta sobre la fiebre tifoidea:
- a) Es importante el diagnóstico de sospecha, ya que el resultado de los hemocultivos puede ser negativo hasta en la mitad de los casos.
 - b) Está causada por *Salmonella enterica* y el reservorio son animales infectados.
 - c) El tratamiento antibiótico de elección son las quinolonas, dada la emergencia de cepas resistentes a las cefalosporinas.
 - d) No existe todavía una vacuna para prevenir la fiebre tifoidea.



8. Señale la afirmación falsa sobre la malaria:

- a) El tratamiento de la malaria provocada por *Plasmodium falciparum* en un viajero debe iniciarse de forma urgente; la morbimortalidad de esta infección es alta, incluso más que la de *Plasmodium ovale* o *vivax*.
- b) Los derivados de la artemisinina son más eficaces que la quinina para tratar la malaria provocada por *Plasmodium falciparum*.
- c) Diarrea, ictericia y *rash* cutáneo, anemia e hipoglucemia son los síntomas típicos de la malaria grave.
- d) Se ha descrito transmisión de la malaria en zonas no endémicas por medio de mosquitos *Anopheles* infectados por inmigrantes de zonas endémicas y también por mosquitos *Anopheles* infectados originarios de zonas endémicas.

9. ¿Cuál o cuáles de los signos o síntomas siguientes no suele/suelen aparecer asociados a la fiebre en el dengue clásico?

- a) Cefalea, mialgias.
- b) Poliadenopatías.
- c) Anorexia, náuseas o vómitos.
- d) *Rash* que no afecta a las palmas de las manos o las plantas de los pies.

10. El paciente del caso clínico descrito refiere que no tiene ningún antecedente médico ni ha hecho ningún viaje exótico. En cambio, tiene relaciones de sexo químico, hace nueve o diez días tuvo relaciones sexuales múltiples sin protección y estaba pendiente de entrar en el programa de profilaxis preexposición. En la exploración física destacan adenopatías laterocervicales, occipitales y axilares múltiples, de 1-2 cm de diámetro, sin alteraciones en la boca ni en los genitales. ¿Qué es lo siguiente que debe sospecharse y cómo hay que actuar?

- a) Sospechar una infección de transmisión sexual, prescribir azitromicina y ceftriaxona en dosis única antes de disponer de resultados microbiológicos, y hacer una punción aspiración con aguja fina (PAAF) de una de las adenopatías.
- b) Sospechar una infección de transmisión sexual y hacer una prueba serológica para detectar VIH, sífilis, hepatitis A, B y C y una radiografía del tórax para comprobar si hay adenopatías mediastínicas.
- c) Sospechar una infección de transmisión sexual, prescribir 2,4 MU de penicilina por la vía intramuscular en una dosis única antes de disponer de resultados microbiológicos y hacer una PAAF de una de las adenopatías.
- d) Las respuestas a) y b) son correctas.



11. **En la prueba serológica para la sífilis se obtiene un resultado positivo en la CLIA y un valor de 1/64 en la RPR. Anteriormente el paciente no se había hecho ninguna serología luética.**

¿Cuál es el diagnóstico y qué tratamiento está indicado?

- a) Sífilis primaria / 2,4 MU de penicilina G benzatina por la vía intramuscular en una dosis única.
- b) Sífilis secundaria / 2,4 MU de penicilina G en una dosis única.
- c) Sífilis latente de duración indeterminada / 2,4 MU de penicilina G por la vía intramuscular a la semana durante tres semanas.
- d) Sífilis secundaria / 2,4 MU de penicilina G por la vía intramuscular a la semana durante tres semanas.

12. **Señale la afirmación correcta sobre el seguimiento posterior al tratamiento de la sífilis:**

- a) Se recomienda hacer un nuevo control serológico a los seis y doce meses tras el tratamiento.
- b) Si los títulos persisten elevados RPR 1/64 seis meses después del tratamiento, se puede sospechar fracaso y valorar una punción lumbar para descartar neurosífilis aunque el paciente no tenga signos de afectación neurológica.
- c) Si los títulos persisten elevados RPR 1/64 seis meses después del tratamiento, se puede sospechar una reinfección y valorar el retratamiento.
- d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

13. **Se hace una prueba serológica para detectar el VIH y se obtiene un resultado positivo del antígeno p24, y también se hace una prueba de carga viral del VIH que da como resultado 850.000 copias/mL.**

En esta situación, señale la afirmación falsa:

- a) El cuadro clínico descrito puede estar en relación con una primoinfección por el VIH. Se recomienda iniciar lo antes posible el tratamiento antirretroviral sin esperar a tener los resultados de CD4 o del estudio de resistencias.
- b) Las pautas recomendadas preferentemente por el GeSIDA sobre la primoinfección deben incluir inhibidores de la proteasa.
- c) La primoinfección por el VIH es asintomática en la gran mayoría de los casos.
- d) En esta situación, no se recomienda iniciar un tratamiento que contenga rilpivirina.



14. Señale la afirmación falsa sobre los síntomas y los signos que puede causar la primoinfección por el VIH:
- a) Se han descrito fiebre, astenia, poliadenopatías, faringoamigdalitis y *rash*.
 - b) Meningitis aséptica o meningoencefalitis son formas graves de la primoinfección.
 - c) La neumonitis intersticial es un cuadro frecuente en la primoinfección por el VIH sintomática.
 - d) Pueden aparecer infecciones oportunistas durante la primoinfección.
15. Señale la afirmación correcta sobre el caso de una paciente asintomática a quien se ha hecho una prueba serológica para detectar el VIH que ha dado resultado positivo y por ello ha sido derivada a la consulta:
- a) Hay que recordar hacer un cribado serológico para *Trypanosoma cruzi* a toda persona que provenga del África subsahariana.
 - b) Si el resultado de una serología IgG para toxoplasma es negativo, el paciente debe evitar consumir carne, pescado y marisco crudo y tener contacto con excrementos de perro.
 - c) Si el valor de CD4 es inferior a 200, hay que recomendar profilaxis contra *Pneumocystis jirovecii*, que se puede interrumpir después de tres meses de carga viral indetectable si el valor de CD4 es superior a 100.
 - d) Si el paciente tiene un valor de CD4 inferior a 200, la pauta de vacunación antineumocócica secuencial VPC13 y VPC23 debe modificarse, adelantando la VPC23 cuatro semanas.
16. Señale la afirmación falsa sobre la infección tuberculosa latente en un paciente infectado por el VIH pero asintomático a quien se ha hecho una radiografía del tórax con resultado normal:
- a) El diagnóstico debe hacerse por medio de la prueba de la tuberculina (PT) o QuantiFERON®-TB (QFT).
 - b) Si el paciente tiene un valor de CD4 inferior a 200, es preferible hacer una QFT.
 - c) Si el resultado del test diagnóstico (PT o QFT) es negativo, se recomienda repetirlo anualmente, independientemente del riesgo de exposición.
 - d) Una de las pautas recomendadas de tratamiento es isoniazida durante 6-9 meses.

17. **¿Cuál de las respuestas siguientes no es una pauta de tratamiento antirretroviral de inicio preferente, pero sí alternativa, según las guías más recientes de GeSIDA y EACS?**
- a) Dolutegravir / lamivudina.
 - b) Darunavir / cobicistat / emtricitabina / tenofovir.
 - c) Raltegravir / tenofovir disoproxil fumarato / emtricitabina.
 - d) Las respuestas a) y b) son las correctas.
18. **Señale la afirmación falsa sobre el tratamiento antirretroviral:**
- a) El dolutegravir no puede utilizarse durante la gestación.
 - b) La rilpivirina no debe utilizarse si la carga viral del VIH es superior a 100.000 copias/mL.
 - c) Dolutegravir/3TC no debe utilizarse en pacientes que estén en el programa de profilaxis preexposición.
 - d) La doravirina no es activa para la infección por el VIH-2.
19. **¿Qué hay que recomendar a una persona infectada por el VIH que quiere tener relaciones sexuales sin protección con su pareja, a quien se le ha hecho una prueba serológica para el VIH con resultado negativo?**
- a) Hay que recomendarle no tener relaciones sin protección, dado el riesgo de contagiar el VIH y otras infecciones de transmisión sexual.
 - b) Puede tener relaciones sin protección solo si la pareja está realizando profilaxis preexposición.
 - c) Después de seis meses con carga viral indetectable bajo tratamiento antirretroviral, el riesgo de transmisión es suficientemente bajo para poder tener relaciones sin protección con una pareja estable.
 - d) Solo está justificado tener relaciones sin protección con finalidad reproductiva.
20. **Señale la afirmación falsa sobre el virus del papiloma humano en casos de pacientes coinfectados por el VIH:**
- a) Los genotipos 16, 18 y 31 se relacionan con neoplasias intraepiteliales.
 - b) La citología en un medio líquido es el método de cribado de elección para las lesiones intraepiteliales anales.
 - c) Los genotipos 6 y 11 se relacionan sobre todo con verrugas genitales.
 - d) La lesión escamosa intraepitelial (LSIL) de grado bajo es una precursora directa del cáncer anal.

Preguntas de reserva

- 21. Unos meses más tarde, en una revisión del caso clínico descrito hecha en la consulta se observan alteraciones en las pruebas de la función hepática, de modo que se le hace una prueba serológica para el virus de la hepatitis C, cuyo resultado es positivo pero que anteriormente había sido negativo.**

Señale la afirmación correcta:

- a) Dado que se trata de una infección aguda, hay que solicitar una prueba de carga viral y, si el resultado es positivo, iniciar un tratamiento de doce semanas de sofosbuvir velpatasvir o de ocho semanas de glecaprevir/pibrentasvir solo si pasados seis meses no se ha producido el aclaramiento espontáneo.
- b) Hay que solicitar una prueba de carga viral en la misma muestra de serología y, si es positiva, prescribir un tratamiento de doce semanas de sofosbuvir/velpatasvir o de ocho semanas de glecaprevir/pibrentasvir.
- c) Hay que solicitar una prueba de carga viral, de genotipo y una determinación no invasiva de fibrosis y, si se confirma la infección activa, excluir la cirrosis; si no es un genotipo 3, hay que prescribir un tratamiento de cuatro semanas de sofosbuvir/velpatasvir o de glecaprevir/pibrentasvir.
- d) Solo se puede asegurar que se trata de una infección adquirida recientemente si la determinación del RNA del virus de la hepatitis C es positiva con una serología negativa para el virus de la hepatitis C.

- 22. Señale la afirmación correcta sobre la hepatitis B en los casos de pacientes infectados por el VIH:**

- a) La vacunación contra el virus de la hepatitis B debe indicarse a todos los pacientes infectados por el VIH no inmunizados; la pauta ha de ser similar a la de los pacientes inmunocompetentes no infectados por el VIH.
- b) La emtricitabina o la lamivudina deben formar parte del tratamiento antirretroviral en los casos de pacientes con hepatitis B crónica; este fármaco puede combinarse o no con tenofovir o con tenofovir alafenamida.
- c) Hay que hacer un cribado de hepatocarcinoma únicamente en los casos de pacientes cirróticos.
- d) El riesgo de hepatocarcinoma es más alto en las personas de etnia negra o asiática que en las de etnia blanca, y se incrementa si concurre una infección por el virus delta, incluso en ausencia de cirrosis.

23. Señale la afirmación falsa sobre la sífilis:

- a) La sífilis primaria cursa habitualmente con un chancro genital asociado al *rash* maculopapular, que aparece alrededor de 21 días después de la exposición.
- b) La sífilis secundaria presenta afectación cutánea en más del 95 % de los casos.
- c) El *rash* luético suele iniciarse en el tronco y se extiende por las extremidades, y afecta a las palmas de las manos y a las plantas de los pies.
- d) La alopecia parcheada y la pérdida de las cejas son características de la sífilis secundaria.

24. Señale la afirmación falsa sobre la sífilis latente:

- a) Existen dos fases, latente precoz y latente tardía, dependiendo del tiempo que haya transcurrido desde la primoinfección.
- b) El tratamiento es diferente para la fase latente precoz y para la tardía.
- c) Se observa siempre reactividad de los test no treponémicos, pero los treponémicos pueden ser reactivos o no.
- d) Se observa siempre reactividad de los test treponémicos, pero los no treponémicos pueden ser reactivos o no.

Supuesto 3

Una mujer de 35 años ingresa para un estudio del síndrome febril. En la analítica se detectan proteinuria y elevación de reactantes de fase aguda.

La paciente refiere antecedentes de diagnóstico de lupus eritematoso sistémico (LES) hace dos años (lesiones cutáneas, artralgias, anticuerpos antinucleares [ANA] y anti-DNA positivos).

1. **En el tratamiento inicial, la paciente recibió dosis bajas de esteroides e hidroxycloroquina, con lo que se resolvió el cuadro articular.**

Señale la afirmación falsa sobre las manifestaciones articulares en el LES:

- a) El metotrexato y los antipalúdicos son los fármacos de elección en las manifestaciones articulares del LES.
- b) Si con dosis plenas y por la vía subcutánea de metotrexato no se obtiene una respuesta satisfactoria, se aconseja añadir o cambiar a otro fármaco modificador de la enfermedad (leflunomida, azatioprina, ciclosporina A o micofenolato).
- c) El patrón articular suele ser recurrente y evanescente.
- d) Las deformidades articulares son frecuentes.

2. **Respecto a las manifestaciones cutáneas de esta paciente en el diagnóstico, ¿cuál de las respuestas siguientes no es uno de los criterios de clasificación del LES según EULAR/ACR de 2019?**

- a) Úlceras orales.
- b) Alopecia no cicatricial.
- c) Lupus cutáneo agudo (eritema malar).
- d) Fenómeno de Raynaud.

3. **Señale la afirmación correcta sobre el LES:**

- a) El 55 % de los casos debutan antes de los 16 años.
- b) La proporción entre mujeres y hombres es de 2:1.
- c) Las mujeres en edad fértil tienen una prevalencia más alta de esta enfermedad.
- d) La incidencia poblacional más alta se da en la etnia caucásica.

4. **Tras el diagnóstico de LES, la paciente pide información relacionada con un posible deseo gestacional.**

Señale la afirmación falsa:

- a) El LES es una contraindicación absoluta para la gestación.
- b) La gestación puede desencadenar un brote de la enfermedad.
- c) En los casos de LES, la gestación tiene un riesgo más alto de aborto.
- d) La gestación contraindica el tratamiento con ciclofosfamida.

5. **Señale la afirmación falsa si esta paciente manifiesta deseo gestacional:**

- a) Tiene riesgo de desarrollar un brote de la enfermedad durante la gestación.
- b) Tiene incremento de riesgo de aborto espontáneo, hipertensión y preeclampsia.
- c) La situación ideal para la gestación es cuando se ha planeado y la enfermedad está en la fase de remisión con el tratamiento ajustado en una visita preconcepcional.
- d) En las pacientes con antecedentes de enfermedad renal, incluso en remisión o con síndrome antifosfolípido, está indicado el tratamiento anticoagulante durante toda la gestación.

6. **Señale la afirmación falsa en relación con la gestación:**

- a) Tomar rituximab durante el primer trimestre de la gestación no aumenta el riesgo de malformaciones fetales.
- b) Hay que interrumpir la administración de hidroxicloroquina durante la gestación porque aumenta el riesgo de prematuridad y de crecimiento intrauterino retardado.
- c) La presión arterial debe controlarse con labetalol, nifedipino o hidralazina.
- d) Los corticoides no suponen un problema de toxicidad fetal, porque son inactivados en más del 90 % por la placenta.

7. En el momento del diagnóstico, la paciente recibe un tratamiento con hidroxicloroquina y esteroides en dosis bajas, con el que se obtiene una buena respuesta clínico-analítica, y un tratamiento de mantenimiento con 200 mg de hidroxicloroquina cada 24 horas y de 2,5 mg prednisona en el desayuno.

Señale la afirmación falsa sobre el tratamiento del LES:

- a) Se recomienda mantener indefinidamente el tratamiento con antipalúdicos por sus efectos sobre la actividad, el daño, las trombosis, las infecciones y la supervivencia a largo plazo.
- b) Se recomienda la hidroxicloroquina como antipalúdico de elección, dado que proporciona más seguridad que la cloroquina.
- c) Se sugiere combinar el tratamiento antipalúdico con mepacrina e hidroxicloroquina en los casos de pacientes con actividad lúpica refractaria, sobre todo cutánea, porque puede producir efectos sinérgicos.
- d) Es necesario monitorizar a la paciente por medio de una analítica al cabo de un mes de haber iniciado el tratamiento con antipalúdicos para descartar la hepatotoxicidad.

8. **Señale la afirmación falsa respecto al seguimiento en la consulta externa:**

- a) En los casos de pacientes con LES activo, los intervalos de seguimiento deben estar ajustados a la situación clínica; por lo tanto, son variables.
- b) Hay que determinar periódicamente los niveles de 25-hidroxivitamina D en los pacientes con LES, sobre todo si tienen factores de riesgo de fracturas osteoporóticas.
- c) Se sugiere el uso regular de biomarcadores de actividad —como los niveles C3 y C4 y de anti-ADNdc— en los pacientes con LES, particularmente en las que padecen afectación renal.
- d) En los casos de pacientes con LES y actividad inmunológica persistente sin actividad clínica, se recomienda iniciar un tratamiento inmunosupresor para prevenir el daño orgánico.

9. Señale la afirmación falsa sobre la etiología y la patogénesis del LES:

- a) En el desarrollo del LES intervienen numerosas vías anatomopatológicas, y no se conocen con exactitud las bases patológicas ni los factores de riesgo asociados al desarrollo de esta enfermedad.
- b) Numerosas infecciones bacterianas se han implicado como desencadenantes de LES, y se han formulado hipótesis sobre la posibilidad de que una infección bacteriana crónica pueda favorecer que aparezca esta enfermedad.
- c) Los rayos ultravioletas y la exposición al sol provocan el aumento de la apoptosis celular y por ello son los desencadenantes del LES más conocidos.
- d) Entre las causas genéticas del LES, se sabe que son complejas y en la mayoría de los casos no siguen un patrón mendeliano.

10. En una analítica que se ha hecho a la paciente del caso clínico se han obtenido los resultados siguientes: creatinina, 1,4 mg/dL; proteinuria, 2,5 g/día con sedimento, que objetiva microhematuria intensa; valores de anti-DNA altos e hipocomplementemia de C3. ¿Cuál de las pruebas siguientes no debe plantearse para establecer el diagnóstico?

- a) Anticoagulante lúpico, anticardiolipina y anti- $\beta 2$ cofactor.
- b) Anticuerpos antinucleares (ANA).
- c) Perfil bioquímico con reactantes de fase aguda.
- d) Biopsia renal.

11. Señale la afirmación falsa una vez determinado el diagnóstico histopatológico de nefritis lúpica:

- a) Las alteraciones histológicas halladas en el momento del diagnóstico no se modifican y no se producirá un cambio de clase de forma espontánea o tras el tratamiento.
- b) Puede existir solapamiento entre las clases II, III, IV y V en cualquier momento de la evolución, lo cual puede implicar cambios en el tratamiento.
- c) Por medio de una biopsia se puede determinar el grado de actividad según el grado de hiper celularidad endocapilar, de cariorrexis, de necrosis fibrinoide, de depósitos hialinos, de semilunas y de inflamación intersticial.
- d) Por medio de una biopsia se puede calcular el índice de cronicidad según el grado de glomeruloesclerosis, de semilunas fibrosas, de atrofia tubular y de fibrosis intersticial.



- 12. En el caso de una nefritis de tipo IV, ¿qué terapia de inducción debe recomendarse inicialmente?**
- a) Hidroxicloroquina, corticoides por la vía oral y micofenolato.
 - b) Hidroxicloroquina, pulsos de metilprednisolona por la vía intravenosa y rituximab.
 - c) Hidroxicloroquina, pulsos de metilprednisolona por la vía intravenosa y belimumab.
 - d) Hidroxicloroquina, pulsos de metilprednisolona por la vía intravenosa y micofenolato de mofetilo / ácido micofenólico.
- 13. Señale la afirmación falsa sobre el tratamiento de la nefropatía lúpica proliferativa:**
- a) Se recomienda que todos los pacientes que tengan nefritis lúpica proliferativa sean tratados con inmunosupresores, además de corticoterapia.
 - b) La estrategia terapéutica recomendada debe incluir una fase de inducción de respuesta y una fase de mantenimiento de dicha respuesta con dosis más bajas de fármacos.
 - c) Los fármacos inmunosupresores de elección para la fase de inducción de un primer brote de nefritis lúpica son la ciclofosfamida en pulsoterapia o el micofenolato por la vía oral.
 - d) Se recomienda la azatioprina como tratamiento de inducción.
- 14. Si, tras iniciar la terapia de inducción con dos inmunosupresores, al cabo de dos o tres meses la paciente presenta síndrome nefrótico con proteinuria de 4 gramos diarios, ¿qué fármaco hay que añadir?**
- a) Ciclofosfamida.
 - b) Rituximab.
 - c) Azatioprina.
 - d) Tacrolimus.
- 15. ¿Qué clase o clases histológicas tienen más riesgo de progresar a enfermedad renal terminal?**
- a) Clase I.
 - b) Clase II.
 - c) Clases III (focal) y IV (difusa).
 - d) Clase V.

- 16. La paciente del caso clínico descrito presenta síndrome de Sjögren asociado. Señale la afirmación falsa sobre dicho síndrome:**
- a) Cerca del 95 % de las personas afectadas son mujeres.
 - b) Se ha considerado que algunos virus son capaces de iniciar el proceso etiopatogénico autoinmunitario (virus de Epstein-Barr, virus linfotrópico humano de tipo 1, virus de la hepatitis C).
 - c) La afectación de órganos internos más frecuente es la renal, y la acidosis tubular proximal es la afectación renal predominante.
 - d) La neuropatía periférica es poco frecuente.
- 17. Señale la afirmación correcta sobre el perfil inmunológico del síndrome de Sjögren:**
- a) El factor reumatoide está presente en menos del 5 % de los casos de síndrome de Sjögren y tiene más especificidad que los anticuerpos antinucleares (ANA).
 - b) Los anticuerpos anti-Ro se asocian a un inicio más precoz de la enfermedad y a un curso sistémico menos grave.
 - c) Las crioglobulinas se detectan en más del 50 % de los pacientes con síndrome de Sjögren primario.
 - d) Las crioglobulinas detectadas en el síndrome de Sjögren son mayoritariamente mixtas y son el marcador inmunológico asociado a un pronóstico peor de la enfermedad.
- 18. Señale la afirmación falsa sobre la evolución del síndrome de Sjögren:**
- a) Puede ser una enfermedad grave, aunque es poco habitual que acabe en una insuficiencia orgánica terminal.
 - b) La enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) y las glomerulonefritis son las afectaciones sistémicas asociadas a una evolución peor.
 - c) Las alteraciones inmunológicas relacionadas con las crioglobulinas son el principal marcador asociado a una evolución peor de la enfermedad.
 - d) Más del 90 % de las neoplasias malignas hematológicas que desarrollan los pacientes con síndrome de Sjögren son neoplasias malignas de células T maduras.



19. **¿Qué alteraciones analíticas son más sugestivas de síndrome de Sjögren?**
- a) Neutropenia y linfopenia leves, velocidad de sedimentación globular alta e hipergammaglobulinemia.
 - b) Trombocitopenia, proteína C reactiva alta e hipogammaglobulinemia.
 - c) Trombocitopenia, proteína C reactiva elevada e hipergammaglobulinemia.
 - d) Leucocitosis, velocidad de sedimentación globular alta e hipergammaglobulinemia.
20. **En el momento del diagnóstico, la paciente del caso clínico descrito estaba en tratamiento con hidroxiclороquina, mepacrina, metotrexato y prednisona. Si acudiera a una consulta preconcepcional, ¿qué modificaciones farmacológicas deberían hacerse antes de valorar la gestación?**
- a) Retirar el metotrexato.
 - b) Retirar la mepacrina.
 - c) Retirar el metotrexato y la mepacrina.
 - d) Mantener el tratamiento sin cambios.

Preguntas de reserva

21. **¿Qué fármaco puede mantenerse durante la lactancia en una paciente afecta de LES?**
- a) Mepacrina.
 - b) Azatioprina.
 - c) Metotrexato.
 - d) Micofenolato.

- 22. Se recomienda que todos los pacientes con nefritis lúpica proliferativa sean tratados con inmunosupresores, además de corticoterapia.**

Señale la afirmación falsa:

- a) La estrategia terapéutica recomendada debe incluir una fase de inducción de respuesta y una fase de mantenimiento de dicha respuesta con dosis más bajas de fármacos.
- b) Los fármacos inmunosupresores de elección para la fase de inducción de un primer brote de nefritis lúpica son la ciclofosfamida en pulsoterapia o el micofenolato por la vía oral.
- c) La dosis recomendada de micofenolato de mofetilo en inducción es de 0,5-1 g al día o el equivalente de micofenolato sódico.
- d) La dosis recomendada de ciclofosfamida por la vía intravenosa para la inducción es de 0,5 g cada dos semanas durante tres meses o bien 0,75-1 g/m² al mes durante seis meses.

- 23. Señale la afirmación falsa sobre la interrupción del tratamiento de mantenimiento de la nefropatía lúpica:**

- a) Se recomienda prolongar el tratamiento de mantenimiento durante 3-6 meses tras la fase de inducción.
- b) Se sugiere que en los casos en que se plantee retirar el tratamiento inmunosupresor de mantenimiento no se lleve a cabo antes de un periodo de quiescencia clínico-analítica inferior a doce meses.
- c) En los casos de pacientes con recidivas frecuentes sin causa justificable o con factores de riesgo para una recidiva renal se sugiere prolongar el tratamiento de mantenimiento al menos durante cinco años.
- d) Se sugiere que la interrupción del tratamiento inmunosupresor de mantenimiento sea lenta y progresiva.

- 24. Señale la afirmación correcta sobre el pronóstico de la nefritis lúpica:**

- a) Una reducción de la proteinuria de más del 50 % a los seis meses se asocia a una tasa de supervivencia renal más alta.
- b) Un nivel de proteinuria inferior a 0,7 g cada 24 horas a los doce meses es el mejor predictor de la probabilidad de enfermedad renal crónica terminal a largo plazo.
- c) No es importante el tiempo que haya transcurrido desde la instauración del tratamiento hasta que se obtiene una respuesta completa o parcial.
- d) Las respuestas a) y b) son correctas.

Supuesto 4

Una mujer de 55 años con antecedente de neoplasia de colon T3N0M0, tratada por medio de una hemicolectomía derecha y que recibió el alta hace dos semanas tras siete días ingresada tras la intervención quirúrgica, acude al servicio hospitalario de urgencias por disnea brusca y edema en la extremidad inferior derecha y se le diagnostica un tromboembolismo pulmonar bilateral y una trombosis venosa profunda (TVP) proximal derecha.

1. **¿Cuál de las respuestas siguientes no es uno de los factores de riesgo mayor para la enfermedad tromboembólica venosa (ETEV)?**
 - a) Fractura en un miembro inferior.
 - b) Inmovilización por sedestación (viaje largo en coche o en avión).
 - c) Hospitalización en los tres meses previos por insuficiencia cardíaca, fibrilación auricular o infarto agudo de miocardio.
 - d) ETEV previa.

2. **¿En cuál de las situaciones siguientes no están indicados un estudio de trombofilia congénita ni la determinación de anticuerpos antifosfolípidos en el caso de un paciente de más de 50 años con ETEV sin factores predisponentes?**
 - a) Paciente con trombosis de la vena central de la retina.
 - b) Paciente con ETEV recurrente.
 - c) Paciente con historia de necrosis cutánea inducida por la warfarina.
 - d) Paciente con trombosis venosa cerebral o mesentérica.

3. **Señale la afirmación correcta sobre la profilaxis primaria de la ETEV en pacientes oncológicos:**
 - a) Todos los pacientes oncológicos que van a ser intervenidos de cirugía mayor deben recibir tromboprofilaxis farmacológica, salvo que esté contraindicada.
 - b) Se recomienda la profilaxis extendida al alta en los casos de pacientes oncológicos sometidos a cirugía abdominal/pélvica no urológica.
 - c) La tromboprofilaxis mecánica se recomienda en los casos de pacientes oncológicos sin antecedentes de ETEV que van a ser intervenidos de cirugía mayor y tienen riesgo alto de hemorragia.
 - d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

4. **¿Cuál ha de ser el tratamiento de elección para la tromboprofilaxis primaria durante el período postoperatorio de la paciente del caso clínico descrito al principio de este supuesto?**
- a) Heparina de bajo peso molecular (HBPM) o fondaparinux en dosis profiláctica.
 - b) Ácido acetilsalicílico en dosis de 100 mg cada 24 horas por la vía oral.
 - c) Cualquier anticoagulante de acción directa en dosis de profilaxis.
 - d) Antagonista de la vitamina K con control de INR entre 1,5 y 2.
5. **Señale la afirmación correcta sobre la tromboprofilaxis primaria en los casos de cirugía abdominal/pélvica oncológica, como el caso clínico descrito:**
- a) Debe iniciarse la tromboprofilaxis primaria justo después de la intervención quirúrgica y mantenerse únicamente durante la estancia hospitalaria.
 - b) Debe iniciarse justo después de la intervención quirúrgica junto con movilización precoz.
 - c) Debe iniciarse entre dos y doce horas después de la intervención quirúrgica y mantenerse en los siete días posteriores.
 - d) En este caso debe mantenerse durante cuatro semanas tras el alta hospitalaria.
6. **Señale la afirmación correcta sobre el diagnóstico de la embolia de pulmón:**
- a) Es recomendable determinar la probabilidad de embolia de pulmón antes de hacer pruebas complementarias, por medio de las escalas de Wells o de Ginebra.
 - b) La determinación de la probabilidad pretest también se puede llevar a cabo a criterio clínico sin utilizar escalas.
 - c) Las respuestas a) y b) son correctas.
 - d) Todas las respuestas anteriores son falsas.

7. **Señale la afirmación falsa respecto al dímero-D en el diagnóstico de la ETEV:**
 - a) Los valores del dímero-D se elevan en la trombosis aguda a causa de la activación simultánea de la fibrinólisis y la cascada de la coagulación.
 - b) El valor predictivo positivo es alto, por lo que es útil para confirmar la embolia de pulmón o la TVP.
 - c) El uso de niveles de dímero-D ajustados por edad pueden mejorar su especificidad en personas mayores de 50 años.
 - d) En pacientes con probabilidad clínica alta de embolia de pulmón o de TVP puede obviarse la determinación del dímero-D.

8. **Señale la afirmación falsa respecto al diagnóstico y la estratificación de riesgo de la embolia pulmonar, según las últimas guías ESC para el diagnóstico y el tratamiento de la embolia pulmonar:**
 - a) La estratificación del riesgo inicial en los casos de pacientes con sospecha de embolia pulmonar o confirmación de esta está basada en la presencia de inestabilidad hemodinámica.
 - b) En ausencia de inestabilidad hemodinámica, los pacientes son clasificados como *riesgo intermedio* o *riesgo bajo* según parámetros clínicos, de imagen (principalmente en presencia de disfunción del ventrículo derecho) o de laboratorio y la presencia de comorbilidad.
 - c) Es necesario hacer una ecocardiografía para poder estratificar el riesgo de los pacientes.
 - d) La elevación de la troponina I se asocia a una tasa más alta de mortalidad, y el nivel bajo de péptido natriurético excluye un pronóstico clínico desfavorable.

9. **Señale la afirmación correcta sobre el tratamiento de la TVP en los primeros tres meses y en la población general:**
 - a) El tratamiento anticoagulante de elección son los anticoagulantes de acción directa (ACOD).
 - b) La trombólisis está indicada en los casos de pacientes seleccionados con trombosis del eje iliofemoral sintomática.
 - c) Los pacientes con TVP no requieren ingreso hospitalario si presentan estabilidad hemodinámica, riesgo bajo de hemorragia, ausencia de clínica sugerente de embolia pulmonar concomitante, ausencia de comorbilidad grave y si se puede asegurar el cumplimiento terapéutico en el domicilio.
 - d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

10. Señale la afirmación correcta sobre los ACOD en el tratamiento farmacológico de la ETEV:

- a) Comparando los antagonistas de la vitamina K con los ACOD en el tratamiento de la TVP, no se ha observado reducción de la tasa de mortalidad.
- b) El dabigatrán y el edoxabán son inhibidores de la trombina.
- c) El rivaroxabán es el ACOD de elección en los casos de pacientes con antecedentes de hemorragia digestiva o cáncer gastrointestinal.
- d) El apixabán y el edoxabán se inician directamente en el tratamiento en la fase aguda de la ETEV.

11. Volviendo al caso descrito al principio, en el quinto día de tratamiento con HBPM en dosis anticoagulantes la paciente desarrolla una trombopenia de 50.000 plaquetas.

Señale la afirmación correcta sobre la trombopenia inducida por la heparina:

- a) La determinación de anticuerpos anti-PF4 / heparina es el método analítico diagnóstico de elección.
- b) Las manifestaciones hemorrágicas son más frecuentes que las trombóticas.
- c) No está descrita cuando la HBPM se utiliza en dosis profilácticas.
- d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

12. Respecto al caso clínico descrito, con sospecha de trombopenia inducida por la heparina con 50.000 plaquetas y diagnóstico de EP y TVP, señale la afirmación correcta:

- a) No debe indicarse tratamiento anticoagulante dados la trombopenia y el riesgo de hemorragia, y debe indicarse colocar un filtro de vena cava inferior.
- b) Debe mantenerse la enoxaparina en dosis profilácticas.
- c) Hay que retirar la enoxaparina e iniciar un tratamiento anticoagulante con fondaparinux.
- d) Debe indicarse un tratamiento anticoagulante con antagonistas de la vitamina K.

- 13. Señale la afirmación falsa respecto a la TVP no séptica de los miembros superiores asociada a un catéter venoso central en la yugular/subclavia, un catéter central de inserción periférica o un acceso venoso central de larga duración (port-a-cath):**
 - a) Se recomienda retirar el dispositivo en el momento del diagnóstico, aunque sea funcional.
 - b) La duración mínima del tratamiento es de tres meses.
 - c) El tratamiento farmacológico de elección de inicio es la HBPM seguido de los antagonistas de la vitamina K.
 - d) No hay suficientes estudios para recomendar los ACOD como tratamiento en la fase aguda.

- 14. Señale la afirmación correcta sobre la duración del tratamiento de la ETEV en pacientes no oncológicos sin diagnóstico de trombofilia congénita, sin síndrome antifosfolípido y sin antecedentes de ETEV:**
 - a) La duración del tratamiento con factores de riesgo transitorios o reversibles depende de la naturaleza de estos, pero el mínimo es 45 días.
 - b) La duración del tratamiento es de 3-6 meses, o indefinido si el riesgo de hemorragia es bajo.
 - c) Las respuestas a) y b) son falsas.
 - d) Las respuestas a) y b) son correctas.

- 15. Señale la afirmación correcta respecto a las recurrencias de la ETEV en pacientes no oncológicos sin diagnóstico conocido de trombofilia congénita ni síndrome antifosfolípido:**
 - a) Tras interrumpir el tratamiento anticoagulante, los pacientes con ETEV sin factores ni situaciones de riesgo predisponentes tienen más probabilidades de recurrencia que los pacientes con factores de riesgo mayores o transitorios.
 - b) Los pacientes con antecedentes de embolia pulmonar habitualmente recurren como embolia pulmonar, y los pacientes con TVP recurren también habitualmente como TVP.
 - c) En los casos de pacientes con TVP con o sin factores de riesgo para síndrome posttrombótico se recomiendan las medias de compresión venosa elástica para prevenir recurrencias.
 - d) Las respuestas a) y b) son correctas.

- 16. Señale la afirmación correcta respecto al tratamiento anticoagulante indefinido en los casos de pacientes con enfermedad tromboembólica idiopática no oncológicos y sin diagnóstico conocido de trombofilia congénita ni síndrome antifosfolípido, ni antecedentes de ETEV:**
- a) Tras los seis primeros meses de tratamiento con apixabán y rivaroxabán, se aconseja reducir la dosis a la mitad porque tiene la misma eficacia y seguridad que la dosis completa.
 - b) En el tratamiento con antagonistas de la vitamina K, el INR ha de mantenerse entre 2 y 3.
 - c) En los casos de pacientes en que se decide interrumpir el tratamiento anticoagulante y que no tienen factores de riesgo para ETEV, siendo esta idiopática, se ha demostrado que el ácido acetilsalicílico disminuye las recurrencias.
 - d) Todas las respuestas anteriores son correctas.
- 17. En relación con el caso descrito al principio, señale la afirmación correcta respecto al tratamiento anticoagulante de la ETEV en pacientes con cáncer:**
- a) Para el tratamiento de los primeros 3-6 meses (excluyendo la fase aguda) o indefinido, los inhibidores del factor Xa son el tratamiento de elección, en lugar de la HBPM.
 - b) No se objetivan diferencias significativas en cuanto a hemorragia mayor comparando el apixabán con la HBPM en los casos de pacientes con neoplasia gastrointestinal.
 - c) El dabigatrán tiene una tasa de recurrencia similar a la de la HBPM en los casos de pacientes oncológicos.
 - d) Las respuestas a) y b) son correctas.
- 18. Señale la afirmación correcta sobre el seguimiento a largo plazo de la ETEV:**
- a) Debe hacerse seguimiento hasta que se complete el tratamiento anticoagulante.
 - b) Hay que evaluar periódicamente el balance riesgo-beneficio del tratamiento anticoagulante y el riesgo de hemorragia.
 - c) En los casos de pacientes de más de 55 años debe llevarse a cabo una búsqueda de neoplasia oculta de manera exhaustiva, aunque estén asintomáticos.
 - d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

19. Señale la afirmación correcta sobre la hipertensión pulmonar (HTP) tras una embolia pulmonar:

- a) La disnea está presente en aproximadamente el 50 % de los casos desde los tres meses hasta los tres años desde la embolia pulmonar.
- b) Hay que determinar el NT-proBNP y hacer una ecocardiografía dirigida a detectar HTP.
- c) La prueba de imagen que debe hacerse en primer lugar para detectar HTP en los pacientes con sospecha de ETEV crónica es la angiotomografía computarizada torácica (angioTAC).
- d) Las respuestas a) y b) son correctas.

20. Señale la afirmación correcta sobre la ETEV pulmonar crónica acompañada o no de HTP:

- a) La angiotomografía computarizada pulmonar (angioTAC) con reconstrucción biplanar, aunque el resultado sea negativo, no excluye la ETEV crónica.
- b) Los pacientes con signos de HTP en la angiotomografía computarizada (angioTAC), en la fase aguda de la embolia pulmonar, desarrollan ETEV pulmonar crónica en más del 40 % de los casos.
- c) Se objetiva una incidencia más alta de ETEV pulmonar crónica en los pacientes tratados los primeros tres meses con antagonistas de la vitamina K respecto a la HBPM.
- d) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.

Preguntas de reserva

21. Señale la afirmación correcta sobre el riesgo hemorrágico durante el tratamiento anticoagulante de la ETEV:

- a) La escala HAS-BLED no ha sido validada para determinar el riesgo hemorrágico en pacientes con ETEV; por lo tanto, tiene una utilidad limitada.
- b) El riesgo de hemorragia es más alto durante los tres primeros meses del tratamiento anticoagulante.
- c) Son factores de riesgo de hemorragia la anemia, la insuficiencia renal, la edad superior a 65 años, el cáncer y la trombopenia.
- d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

- 22. Señale la afirmación correcta respecto a los pacientes con trombosis venosa superficial de una extremidad inferior con riesgo de progresión a TVP o a embolia pulmonar:**
- a) Hay que administrarles un tratamiento anticoagulante durante un mínimo de 45 días o tres meses, dependiendo del tipo de trombosis.
 - b) No hay que administrarles un tratamiento anticoagulante: se ha demostrado que el seguimiento es igual de eficaz que el tratamiento anticoagulante.
 - c) Hay que administrarles antiinflamatorios durante una semana y hacerles un seguimiento ecográfico.
 - d) Hay que administrarles HBPM en dosis profiláctica y ácido acetilsalicílico durante 45 días o tres meses, dependiendo del tipo de trombosis.
- 23. ¿Qué se recomienda en los casos de embolia de pulmón incidental asintomática?**
- a) Hacer un seguimiento evolutivo por medio de una angiotomografía computarizada de control una semana después del diagnóstico.
 - b) No es necesario hacer ningún tipo de seguimiento ni administrar tratamiento alguno.
 - c) Se recomienda preferiblemente un tratamiento con HBPM en lugar de otros anticoagulantes, porque en los diferentes estudios publicados se ha demostrado que tiene un mejor perfil de seguridad.
 - d) Hay que administrar el mismo tratamiento que en los casos de embolia pulmonar sintomática.
- 24. ¿Qué se recomienda en los casos de TVP proximal de una extremidad inferior y contraindicación de tratamiento anticoagulante?**
- a) Únicamente vigilancia.
 - b) Colocar un filtro de vena cava y retirarlo cuando sea posible.
 - c) Colocar un filtro de vena cava y mantenerlo indefinidamente.
 - d) Tratamiento con HBPM en dosis profilácticas.

Supuesto 5

Un paciente de 55 años con antecedente de cardiopatía isquémica que requirió revascularización coronaria hace veinte meses es remitido a la consulta por disnea de mes y medio de evolución.

1. **El paciente refiere que dejó de fumar desde que padeció el síndrome coronario, enolismo social leve, hipertensión arterial leve diagnosticada entonces y dislipemia leve, y refiere que no cumple el tratamiento ni la dieta; solamente cumple el tratamiento antiagregante. No se ha hecho ningún control analítico desde entonces.**

Señale la afirmación falsa:

- a) La causa de la falta de cumplimiento terapéutico es probablemente multifactorial.
- b) Tiene un riesgo altísimo de que se repita un evento cardiovascular.
- c) Requiere empoderamiento de la enfermedad que padece, una entrevista motivacional y que se adecuen a sus circunstancias las recomendaciones higiénico-dietéticas y de tratamiento.
- d) Hay que hacerle el test de Morisky-Green.

2. **Exploración física del paciente del caso descrito: obesidad abdominal; peso, 98 kg; talla, 168 cm; perímetro, 112 cm; IMC, 34,7; presión arterial media en la consulta, 150/95 mmHg; frecuencia cardiaca, 65 lpm.**

Señale la afirmación falsa:

- a) Padece hipertensión sistodiastólica de grado I.
- b) Presenta obesidad de grado II.
- c) Probablemente tiene resistencia insulínica.
- d) Hay que descartar la diabetes *mellitus*.

3. **En la anamnesis, el paciente refiere que no tiene dolor torácico ni palpitaciones y no tiene clínica de infección respiratoria. Es recomendable inicialmente hacer determinadas pruebas complementarias. ¿Cuál de las siguientes no es necesaria?**

- a) Ecocardiografía.
- b) Radiografía del tórax.
- c) Analítica con hemograma, bioquímica con perfil hepático, renal, férrico, troponina y NT-proBNP.
- d) Determinación de marcadores tumorales.

4. **En el caso clínico descrito, el resultado de la auscultación cardiaca es normal, el paciente no tiene soplos vasculares pero sí pulso pedio derecho más débil. ¿Cuál es la actitud correcta?**
- a) Solicitar la determinación del índice tobillo-brazo para descartar la enfermedad arterial periférica.
 - b) Remitirlo a la consulta de cirugía vascular para que se le haga una arteriografía de las extremidades inferiores.
 - c) Si no se puede solicitar la determinación del índice tobillo-brazo, la resonancia magnética es una buena opción.
 - d) Hacerle el test de la marcha o de los 6 minutos.

5. **En el electrocardiograma (sin dolor) se aprecia un ritmo sinusal de 65 lpm, Q inferior y un índice de Sokolow-Lyon de 38 mm.**

Señale la afirmación falsa:

- a) Indica probable miocardiopatía hipertrófica.
- b) El criterio de Sokolow-Lyon para la hipertrofia ventricular izquierda es superior a 35 mm.
- c) Es recomendable hacer un estudio Holter de 24 horas para el cribado de la fibrilación auricular.
- d) No es necesario hacer un estudio Holter de 24 horas, pues el paciente no ha tenido palpitaciones.

6. **En la auscultación pulmonar se observan crepitantes bibasales finos, en la radiografía del tórax solo se aprecia una congestión vascular mínima y en una espirometría se objetiva obstrucción leve del flujo aéreo.**

Señale la opción más correcta:

- a) El paso siguiente es solicitar una ecocardiografía para valorar la función del ventrículo izquierdo, posibles valvulopatías y la presión pulmonar.
- b) Hay que prescribir un inhalador LAMA y un corticoide y controlar el caso a los dos meses.
- c) La disnea es debida a la obesidad; no se requieren más exploraciones complementarias.
- d) Dado el antecedente de tabaquismo, hay que descartar neoplasia pulmonar y solicitar una PET-TC.

7. En el caso clínico descrito, estos son los valores obtenidos en una analítica: hemograma, normal; glucosa, 180 mg/dL; urea, 30 mg/dL; creatinina, 1,2 mg/dL; filtrado glomerular, 54 mL/min; GOT, 48 UI/L; GPT, 56 UI/L; GGT, 101 UI/L; PCR, 2 mg/dL; troponina, inferior a 10 ng/mL; NT-proBNP, 1.000 pmol/L; TSH, normal; HBA_{1c}, 7,5 %; sedimento de orina, normal; cociente albúmina-creatinina, 105 mg/dL.

Según las guías KDIGO, ¿cuál es el grado de insuficiencia renal?

- a) Enfermedad renal crónica en el estadio 3a A1.
- b) Enfermedad renal crónica en el estadio 3b A2.
- c) Enfermedad renal crónica en el estadio 4.
- d) Enfermedad renal crónica en el estadio 3a A2.

8. **Señale la afirmación correcta sobre la alteración hepática:**

- a) Es de origen farmacológico.
- b) Hay que solicitar una ecografía abdominal y serologías para detectar virus hepatótrofos.
- c) Puede orientar al diagnóstico de síndrome metabólico con esteatosis hepática.
- d) Las respuestas b) y c) son correctas.

9. **Además, al paciente del caso clínico descrito se le diagnostica diabetes mellitus de tipo 2. Basándose en esta información, señale la afirmación falsa:**

- a) Debe repetirse la determinación de la HBA_{1c}.
- b) Hay que indicar dieta y ejercicio físico regular para perder peso e iniciar un tratamiento con metformina y un ISGLT2.
- c) Dada la obesidad del paciente y el síndrome coronario agudo previo, hay que indicar un agonista del receptor de GLP-1.
- d) Es esperable un descenso transitorio del filtrado glomerular de hasta un 20 % gracias a la acción del ISGLT2.

10. En la analítica, el perfil lipídico presenta estos valores: colesterol total, 310 mg/dL; LDL, 250 mg/dL; HDL, 39 mg/dL; TG, 190 mg/dL.

Señale la afirmación correcta:

- a) Se trata de una hipercolesterolemia grave, que, dado el valor del colesterol LDL superior a 190 mg/dL, hace sospechar una hipercolesterolemia familiar.
- b) Es necesario hacer una anamnesis exhaustiva sobre los familiares del paciente.
- c) Si el paciente no tiene xantomas tendinosos, no hay que sospechar una dislipemia familiar.
- d) Las respuestas a) y b) son correctas.

11. En la anamnesis de antecedentes familiares, el paciente refiere que su padre falleció de un infarto de miocardio a los 40 años, que tiene tres hermanos con hipertrigliceridemia e hipertensión arterial y que, además, dos de ellos tienen diabetes *mellitus* de tipo 2. Por otro lado, el paciente tiene dos hijos, de 18 y 21 años, sin ninguna enfermedad, que se sepa.

Señale la afirmación correcta:

- a) Tiene carga familiar de evento cardiovascular precoz, lo cual es exclusivo de una hipercolesterolemia familiar heterocigota.
- b) La hipertrigliceridemia de sus hermanos puede orientar al diagnóstico de hiperlipidemia familiar combinada o poligénica.
- c) El síndrome metabólico es más sugestivo de hiperlipidemia familiar combinada o poligénica.
- d) Las respuestas b) y c) son correctas.

12. Señale la afirmación falsa sobre la hiperlipidemia familiar combinada o poligénica:

- a) Es más prevalente que la hipercolesterolemia familiar heterocigota.
- b) A menudo, el colesterol LDL no supera los 300 mg/dL.
- c) Son muy característicos los xantomas.
- d) Su frecuencia se sitúa en torno al 1-2 % de la población general.

- 13. El valor de Lp(a) del paciente del caso clínico descrito es de 90 mg/dL. Señale la afirmación correcta:**
- a) Las personas con concentración alta de colesterol LDL y de Lp(a) son las que tienen un riesgo cardiovascular más alto.
 - b) La determinación de la Lp(a) está indicada en los casos de hipercolesterolemia con agregación familiar.
 - c) La elevación de la Lp(a) se asocia a una prevalencia más alta de estenosis aórtica que en la población general.
 - d) Todas las respuestas anteriores son correctas.
- 14. ¿Cuál es el riesgo cardiovascular del paciente del caso clínico descrito?**
- a) Riesgo alto, porque tiene múltiples factores de riesgo cardiovascular: diabetes, hipertensión arterial, obesidad e hiperlipidemia familiar.
 - b) No hace falta calcular el riesgo cardiovascular por medio de SCORE2, pues es prevención secundaria y pasa directamente a categoría de «riesgo cardiovascular muy alto».
 - c) Riesgo moderado, entre el 5 % y el 10 %.
 - d) Riesgo bajo.
- 15. ¿Qué tratamiento hipolipemiante hay que pautar inicialmente a este paciente?**
- a) Estatinas de alta intensidad.
 - b) Estatinas de alta intensidad y ezetimiba.
 - c) Inhibidores de la PCSK9.
 - d) Fenofibrato.
- 16. ¿Cuál de las estatinas siguientes se metaboliza por el citocromo P450?**
- a) Pravastatina.
 - b) Simvastatina.
 - c) Rosuvastatina.
 - d) Pitavastatina.

17. Si tras el tratamiento hipolipemiente pautado, al cabo de cuatro semanas en la analítica de control el valor del colesterol LDL es de 150 mg/dL, ¿cuál es la afirmación correcta?

- a) Se ha obtenido una muy buena respuesta al tratamiento; es necesario que el paciente lo mantenga, junto con medidas higiénico-dietéticas.
- b) Hay que dar más tiempo a esta pauta de tratamiento para ver hasta dónde consigue reducir el colesterol LDL.
- c) Aún no se ha alcanzado el objetivo de colesterol LDL (< 55 mg/dL y 50 % de descenso del valor basal), por lo que debe pautarse un inhibidor de la PCSK9.
- d) Todas las respuestas anteriores son falsas.

18. ¿Cómo hay que actuar si el paciente refiere mialgias?

- a) Si el valor de CK es normal, la causalidad es incierta y por ello hay que indagar otras causas.
- b) Si el valor de CK es superior a cuatro veces el límite superior de la normalidad, hay que interrumpir el tratamiento con estatinas entre cuatro y seis semanas y posteriormente revalorar el caso.
- c) Si al interrumpir la estatina persisten los síntomas, se puede reintroducir.
- d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

19. Con el estudio Holter de 24 horas no se han detectado episodios de fibrilación auricular. Por otro lado, en el ecocardiograma se observa una fracción de eyección del 39 %, hipocinesia inferior, hipertrofia septal, sin valvulopatías y sin cambios respecto al ecocardiograma previo.

¿Cuál de las acciones siguientes no es adecuada, llegado a este punto?

- a) Iniciar un tratamiento con sacubitril-valsartán titulando las dosis, más un betabloqueante en dosis bajas y un antialdosterónico, pues ya lleva un ISGLT2 junto con la metformina.
- b) Solicitar un cateterismo.
- c) Hacer seguimiento estricto de las constantes y del peso.
- d) Hacer una ecocardiografía de control a los 3-6 meses de haber instaurado el tratamiento.

- 20. En cuanto a la hipertensión arterial, se aconsejan medidas higiénico-dietéticas y se pauta un tratamiento. Señale la opción más correcta:**
- a) Hay que empezar con monoterapia, dado que se trata de hipertensión arterial de grado I.
 - b) Hay que solicitar una monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) para valorar la presión arterial nocturna y/o el efecto de bata blanca.
 - c) Es posible que con el tratamiento de la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida ya se controle la presión arterial.
 - d) Las respuestas b) y c) son correctas.

Preguntas de reserva

- 21. Señale la afirmación falsa sobre el cálculo del riesgo cardiovascular por medio de la tabla SCORE2:**
- a) Con dicha tabla se calcula el riesgo de enfermedad cardiovascular mortal y no mortal.
 - b) En la tabla SCORE2 se tienen en cuenta la edad, el sexo, el colesterol no HDL, la presión arterial y el tabaquismo.
 - c) La Organización Mundial de la Salud considera España como región con riesgo cardiovascular alto según la tasa de mortalidad cardiovascular.
 - d) Con la tabla SCORE2-OP se calcula el riesgo cardiovascular de las personas aparentemente sanas que tienen más de 70 años.
- 22. Señale la afirmación falsa sobre los iPCSK9:**
- a) Los efectos secundarios son leves y mayoritariamente locales en la zona de punción.
 - b) Se ha demostrado que reducen los eventos cardiovasculares.
 - c) Su indicación actual es la hipercolesterolemia familiar y/o los pacientes en prevención secundaria que no alcanzan las cifras objetivo pese a la dosis máxima tolerada de estatinas o que sean intolerantes a estas.
 - d) Están contraindicados en los casos de filtrado glomerular inferior a 60 mL/min.

23. ¿En cuál de los casos siguientes el objetivo de colesterol LDL es inferior a 70 mg/dL, según las guías ESC/EAS?

- a) Hombre de 60 años que ha sufrido un ictus isquémico.
- b) Paciente con hipercolesterolemia familiar y tabaquismo.
- c) Hombre de 60 años con diabetes *mellitus* de tipo 2 y obesidad de grado I.
- d) Hombre de 58 años con un *bypass* femoropoplíteo.

24. Al paciente del caso clínico descrito se le hace una MAPA sin tratamiento para estudiar la hipertensión arterial.

Señale la afirmación correcta:

- a) Si la presión arterial media de 24 horas es de 148/94 mmHg, se confirma la hipertensión arterial.
- b) El paciente es *dipper* positivo, por lo que le confiere peor pronóstico.
- c) Al inicio y al final de la colocación del monitor para la MAPA, las cifras de la presión arterial son más altas; por lo tanto, se trata de hipertensión arterial de bata blanca y por ello no se requiere tratamiento.
- d) Por definición, los valores normales de la presión arterial son más altos en la MAPA que cuando se toman en la consulta.

Supuesto 6

Una mujer de 45 años que padece obesidad, diabetes e hipertensión acude a la consulta por un lesión inflamatoria dolorosa en la planta de un pie.

1. Señale la afirmación falsa sobre los siguientes patógenos relacionados con las infecciones del pie diabético:

- a) *Streptococcus agalactiae* y *Streptococcus pyogenes* son microorganismos frecuentes en las infecciones monomicrobianas.
- b) Si un paciente ha recibido tratamiento antibiótico previamente, hay que incluir en el tratamiento empírico un antibiótico con espectro para gramnegativos.
- c) El aislamiento de microorganismos anaerobios es muy habitual en las infecciones crónicas del pie diabético.
- d) El enterococo suele ser un agente poco frecuente en las infecciones monomicrobianas.

2. Señale la afirmación falsa:

- a) La enfermedad arterial periférica es el factor de riesgo más frecuente de úlceras del pie diabético y condiciona la probabilidad de curación y el riesgo de amputación.
- b) Casi la mitad de los pacientes con úlceras del pie diabético pueden tener enfermedad arterial periférica asociada.
- c) Un índice tobillo-brazo inferior a 0,9 indica enfermedad arterial periférica, cuya repercusión hemodinámica es proporcional al descenso de dicho índice.
- d) Los procedimientos de revascularización abiertos y cerrados tienen una eficacia similar.

3. Señale la afirmación falsa de acuerdo con la clasificación de IDSA sobre la gravedad de las infecciones del pie diabético:

- a) Una úlcera con inflamación de 1,5 cm limitada al tejido celular subcutáneo y sin signos de toxicidad sistémica es una infección leve.
- b) Una infección que afecta a tejidos profundos y hueso y sin toxicidad sistémica o inestabilidad hemodinámica es una infección grave.
- c) Una infección limitada al tejido celular subcutáneo y que provoca fiebre y taquicardia no es una infección leve.
- d) Un paciente con fiebre y acidosis metabólica tiene una infección grave aunque los signos inflamatorios locales parezcan escasos.

4. **Señale la afirmación falsa respecto a la semiología y la exploración del riesgo de neuropatía y de enfermedad arterial periférica en un paciente con un posible pie diabético:**
 - a) Un índice tobillo-brazo superior a 0,9 descarta con seguridad la enfermedad arterial periférica.
 - b) Es necesario hacer el test del monofilamento para valorar la percepción de la presión.
 - c) Hay que explorar la percepción de la vibración con un diapasón.
 - d) Es habitual encontrar abolición del reflejo aquileo en los pacientes con pie diabético.

5. **Señale la respuesta correcta sobre las infecciones del pie diabético:**
 - a) Las infecciones por *Pseudomonas aeruginosa* son más frecuentes en los países desarrollados económicamente a causa del abuso y el mal uso de los antibióticos.
 - b) La mayoría de las infecciones crónicas del pie diabético son monomicrobianas.
 - c) Las infecciones por SAMR (*Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina) tienen un pronóstico similar a las infecciones por SAMS (*Staphylococcus aureus* sensible a la meticilina) si se usa el antibiótico adecuado.
 - d) Las heridas con inflamación local extensa, necrosis y drenaje maloliente se asocian en la mayoría de los casos a infecciones monomicrobianas por bacteroides o *Clostridium*.

6. **¿Cuál de estos antibióticos elegiría en último lugar como tratamiento oral prolongado en un paciente con osteomielitis del pie diabético?**
 - a) Cotrimoxazol.
 - b) Ciprofloxacino.
 - c) Cloxacilina.
 - d) Rifampicina.

7. **En el caso de una infección leve de una úlcera de un pie diabético de un paciente que ha estado ingresado durante dos semanas a causa de una neumonía bacteriana grave, ¿cuál de estos antibióticos es más apropiado para iniciar un tratamiento empírico en monoterapia?**
 - a) Metronidazol.
 - b) Ertapenem.
 - c) Cloxacilina.
 - d) Linezolid.

8. **Señale la afirmación correcta sobre las pruebas radiológicas que se pueden solicitar en un caso de sospecha de osteomielitis del pie diabético:**
 - a) Aunque la resonancia magnética es la técnica radiológica más utilizada, tiene poca sensibilidad para diagnosticar osteomielitis.
 - b) La gammagrafía con leucocitos marcados permite distinguir claramente una osteomielitis de una infección de tejidos blandos.
 - c) La gammagrafía ósea es una técnica sensible para el diagnóstico de la osteomielitis, pero no tiene suficiente especificidad.
 - d) La PET/TC tiene menos especificidad que cada una de las técnicas por separado.

9. **Señale la afirmación correcta sobre el diagnóstico de las infecciones del pie diabético:**
 - a) Un valor alto de proteína C reactiva en el caso de un paciente con una úlcera en el pie determina que está infectada.
 - b) El diagnóstico de las infecciones es clínico y debe hacerse al menos con un signo local de inflamación.
 - c) Si no se observan signos locales de infección en la herida, no se aconseja iniciar un tratamiento antibiótico aun en presencia de un cultivo positivo.
 - d) Hay que solicitar una radiografía simple del pie para descartar con seguridad una osteomielitis en todos los casos de úlcera del pie diabético.

10. Señale la afirmación correcta sobre la neuroartropatía de Charcot:

- a) Es consecuencia de la neuropatía periférica autonómica y sensitiva de los pacientes con pie diabético.
- b) Es consecuencia de la enfermedad arterial periférica que tienen los pacientes con pie diabético.
- c) La administración de bifosfonatos es una parte esencial en el tratamiento de la artropatía de Charcot.
- d) El tratamiento consiste en ejercicio y rehabilitación programados, para evitar que progrese la osteoporosis y el hundimiento de los huesos del pie.

11. ¿Cuáles son los principales factores de riesgo en la patogenia de las úlceras neuropáticas del pie diabético?

- a) La enfermedad arterial periférica, las deformidades y los traumatismos locales.
- b) La neuropatía, la deformidad del pie y la microangiopatía.
- c) La neuropatía, la aterosclerosis y la microangiopatía.
- d) La neuropatía, la deformidad y los traumatismos locales.

12. Señale la afirmación correcta:

- a) Se puede considerar el tratamiento de la herida del pie diabético con presión negativa en heridas postquirúrgicas.
- b) La eficacia y la coste-efectividad de la oxigenoterapia hiperbárica están bien establecidas.
- c) La terapia con presión negativa es eficaz y coste-efectiva en el tratamiento de la mayoría de las úlceras del pie diabético.
- d) La oxigenoterapia hiperbárica está indicada especialmente en los casos de osteomielitis.

13. ¿Cuál de los siguientes iDPP4 presentó un resultado desfavorable en el estudio de seguridad cardiovascular porque se advirtió un incremento de los ingresos por descompensación a causa de insuficiencia cardíaca?

- a) Saxagliptina.
- b) Linagliptina.
- c) Alogliptina.
- d) Sitagliptina.

14. **En relación con los iSGLT2, ¿cuál tiene más capacidad de bloqueo del receptor SGLT1?**
 - a) Dapagliflozina.
 - b) Canagliflozina.
 - c) Empagliflozina.
 - d) Todos tienen la misma capacidad de bloqueo.

15. **¿Cuál de las respuestas siguientes no es una de las consideraciones de hipoglucemia según la FDA y la EMA?**
 - a) Se considera nivel 1 de hipoglucemia un valor de la glucosa plasmática inferior a 3,9 mmol/L (70 mg/dL) y sin síntomas.
 - b) El nivel 1 de hipoglucemia también se denomina «alerta de hipoglucemia».
 - c) Se considera nivel 3 de hipoglucemia (o hipoglucemia grave) un valor de la glucosa plasmática inferior a 2,22 mmol/L (40 mg/dL).
 - d) Se considera nivel 3 de hipoglucemia (o hipoglucemia grave) la que provoca un deterioro de la función cognitiva suficientemente importante como para necesitar ayuda para recuperarse.

16. **En la actualización de 2022 para el tratamiento de la diabetes *mellitus*, el Grupo de Diabetes, Obesidad y Nutrición de la Sociedad Española de Medicina Interna propuso que el tratamiento de los pacientes de riesgo cardiovascular alto tras el diagnóstico de diabetes *mellitus* de tipo 2 ya tratados con metformina y con terapia nutricional médica continúe con...**
 - a) ...insulina basal (glargina o degludec).
 - b) ...sulfonilureas.
 - c) ...agonistas del receptor GLP-1 y/o iSGLT2.
 - d) ...pioglitazona.

17. **¿Cuál de las siguientes familias de fármacos antidiabéticos tiene un efecto neutro sobre el peso?**
 - a) Agonistas del receptor GLP-1.
 - b) Sulfonilureas.
 - c) Pioglitazonas.
 - d) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.

18. **¿Cuál de los siguientes mecanismos de acción no forma parte de los efectos de los iSGLT2?**
- a) Uricosuria y de disminución de la inflamación.
 - b) Natridiuresis.
 - c) Aumento de los cuerpos cetónicos y del ATP.
 - d) Provocan fibrosis a nivel renal y deterioran los podocitos.
19. **Señale la afirmación falsa sobre los agonistas del receptor GLP-1, específicamente la dulaglutida, la albiglutida y la semaglutida:**
- a) Aportan beneficio clínico, hipoglucemiante y de reducción del riesgo cardiovascular en los pacientes con sobrepeso aunque no estén financiados por el Sistema Nacional de Salud si el IMC no sea superior a 30.
 - b) La semaglutida determina de promedio una pérdida ponderal entre 4,5 y 6,5 kg a expensas de la adiposidad visceral.
 - c) El tratamiento con dulaglutida no requiere habitualmente titulación progresiva; en cambio, en el tratamiento con semaglutida sí debe hacerse la titulación, tanto en las formulaciones de administración subcutánea como en las de administración oral.
 - d) La semaglutida por la vía oral se administra semanalmente.
20. **¿Cuál de los antidiabéticos siguientes genera una pérdida ponderal más significativa?**
- a) Dulaglutida.
 - b) Semaglutida.
 - c) Liraglutida.
 - d) Tirzetapida.

Preguntas de reserva

21. **¿Cuál de los siguientes agentes antidiabéticos ha demostrado capacidad de reducir la esteatosis hepática?**
- a) Alogliptina.
 - b) Sulfonilureas.
 - c) Metformina.
 - d) Pioglitazona.

- 22. En el caso de una paciente con buen control del perfil glucémico, ¿con qué frecuencia se recomienda hacer la determinación de la HbA_{1c}?**
- a) Cuatro meses.
 - b) Un año.
 - c) Seis meses.
 - d) Todas las respuestas anteriores son incorrectas.
- 23. Señale la afirmación falsa sobre las sulfonilureas:**
- a) Son agentes secretagogos.
 - b) Pueden promover hipoglucemias persistentes, prolongadas.
 - c) Promueven la degranulación de gránulos de insulina tras la entrada de calcio intracitoplasmático.
 - d) Se han hecho macroestudios sobre la seguridad cardiovascular de las sulfonilureas.
- 24. Señale la respuesta correcta sobre la valoración de otras comorbilidades asociadas a la diabetes *mellitus* de tipo 2:**
- a) Genera un aumento de la incidencia del cáncer de pulmón.
 - b) Se asocia a un riesgo más alto de padecer gliomas.
 - c) Se asocia a enfermedad periodontal más grave y más prevalente.
 - d) Se asocia a un mayor riesgo de Linfoma MALT.

Supuesto 7

Un hombre de 75 años con enfermedad de Parkinson de quince años de evolución, sin deterioro cognitivo, acude a la consulta por pérdida de la conciencia en su casa.

1. ¿Cuál de las siguientes causas de pérdida de la conciencia es más frecuente en la enfermedad de Parkinson?

- a) Crisis comicial.
- b) Síncope por hipotensión ortostática neurogénica.
- c) Bloqueo auriculoventricular completo.
- d) Síndrome de Wolf-Parkinson-White.

2. Señale la afirmación falsa sobre la hipotensión ortostática:

- a) Es más frecuente después de las comidas.
- b) Para confirmar el diagnóstico se requiere demostrar una disminución superior a 20 mmHg en la presión arterial sistólica y superior a 10 mmHg en la presión arterial diastólica al pasar a bipedestación coincidiendo con la aparición de síntomas.
- c) La ausencia de síntomas en la hipotensión ortostática implica un riesgo más alto de sufrir caídas.
- d) La astenia y el dolor cervical y occipital son síntomas frecuentes.

3. La familia del paciente del caso clínico descrito refiere que la orina es más oscura y de peor olor los días previos, pero el paciente no refiere clínica miccional.

Señale la afirmación correcta:

- a) Hay que hacer una prueba de tira de orina, porque las infecciones urinarias son una causa frecuente de caídas en los ancianos.
- b) Hay que hacer una prueba de tira de orina o un análisis de orina por motivo de los cambios en las características de la orina (color y olor).
- c) La presencia o la ausencia de síntomas urinarios es clave en el diagnóstico de la infección urinaria, independientemente de que el paciente tenga leucocituria o bacteriuria.
- d) Si se detecta bacteriuria en el análisis, debe iniciarse un tratamiento antibiótico.

4. **En el caso clínico descrito, durante la anamnesis por aparatos surgen varios hallazgos positivos. ¿Cuál de los siguientes no está relacionado con la enfermedad de Parkinson?**
 - a) Disnea.
 - b) Alucinaciones visuales.
 - c) Pérdida de olfato.
 - d) Liquen plano.

5. **En el examen físico del paciente se detecta una úlcera sacra de grado III que no presenta signos de sobreinfección. Al revisar su historial microbiológico se detecta un cultivo positivo en el frotis de la úlcera para *E. coli* productor de BLEE que se tomó hace una semana.**
¿Cuál es la actitud adecuada?
 - a) Iniciar antibioterapia con ertapenem por la vía endovenosa.
 - b) Iniciar un tratamiento por la vía tópica con pomada de colistina.
 - c) Hacer un nuevo cultivo de la herida por medio de una punción a través de piel sana.
 - d) No se requiere ninguna actuación adicional.

6. **Durante la anamnesis, el paciente refiere pérdida de 10 kg de peso en los últimos meses y que se encuentra más cansado. ¿Cuál de las exploraciones siguientes puede aportar más información en este momento?**
 - a) Marcadores tumorales.
 - b) Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y MNA (*Mini Nutritional Assessment*).
 - c) Estudio endoscópico con colonoscopia y gastroscopia.
 - d) Índice de Lawton y Brody.

7. **¿Cuál de los fármacos siguientes hay que administrar a este paciente para aumentarle el apetito?**
 - a) Acetato de megestrol.
 - b) Complejo vitamínico.
 - c) Ciproheptadina.
 - d) Ninguno de los anteriores.



8. **El paciente del caso clínico descrito está polimedicado para tratar varias enfermedades crónicas, además de la enfermedad de Parkinson. Al plantearse desprescribir algunos fármacos surgen dudas en cuanto a los criterios STOPP. ¿Cuál de las respuestas siguientes no es realmente un criterio STOPP?**
- a) Diuréticos de asa para edemas maleolares sin otros signos de insuficiencia cardiaca, dada la falta de evidencia sobre su eficacia.
 - b) Administración conjunta de metformina y sitagliptina, dado el riesgo de hipoglucemia.
 - c) Antidepresivos tricíclicos con prostatismo o antecedentes de retención de orina, dado el riesgo de retención aguda de orina.
 - d) Antagonistas del calcio con estreñimiento crónico, puede agravar el estreñimiento.
9. **En el examen físico se detecta un soplo sistólico en el foco aórtico V/VI irradiado a las carótidas, que en el ecocardiograma resulta ser una estenosis aórtica grave, por lo que en la consulta de cardiología se indica el recambio valvular aórtico. ¿Cuál de las exploraciones siguientes ayuda a detectar mejor la futilidad de este procedimiento?**
- a) Tomografía computarizada para determinar la geometría del anillo aórtico y el acceso periférico.
 - b) Escala de fragilidad de Fried.
 - c) Escala de Gijón.
 - d) DEXA, para detectar sarcopenia.
10. **¿Cuál de las opciones siguientes no es útil para calcular el índice PROFUND en este paciente?**
- a) Demencia.
 - b) Índice de Barthel inferior a 60.
 - c) Hemoglobina inferior a 10 g/dL.
 - d) Enfermedad vascular cerebral.
11. **Este paciente está institucionalizado en una residencia. ¿Cuál de las vacunas siguientes no está indicada?**
- a) Difteria, tétanos (Td).
 - b) Neumococo.
 - c) Varicela (Varilrix®).
 - d) Gripe anual.

12. **Revisando la medicación que toma este paciente se descubre que varios fármacos tienen actividad anticolinérgica (Dormidina®, Buscapina®, paroxetina y umeclidinio). Señale la afirmación correcta sobre dichos fármacos:**
 - a) Todos tienen potencia anticolinérgica alta.
 - b) Se asocian únicamente a visión borrosa y boca seca.
 - c) La asociación puede agravar o causar deterioro cognitivo.
 - d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

13. **Señale la afirmación falsa sobre el inicio de los cuidados paliativos en los pacientes con enfermedad de Parkinson:**
 - a) Los cuidados paliativos deben integrarse temprano en la trayectoria de la enfermedad.
 - b) Deben iniciarse cuando se estime que el pronóstico de vida es inferior a seis meses.
 - c) Pueden ofrecerse de manera episódica a lo largo de la progresión de la enfermedad.
 - d) Es aconsejable un seguimiento continuo para determinar la necesidad de servicios comunitarios y médicos.

14. **Una vez valorada la situación del paciente como subsidiaria de recibir atención paliativa, ¿cuál de las afirmaciones siguientes no es uno de los objetivos de la atención de cuidados paliativos?**
 - a) El núcleo de tratamiento es el paciente y su familia.
 - b) Pretenden acelerar la muerte cuando hay sufrimiento refractario.
 - c) Pretenden mejorar la calidad de vida del paciente.
 - d) El objetivo es apoyar a la familia en el proceso de duelo.

15. **El paciente presenta dolor neuropático lancinante de probable origen radicular (secundario a distonía), que afecta a la extremidad inferior izquierda y aumenta con la movilización y en la cama. En este tipo de dolor, ¿cuál de los fármacos siguientes no tiene la recomendación de tratamiento de primera línea?**
 - a) Duloxetina.
 - b) Amitriptilina.
 - c) Gabapentina.
 - d) Tramadol.

16. **En un caso de dolor nociceptivo que no responde a los analgésicos de primer y segundo escalón, se plantea iniciar un tratamiento con opioides, sabiendo que el paciente tiene una enfermedad renal crónica en el estadio 3b. ¿Cuál de los opioides siguientes es el menos indicado?**
 - a) Metadona.
 - b) Morfina.
 - c) Buprenorfina.
 - d) Fentanilo.

17. **¿Cuál de los siguientes opioides fuertes no tiene efecto techo?**
 - e) Fentanilo.
 - a) Tapentadol.
 - b) Buprenorfina.
 - c) Oxycodona/naloxona.

18. **En una situación de progresión grave de la enfermedad, deterioro cognitivo y situación de final de vida, ¿cuándo hay que plantearse proponer una sedación paliativa?**
 - a) Solo si el paciente presenta signos de sufrimiento.
 - b) Si la familia tiene percepción de sufrimiento, dolor y malestar (*discomfort*).
 - c) Si el sufrimiento y el síntoma o síntomas son refractarios a las medidas terapéuticas específicas en un tiempo razonables.
 - d) En este caso, solo si lo indica el documento de voluntades anticipadas del paciente.

19. **A pesar de tener el dolor basal controlado con un opioide fuerte por la vía transdérmica (fentanilo), el paciente expresa dolor muy intenso durante la higiene y la movilización de las mañanas. ¿Cuál de las siguientes pautas de tratamiento es la menos aconsejable para tratar este dolor incidental?**
 - a) Administrarle un opioide de rescate por la vía oral antes de la higiene.
 - b) Administrarle un opioide de rescate por la vía sublingual antes de la higiene.
 - c) Administrarle un opioide de rescate por la vía subcutánea después de la higiene.
 - d) Administrarle un opioide por la vía intranasal durante la higiene.

- 20. La psicosis es una complicación frecuente observada en la enfermedad de Parkinson, que se caracteriza principalmente por alucinaciones visuales y delirios. Una vez descartados causas subyacentes y factores contribuyentes (infección, delirio, demencia y efectos adversos de los fármacos, incluidos los que se utilizan para tratar la enfermedad de Parkinson), ¿cuál de las siguientes opciones terapéuticas no es correcta?**
- a) Reducir o retirar los fármacos psicoactivos, si es posible.
 - b) Retirar o reducir la dosis de los fármacos antiparkinsonianos distintos a la levodopa, en orden inverso a su potencia y eficacia.
 - c) Retirar la levodopa y mantener los otros fármacos antiparkinsonianos.
 - d) La levodopa es el último que debe reducirse o retirarse.

Preguntas de reserva

- 21. En el caso de un paciente con enfermedad de Parkinson y síntomas psicóticos, ¿cuál de los antipsicóticos siguientes es el más adecuado?**
- a) Haloperidol.
 - b) Risperidona.
 - c) Quetiapina.
 - d) Levomepromazina.
- 22. El paciente inicia una disfagia grave, que impide la alimentación suficiente y ha generado dos episodios de bronconeumonía por aspiración. Actualmente el paciente hace vida de cama-sillón, totalmente dependiente y con soporte de atención paliativa domiciliaria, dada la situación avanzada. Es competente para tomar decisiones. ¿Cuál es la propuesta más adecuada desde el punto de vista ético?**
- a) Hay que respetar la voluntad del paciente de rechazar la sonda de gastrostomía si así consta en un documento de voluntades anticipadas y el paciente la reafirma.
 - b) Si lo pide la familia del paciente, no hay que informarle y deben tomarse las decisiones solamente con aquella.
 - c) En esta situación clínica, es desproporcionado instaurar una sonda de gastrostomía para alimentación y no hay que ponerla aunque el paciente lo pida.
 - d) Hay que proponer al paciente instaurar una sonda de gastrostomía como única alternativa.

- 23. En una situación de intoxicación grave por opioides fuertes, ¿cuál de los opioides siguientes puede tener una respuesta débil al tratamiento con naloxona?**
- a) Morfina.
 - b) Buprenorfina.
 - c) Oxycodona.
 - d) Fentanilo.
- 24. Uno de los criterios siguientes no es indicación para incluir a un paciente en un programa de cuidados paliativos. Señálelo:**
- a) Deterioro grave nutricional: ingesta insuficiente de líquidos/calorías y deshidratación, o índice de masa corporal inferior a 18, o pérdida de peso del 10 % durante seis meses y rechazo de métodos de alimentación artificial.
 - b) Complicaciones graves en el último año: neumonía por aspiración recurrente, caídas con fracturas, pielonefritis, sepsis, fiebre recurrente o úlceras por presión en el estadio 3 o 4.
 - c) Déficit significativo en la capacidad de autocuidado e imposibilidad de la familia de cuidar adecuadamente del paciente y de asegurar el cumplimiento terapéutico.
 - d) Disfunción motora rápida (marcha y equilibrio) o progresión de la enfermedad no motora (demencia grave, disfagia, disfunción de la vejiga) y discapacidad (vida en la cama o en una silla, habla ininteligible, necesidad de dieta en puré y/o asistencia importante necesaria para las actividades de la vida diaria).