

Examen del concurs oposició per optar a places de la categoria facultatiu/facultativa especialista d'àrea de medicina interna del Servei de Salut de les Illes Balears

Observacions:

- Aquest examen consta de **set (7) qüestionaris en un sol quadern** corresponents a set temes o casos clínics diferents d'aquesta especialitat.
- Cada qüestionari està identificat i ressaltat amb un número i la matèria de què tracta o bé directament la descripció del cas, i seguidament hi ha **24 preguntes** de tipus test, numerades de l'1 al 24.
- **Heu de respondre les 24 preguntes de tres (3) dels set temes o casos.** Les quatre darreres preguntes (núm. 21-24) de cada tema són de reserva per si alguna de les altres (1-20) resulta impugnada.
- Per a cada pregunta només hi ha una resposta correcta d'entre les quatre possibles.
- Cada resposta correcta es valora amb 1 punt, de manera que la valoració total de l'examen és de 60 punts (20 preguntes × 3 temes). És necessari respondre les preguntes de reserva, encara que en principi només es puntuaran les preguntes 1-20. Cada resposta errònia es penalitza amb una quarta part del valor d'una de correcta. Les respostes en blanc i les que contenguin més d'una alternativa marcada no es valoren.
- Les pàgines del quadern estan numerades; comprovau-ne el contingut fins a la darrera pàgina. Si detectau alguna anomalia en la impressió, demanau que us el canviïn.
- **Heu de senyalar les respostes en el full òptic que us han entregat. Llegiu molt atentament les instruccions que hi figuren.**
- El temps per completar la prova és de **120 minuts, inclòs el temps per senyalar les respostes en el full òptic.**
- Podeu utilitzar el quadern com a esborrany. Una vegada acabada la prova, us el podeu endur.

Advertiments:

- No podeu llegir cap dels qüestionaris fins que no us ho indiquin.
- No faceu en el full òptic cap tipus de marca ni signatura que pugui desvirtuar els principis d'igualtat, mèrit i capacitat.
- Únicament podeu emprar bolígraf negre o blau.
- No és permès emprar calculadora.
- Durant la prova no podeu dur damunt ni tenir a la taula cap aparell electrònic, ni tan sols apagat.
- Abans del començament de la prova, algun membre del tribunal o algun dels seus col·laboradors haurà explicat les instruccions que heu de seguir. Si no heu entès alguna d'aquestes instruccions, demanau-li que us l'aclareixi.
- El fet de concórrer a aquesta prova suposa acceptar aquestes instruccions, sense detriment del dret a interposar-hi una reclamació o un recurs.
- Incomplir qualsevol d'aquests advertiments pot suposar l'exclusió de la prova.





Supòsit 1

Pacient amb hipertensió arterial, fibril·lació auricular, insuficiència cardíaca i malaltia renal crònica.

1. **Tenint en compte la Guia ESC/ESH sobre el diagnòstic i tractament de la hipertensió arterial, ¿quina de les següents característiques clíniques no es pot considerar com un dany orgànic intervingut per hipertensió?**
 - a) Índex turmell-braç inferior a 0,9.
 - b) Malaltia renal crònica amb taxa de filtració glomerular inferior a 30 mL/min.
 - c) Fibril·lació auricular.
 - d) Pressió de pols superior a 60 mmHg.

2. **Segons la Guia ESC/ESH sobre el diagnòstic i tractament de la hipertensió arterial, en el cas d'un pacient amb hipertensió arterial controlada, insuficiència cardíaca deguda a disfunció ventricular sistòlica moderada, fibril·lació auricular permanent, malaltia renal crònica amb una taxa de filtració glomerular de 26 mL/min, ¿cal determinar l'estratificació del risc cardiovascular segons les taules de l'escala SCORE?**
 - a) Sí, i hi correspondria una classificació de risc intermedi.
 - b) No és necessari perquè es tracta d'un pacient amb risc cardiovascular alt, atesa la taxa de filtració glomerular inferior a 30 mL/min.
 - c) No és necessari perquè es tracta d'un pacient amb risc cardiovascular molt alt, atesa la taxa de filtració glomerular inferior a 30 mL/min.
 - d) Correspon a un risc cardiovascular molt alt perquè pateix una miocardiopatia dilatada.



3. Senyalau l'afirmació falsa sobre la metodologia per mesurar correctament la pressió arterial a la consulta:

- a) Cal fer tres preses de la pressió arterial espaiades 1-2 minuts.
- b) En el cas descrit en la pregunta 2 cal utilitzar una determinació per mitjà d'un mètode auscultatori en lloc d'automàtic.
- c) Cal utilitzar les fases I i V del mètode de Korotkof per establir les mesures de la pressió arterial sistòlica (PAS) i de la pressió arterial diastòlica (PAD), respectivament.
- d) Sempre cal determinar la pressió arterial a tots dos braços.

4. La hipertensió arterial es pot definir basant-se en distints mètodes que estableixen diferents límits de pressió arterial.

Senyalau l'afirmació falsa:

- a) Si es fa la presa triple a la consulta externa, els límits de la hipertensió arterial són iguals o superiors a 140/90.
- b) Si es fa un monitoratge ambulatori de 24 hores, els límits globals són iguals o superiors a 130/85.
- c) Si es fa un monitoratge ambulatori de 24 hores, els límits diürns són iguals o superiors a 135/85.
- d) Si es fa un automesurament al domicili, els límits són iguals o superiors a 135/85.

5. Quin és l'objectiu de pressió arterial que cal plantejar-se en el cas d'un pacient de més de 80 anys amb malaltia renal crònica, sempre que el toleri clínicament?

- 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. Senyalau l'afirmació correcta sobre el cas descrit en la pregunta 2:

- a) Atès que pateix malaltia renal crònica, els blocadors del sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) hi estan contraindicats relativament perquè empitjoren la funció renal.
- b) Cal emprar, sempre que sigui possible, fàrmacs blocadors de l'SRAA perquè poden ser beneficiosos per reduir l'albuminúria.
- c) Sempre que ho permetin el nivell de funció renal i la kalèmia, es pot utilitzar una combinació de dosis baixes de dos blocadors de l'SRAA, atesos els beneficis sinèrgics que aporta.
- d) És possible una deterioració inicial lleu de la funció renal en iniciar un tractament antihipertensiu en pacients amb malaltia renal crònica, cosa que obligaria a interrompre el tractament immediatament.

7. Senyalau l'afirmació falsa sobre l'anticoagulació profilàctica per evitar el risc tromboembòlic en pacients amb fibril·lació auricular:

- a) L'estratificació de CHA₂DS₂-VASC de 1 per a les dones i de 0 per als homes no és indicació per iniciar un tractament d'anticoagulació oral.
- b) L'estratificació de CHA₂DS₂-VASC de 2 o més per als homes i de 3 o més per a les dones és una indicació absoluta per iniciar un tractament d'anticoagulació oral.
- c) Un risc en l'HAS-BLED Score igual o superior a 2 contraindica el tractament d'anticoagulació oral.
- d) Si s'utilitzen anticoagulants dicumarínics, cal fixar un objectiu d'INR entre 2 i 3.

8. Respecte de CHA₂DS₂-VASC, senyalau la correspondència errònia entre el factor de risc i la puntuació:

- a) Insuficiència cardíaca → 1 punt.
- b) Edat superior o igual a 75 anys → 1 punt.
- c) Hipertensió arterial → 1 punt.
- d) Antecedent d'ictus → 2 punts.

9. **Respecte de l'HAS- BLED Score, senyalau el factor de risc que no està inclòs en la puntuació:**
 - a) Ictus previ (isquèmic o hemorràgic).
 - b) Edat superior a 65 anys.
 - c) *Diabetis mellitus*.
 - d) INR làbil en pacients en tractament amb dicumarínics (TTR < 60 %).

10. **Quina de les respostes següents no és una de les contraindicacions absolutes per al tractament d'anticoagulació oral en els casos de pacients amb fibril·lació auricular, segons la darrera guia europea?**
 - a) Hemorràgia seriosa activa.
 - b) Trombopènia greu (inferior a 50.000).
 - c) Hipertensió arterial (PAS > 140 mmHg).
 - d) Hemorràgia intracranial recent.

11. **Quin dels fàrmacs següents no es pot utilitzar per establir un control adequat de la freqüència cardíaca en el cas d'un pacient amb insuficiència cardíaca amb cardiopatia estructural, FEVE reduïda i fibril·lació auricular?**
 - a) Bisoprolol.
 - b) Amiodarona.
 - c) Digoxina.
 - d) Dilliazem.

12. **Senyalau l'afirmació falsa sobre el possible plantejament d'una estratègia de control del ritme en el cas d'un pacient amb fibril·lació auricular:**
 - a) L'estratègia de control del ritme està indicada sobre l'estratègia de control de la freqüència en cas que el pacient presenti símptomes relacionats amb la fibril·lació auricular (evidència I-A).
 - b) La cardioversió farmacològica està indicada només en els casos de pacients hemodinàmicament estables després d'haver avaluat el risc embòlic.
 - c) L'amiodarona està indicada per controlar el ritme en els casos de cardiopatia estructural.
 - d) La flecaïnida és el fàrmac d'elecció per controlar el ritme en els casos de cardiopatia isquèmica.

- 13. Quina de les respostes següents no és una opció adequada respecte de l'ús d'anticoagulació oral en el cas d'un pacient de 82 anys amb fibril·lació auricular permanent i malaltia renal crònica amb taxa de filtració glomerular de 24 mL/min?**
- a) Acenocumarol amb objectiu d'INR entre 2 i 3.
 - b) 20 mg de rivaroxaban cada 24 hores.
 - c) 110 mg de dabigatran cada 12 hores.
 - d) 30 mg d'edoxaban cada 24 hores.
- 14. Senyalau l'afirmació falsa sobre el diagnòstic i el pronòstic de la insuficiència cardíaca:**
- a) La classificació NYHA és una classificació funcional basada en símptomes i en l'activitat física.
 - b) Hi ha fins a quatre nivells, des del I (asimptomàtic) fins al IV (simptomàtic en repòs).
 - c) La diabetis *mellitus*, l'obesitat i la malaltia renal crònica són factors de risc per a l'hospitalització per insuficiència cardíaca.
 - d) Els pèptids natriurètics (BNP o NT-proBNP) poden substituir l'ecocardiografia en el procediment diagnòstic de la insuficiència cardíaca.
- 15. Quina de les respostes següents no és un dels símptomes típics de la insuficiència cardíaca?**
- a) Ortopnea.
 - b) Dispnea paroxística nocturna.
 - c) Elevació de pèptids natriurètics.
 - d) Edemes malleolars.

16. El pacient del cas descrit en la pregunta 2 presenta un NT-proBNP al servei d'urgències de 26.865 pg/mL, la qual cosa, en el context, dona suport al diagnòstic d'insuficiència cardíaca crònica. No obstant això, hi ha altres causes d'elevació d'aquest pèptid. Quina de les respostes següents no és una d'aquestes causes?
- a) Malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC).
 - b) Anèmia.
 - c) Malaltia renal crònica.
 - d) Diabetis *mellitus*.
17. Quin dels fàrmacs següents no té evidència de classe I per millorar el pronòstic de supervivència en el tractament de la insuficiència cardíaca amb FEVE reduïda?
- a) Enalapril.
 - b) Sacubitril/valsartan.
 - c) Empagliflozina.
 - d) Furosemida.
18. Senyalau l'afirmació correcta sobre el tractament diürètic en una situació d'insuficiència cardíaca descompensada amb símptomes de congestió pulmonar greu (insuficiència cardíaca aguda):
- a) Cal administrar tractament diürètic per la via intravenosa; la dosi recomanada inicial seria de 20-40 mg, però si el pacient estigués en tractament amb furosemida per la via oral seria la mateixa o el doble de la dosi per via endovenosa.
 - b) Convé fer determinacions per valorar la natriuresi al cap de 24 hores de l'inici del tractament per titular la dosi del tractament.
 - c) Convé fer una determinació de la creatinina i dels electròlits, almenys cada 24 hores.
 - d) Si no s'assoleix la natriuresi volguda després d'haver doblat la dosi inicial de furosemida, es pot utilitzar una combinació de diürètic.
19. Senyalau l'afirmació falsa sobre el tractament de la insuficiència cardíaca aguda:
- a) Cal administrar oxigenoteràpia si la saturació d'oxigen és inferior al 95 %.
 - b) Els diürètics d'ansa estan indicats per millorar els símptomes congestius.
 - c) La pressió positiva contínua en la via respiratòria (CPAP) està indicada en els pacients amb destret respiratori (FR > 25 rpm i SatO₂ < 90 %).
 - d) Cal utilitzar la combinació de diürètics (d'ansa i tiazides, p. ex.) quan els edemes siguin refractaris o el pacient no respongui a l'increment de diürètics d'ansa.

20. Senyalau la resposta falsa sobre la cardiopatia amiloïdòtica:

- a) La prevalença entre pacients ancians (de més de 65 anys) amb cardiopatia hipertròfica no filiada, fracció d'ejecció preservada descompensada o estenosi aòrtica greu amb indicació de recanvi valvular és superior al 5 %.
- b) El tractament d'elecció en els casos de cardiopatia amiloïdòtica per transtiretina és el tafamidís.
- c) A més del tractament estàndard de la insuficiència cardíaca amb ARNI i betablocadors, poden ser beneficiosos els antagonistes del calci.
- d) Els estudis gammagràfics amb tecneci tenen més sensibilitat i especificitat que la ressonància cardíaca per a l'amiloïdosi per transtiretina.

Preguntes de reserva

21. Senyalau l'afirmació correcta respecte del cas d'un pacient amb insuficiència cardíaca i disfunció sistòlica greu en el qual s'avalua la ferrocinètica i s'obtenen aquests valors: ferro, 41 µg/dL; transferrina, 245 mg/dL; índex de saturació, 12,04 %, i ferritina, 108,95 ng/mL:

- a) Atès que el pacient no té anèmia i la ferritina està per damunt de 100 ng/mL, hi estan indicats els suplementes de ferro per la via oral, però no hi està indicada la ferroteràpia per la via parenteral.
- b) El dèficit de ferro pot estar present en més del 50 % dels casos de pacients amb insuficiència cardíaca crònica.
- c) Convé administrar estimulants de l'eritropoetina als pacients que tenguin anèmia, perquè pot induir-los una millora funcional rellevant.
- d) L'administració de suplementes de carboximaltosa fèrrica per la via endovenosa als pacients amb dèficit de ferro i insuficiència cardíaca simptomàtica independentment de la fracció d'ejecció té una indicació IA per alleujar els símptomes i millorar la capacitat d'exercici i la qualitat de vida.

22. Senyalau l'afirmació falsa sobre la malaltia renal crònica en la insuficiència cardíaca:

- a) La malaltia renal crònica està més freqüentment associada a la insuficiència cardíaca.
- b) La malaltia renal crònica és un factor determinant independent d'augment de la morbiditat i la mortalitat de la insuficiència cardíaca.
- c) Quan s'inicia un tractament per a la insuficiència cardíaca amb ARNI o blocadors de l'SRAA, un empitjorament lleu de la funció renal hauria de ser motiu per reduir-ne la dosi, però no per retirar aquests fàrmacs.
- d) Els betablocadors poden reduir la mortalitat en els pacients de malaltia renal crònica amb taxa de filtració glomerular de fins a 30 mL/min.

23. Senyalau l'afirmació correcta sobre el tractament de la hiperpotassèmia en els casos de malaltia renal crònica avançada (estadi G4A3):

- a) Els ISGLT-2 s'han d'utilitzar amb precaució, atès l'efecte inhibitori que tenen sobre l'excreció renal del potassi.
- b) La hiperpotassèmia aguda greu requereix l'ús immediat de quelants de potassi, carbonat càlcic, bicarbonat, agonistes de receptors adrenèrgics β i/o insulina.
- c) El ciclosalicilat de zirconi actua afavorint l'excreció renal del potassi.
- d) El patirómero actua afavorint l'excreció renal del potassi.

24. La hiponatrèmia és una condició freqüent en els pacients amb insuficiència cardíaca avançada. Senyalau l'afirmació falsa:

- a) Els casos greus i simptomàtics s'han de tractar amb sèrum salí hipertònic per intentar elevar la natrèmia a un nivell que no augmenti més de 20 mEq en 24 hores, atès el risc de coma.
- b) És un indicador d'activació neurohumoral i un factor de mal pronòstic.
- c) La hiponatrèmia greu pot provocar toxicitat neurològica per mitjà de la producció d'edema cerebral.
- d) El tolvaptan actua blocant els receptors V2 del túbul renal distal i, per tant, afavorint l'eliminació d'aigua lliure i millorant la hiponatrèmia.

Supòsit 2

Un home de 30 anys acudeix al servei hospitalari d'urgències per febre de fins a 39 °C i cefalea des de fa sis dies; a més, li ha aparegut un *rash* generalitzat no urticariforme al tronc i a les extremitats.

1. **Quina de les dades següents que el pacient podria referir en l'anamnesi sobre les activitats recents és menys rellevant per a una ràpida orientació diagnòstica?**
 - a) Senderisme a l'estat de Colorado (Estats Units) fa deu dies.
 - b) Inici recent d'un feina a una fàbrica de farines.
 - c) Contacte proper amb animals silvestres, insectes o aranyes.
 - d) Relació sexual en un festa de sexe químic (*chemsex*) fa dues setmanes.

2. **Al servei hospitalari d'urgències, ¿en quina de les sospites diagnòstiques següents en el cas d'un pacient amb febre i lesions cutànies no és necessari instaurar immediatament mesures d'aïllament per gotes/aerosols?**
 - a) Febre viral hemorràgica.
 - b) Meningococcèmia.
 - c) Febre tacada de les muntanyes Rocalloses.
 - d) Xarampió.

3. **Quin dels diagnòstics següents és menys probable en el cas clínic descrit?**
 - a) Primoinfecció pel VIH.
 - b) Sífilis.
 - c) Febre Q.
 - d) Febre botonosa mediterrània.

4. **Si, a més de la febre i el rash generalitzat, observem lesions purpúriques múltiples, suggestives de trombosi vascular/hemorràgies perivasculars, caldria pensar en els patògens següents, excepte:**
 - a) *Capnocytophaga canimorsus*.
 - b) *Rickettsia* spp.
 - c) *Salmonella* spp.
 - d) *Neisseria meningitidis*.



5. Si les lesions cutànies, en lloc de ser de tipus *rash*, són nodulars, sòlides, disseminades i que afecten la dermis i el teixit cel·lular subcutani, i el pacient està immunodeprimit, ¿quina de les opcions següents cal excloure del diagnòstic diferencial?
- a) *Toxoplasma gondii*.
 - b) *Histoplasma capsulatum*.
 - c) *Fusarium*.
 - d) *Cryptococcus neoformans*.
6. Si el pacient refereix que ha estat recentment de viatge a l'Àfrica subsahariana i que, a més, no ha duït a terme cap tipus de profilaxi i s'observa que el *rash* que presenta amb la febre és maculopapular i afecta el tronc principalment, ¿quin dels diagnòstics següents cal prendre en consideració?
- a) Febre tifoide.
 - b) Malària.
 - c) Dengue.
 - d) Les respostes a) i c).
7. Senyalau l'afirmació correcta sobre la febre tifoide:
- a) És important el diagnòstic de sospita, perquè el resultat dels hemocultius pot ser negatiu fins en la meitat dels casos.
 - b) Està causada per *Salmonella enterica* i el reservori són animals infectats.
 - c) El tractament antibiòtic d'elecció són les quinolones, atesa l'emergència de soques resistents a les cefaloesporines.
 - d) No hi ha encara un vaccí per prevenir la febre tifoide.

8. Senyalau l'afirmació falsa sobre la malària:

- a) El tractament de la malària provocada per *Plasmodium falciparum* en un viatger s'ha d'iniciar de manera urgent; la morbimortalitat d'aquesta infecció és alta, fins i tot més que la de *Plasmodium ovale* o *vivax*.
- b) Els derivats de l'artemisinina són més eficaços que la quinina per tractar la malària provocada per *Plasmodium falciparum*.
- c) Diarrea, icterícia i *rash* cutani, anèmia i hipoglucèmia són els símptomes típics de la malària greu.
- d) S'ha descrit transmissió de la malària a zones no endèmiques per mitjà de mosquits *Anopheles* infectats per immigrants de zones endèmiques i també per mosquits *Anopheles* infectats originaris de zones endèmiques.

9. Quin o quins dels signes o símptomes següents no sol/solen aparèixer associats a la febre en el dengue clàssic?

- a) Cefalea, miàlgies.
- b) Poliadenopaties.
- c) Anorèxia, nàusees o vòmits.
- d) *Rash* que no afecta els palmells de les mans o les plantes dels peus.

10. El pacient del cas clínic descrit refereix que no té cap antecedent mèdic ni ha fet cap viatge exòtic. En canvi, té relacions de sexe químic, fa nou o deu dies va tenir relacions sexuals múltiples sense protecció i estava pendent d'entrar en el programa de profilaxi preexposició. En l'exploració física destaquen adenopaties laterocervicals, occipitals i axil·lars múltiples, d'1-2 cm de diàmetre, sense alteracions a la boca ni als genitals. Què és el següent que s'ha de sospitar i com cal actuar?

- a) Sospitar una infecció de transmissió sexual, prescriure azitromicina i ceftriaxona en dosi única abans de disposar de resultats microbiològics, i fer una punció aspiració amb agulla fina (PAAF) d'una de les adenopaties.
- b) Sospitar una infecció de transmissió sexual i fer una prova serològica per detectar VIH, sífilis, hepatitis A, B i C i una radiografia del tòrax per comprovar si hi ha adenopaties mediastíniques.
- c) Sospitar una infecció de transmissió sexual, prescriure 2,4 MU de penicil·lina per la via intramuscular en una dosi única abans de disposar de resultats microbiològics i fer una PAAF d'una de les adenopaties.
- d) Les respostes a) i b) són correctes.

- 11. En la prova serològica per a la sífilis s'obté un resultat positiu en la CLIA i un valor d'1/64 en l'RPR. Anteriorment el pacient no s'havia fet cap serologia luètica.**

Quin és el diagnòstic i quin tractament hi està indicat?

- a) Sífilis primària / 2,4 MU de penicil·lina G benzatina per la via intramuscular en una dosi única.
- b) Sífilis secundària / 2,4 MU de penicil·lina G en una dosi única.
- c) Sífilis latent de durada indeterminada / 2,4 MU de penicil·lina G per la via intramuscular per setmana durant tres setmanes.
- d) Sífilis secundària / 2,4 MU de penicil·lina G per la via intramuscular per setmana durant tres setmanes.

- 12. Senyalau l'afirmació correcta sobre el seguiment posterior al tractament de la sífilis:**

- a) Es recomana fer un nou control serològic al cap de sis i dotze mesos després del tractament.
- b) Si els títols persisteixen elevats RPR 1/64 sis mesos després del tractament, es pot sospitar fracàs i valorar una punció lumbar per descartar neurosífilis encara que el pacient no tenguí signes d'afectació neurològica.
- c) Si els títols persisteixen elevats RPR 1/64 sis mesos després del tractament, es pot sospitar una reinfecció i valorar el retractament.
- d) Totes les respostes anteriors són correctes.

- 13. Es fa una prova serològica per detectar el VIH i s'obté un resultat positiu de l'antigen p24, i també es fa una prova de càrrega viral del VIH que dona com a resultat 850.000 còpies/mL.**

En aquesta situació, senyalau l'afirmació falsa:

- a) El quadre clínic descrit pot estar en relació amb una primoinfecció pel VIH. Es recomana iniciar al més aviat possible el tractament antiretroviral sense esperar a tenir els resultats de CD4 o de l'estudi de resistències.
- b) Les pautes recomanades preferentment pel GeSIDA sobre la primoinfecció han d'incloure inhibidors de la proteasa.
- c) La primoinfecció pel VIH és asintomàtica en la gran majoria dels casos.
- d) En aquesta situació, no es recomana iniciar un tractament que contengui rilpivirina.

14. **Senyalau l'afirmació falsa sobre els símptomes i els signes que pot causar la primoinfecció pel VIH:**
- a) S'han descrit febre, astènia, poliadenopaties, faringoamigdalitis i *rash*.
 - b) Meningitis asèptica o meningoencefalitis són formes greus de la primoinfecció.
 - c) La pneumonitis intersticial és un quadre freqüent en la primoinfecció pel VIH simptomàtica.
 - d) Poden aparèixer infeccions oportunistes durant la primoinfecció.
15. **Senyalau l'afirmació correcta sobre el cas d'una pacient asimptomàtica a qui s'ha fet una prova serològica per detectar el VIH que ha donat resultat positiu i per això ha estat derivada a la consulta:**
- a) Cal recordar fer un cribratge serològic per *Trypanosoma cruzi* a tota persona que provengui de l'Àfrica subsahariana.
 - b) Si el resultat d'una serologia IgG per toxoplasma és negatiu, el pacient ha d'evitar consumir carn, peix i marisc cru i tenir contacte amb excrements de ca.
 - c) Si el valor de CD4 és inferior a 200, cal recomanar profilaxi contra *Pneumocystis jirovecii*, que es pot interrompre després de tres mesos de càrrega viral indetectable si el valor de CD4 és superior a 100.
 - d) Si el pacient té un valor de CD4 inferior a 200, la pauta de vacunació antipneumocòccica seqüencial VPC13 iVPC23 s'ha de modificar, avançant la VPC23 quatre setmanes.
16. **Senyalau l'afirmació falsa sobre la infecció tuberculosa latent en un pacient infectat pel VIH però asimptomàtic a qui s'ha fet una radiografia del tòrax amb resultat normal:**
- a) El diagnòstic s'ha de fer per mitjà de la prova de la tuberculina (PT) o QuantiFERON®-TB (QFT).
 - b) Si el pacient té un valor de CD4 inferior a 200, és preferible fer una QFT.
 - c) Si el resultat del test diagnòstic (PT o QFT) és negatiu, es recomana repetir-lo anualment, independentment del risc d'exposició.
 - d) Una de les pautes recomanades de tractament és isoniazida durant 6-9 mesos.

- 17. Quina de les respostes següents no és una pauta de tractament antiretroviral d'inici preferent, però sí alternativa, segons les guies més recents de GeSIDA i EACS?**
- a) Dolutegravir / lamivudina.
 - b) Darunavir / cobicistat / emtricitabina / tenofovir.
 - c) Raltegravir / tenofovir disoproxil fumarat / emtricitabina.
 - d) Les respostes a) i b) són les correctes.
- 18. Senyalau l'afirmació falsa sobre el tractament antiretroviral:**
- a) El dolutegravir no es pot utilitzar durant la gestació.
 - b) La rilpivirina no s'ha d'utilitzar si la càrrega viral del VIH és superior a 100.000 còpies/mL.
 - c) Dolutegravir/3TC no s'ha d'utilitzar en pacients que estiguin en el programa de profilaxi preexposició.
 - d) La doravirina no és activa per a la infecció pel VIH-2.
- 19. Què s'ha de recomanar a una persona infectada pel VIH que vol tenir relacions sexuals sense protecció amb la seva parella, a qui li han fet una prova serològica per al VIH amb resultat negatiu?**
- a) Cal recomanar-li no tenir relacions sense protecció, atès el risc de contagiar el VIH i altres infeccions de transmissió sexual.
 - b) Pot tenir relacions sense protecció només si la parella està fent profilaxi preexposició.
 - c) Després de sis mesos amb càrrega viral indetectable sota tractament antiretroviral, el risc de transmissió és prou baix per poder tenir relacions sense protecció amb una parella estable.
 - d) Només està justificat tenir relacions sense protecció amb finalitat reproductiva.
- 20. Senyalau l'afirmació falsa sobre el virus del papil·loma humà en casos de pacients coinfectats pel VIH:**
- a) Els genotips 16, 18 i 31 es relacionen amb neoplàsies intraepitelials.
 - b) La citologia en un medi líquid és el mètode de cribratge d'elecció per a les lesions intraepitelials anals.
 - c) Els genotips 6 i 11 es relacionen sobretot amb berrugues genitals.
 - d) La lesió escamosa intraepitelial (LSIL) de grau baix és una precursora directa del càncer anal.

Preguntes de reserva

- 21. Uns mesos més tard, en una revisió del cas clínic descrit feta a la consulta s'observen alteracions en les proves de la funció hepàtica, de manera que li fan una prova serològica per al virus de l'hepatitis C, el resultat de la qual és positiu però que anteriorment havia estat negatiu.**

Senyalau l'afirmació correcta:

- a) Atès que es tracta d'una infecció aguda, cal sol·licitar una prova de càrrega viral i, si el resultat és positiu, iniciar un tractament de dotze setmanes de sofosbuvir/velpatasvir o de vuit setmanes de glecaprevir/pibrentasvir només si passats sis mesos no se n'ha produït la depuració espontània.
- b) Cal sol·licitar una prova de càrrega viral en la mateixa mostra de serologia i, si és positiva, prescriure un tractament de dotze setmanes de sofosbuvir/velpatasvir o de vuit setmanes de glecaprevir/pibrentasvir.
- c) Cal sol·licitar una prova de càrrega viral, de genotip i una determinació no invasiva de fibrosi i, si es confirma la infecció activa, excloure la cirrosi; si no és un genotip 3, cal prescriure un tractament de quatre setmanes de sofosbuvir/velpatasvir o de glecaprevir/pibrentasvir.
- d) Només es pot assegurar que es tracta d'una infecció adquirida recentment si la determinació de l'RNA del virus de l'hepatitis C és positiva amb una serologia negativa per al virus de l'hepatitis C.

- 22. Senyalau l'afirmació correcta sobre l'hepatitis B en els casos de pacients infectats pel VIH:**

- a) La vacunació contra el virus de l'hepatitis B s'ha d'indicar a tots els pacients infectats pel VIH no immunitzats; la pauta ha de ser similar a la dels pacients immunocompetents no infectats pel VIH.
- b) L'emtricitabina o la lamivudina han de formar part del tractament antiretroviral en els casos de pacients amb hepatitis B crònica; aquest fàrmac es pot combinar o no amb tenofovir o amb tenofovir alafenamida.
- c) Cal fer un cribratge d'hepatocarcinoma únicament en els casos de pacients cirròtics.
- d) El risc d'hepatocarcinoma és més alt en les persones d'ètnia negra o asiàtica que en les d'ètnia blanca, i s'incrementa si hi concorre una infecció pel virus delta, fins i tot en absència de cirrosi.

23. Senyalau l'afirmació falsa sobre la sífilis:

- a) La sífilis primària cursa habitualment amb un xancre genital associat al *rash* maculopapular, que apareix al voltant de 21 dies després de l'exposició.
- b) La sífilis secundària presenta afectació cutània en més del 95 % dels casos.
- c) El *rash* luètic se sol iniciar al tronc i s'estén per les extremitats, i afecta els palmells de les mans i les plantes dels peus.
- d) L'alopecàcia per clapes i la pèrdua de les celles són característiques de la sífilis secundària.

24. Senyalau l'afirmació falsa sobre la sífilis latent:

- a) Hi ha dues fases, latent precoç i latent tardana, depenent del temps que hagi passat des de la primoinfecció.
- b) El tractament és diferent per a la fase latent precoç i per a la tardana.
- c) S'observa sempre reactivitat dels tests no treponèmics, però els treponèmics poden ser reactius o no.
- d) S'observa sempre reactivitat dels test treponèmics, però els no treponèmics poden ser reactius o no.

Supòsit 3

Una dona de 35 anys ingressa per a un estudi de la síndrome febril. En l'anàlisi es detecten proteïnúria i elevació de reactants de fase aguda.

La pacient refereix antecedents de diagnòstic de lupus eritematós sistèmic (LES) fa dos anys (lesions cutànies, artràlgies, anticossos antinuclears [ANA] i anti-DNA positius).

1. **En el tractament inicial, la pacient va rebre dosis baixes d'esteroides i hidroxicloroquina, amb la qual cosa es va resoldre el quadre articular. Senyalau l'afirmació falsa sobre les manifestacions articulares en el LES:**
 - a) El metotrexat i els antipalúdics són els fàrmacs d'elecció en les manifestacions articulares del LES.
 - b) Si amb dosis plenes i per la via subcutània de metotrexat no s'obté una resposta satisfactòria, s'aconsella afegir o canviar a un altre fàrmac modificador de la malaltia (leflunomida, azatioprina, ciclosporina A o micofenolat).
 - c) El patró articular sol ser recurrent i evanescent.
 - d) Les deformitats articulares són freqüents.

2. **Respecte de les manifestacions cutànies d'aquesta pacient en el diagnòstic, ¿quina de les respostes següents no és un dels criteris de classificació del LES segons EULAR/ACR de 2019?**
 - a) Úlceres orals.
 - b) Alopecia no cicatricial.
 - c) Lupus cutani agut (eritema malar).
 - d) Fenomen de Raynaud.

3. **Senyalau l'afirmació correcta sobre el LES:**
 - a) El 55 % dels casos debuten abans dels 16 anys.
 - b) La proporció entre dones i homes és de 2:1.
 - c) Les dones en edat fèrtil tenen una prevalença més alta d'aquesta malaltia.
 - d) La incidència poblacional més alta es dona en l'ètnia caucàsica.

4. **Després del diagnòstic de LES, la pacient demana informació relacionada amb un possible desig gestacional.**

Senyalau l'afirmació falsa:

- a) El LES és una contraindicació absoluta per a la gestació.
- b) La gestació pot desencadenar un brot de la malaltia.
- c) En els casos de LES, la gestació té un risc més alt d'avortament.
- d) La gestació contraindica el tractament amb ciclofosfamida.

5. **Senyalau l'afirmació falsa si aquesta pacient manifesta desig gestacional:**

- a) Té risc de desenvolupar un brot de la malaltia durant la gestació.
- b) Té increment de risc d'avortament espontani, hipertensió i preeclàmpsia.
- c) La situació ideal per a la gestació és quan s'ha planejat i la malaltia està en la fase de remissió amb el tractament ajustat en una visita preconcepcional.
- d) En les pacients amb antecedents de malaltia renal, fins i tot en remissió o amb síndrome antifosfolípida, hi està indicat el tractament anticoagulant durant tota la gestació.

6. **Senyalau l'afirmació falsa amb relació a la gestació:**

- a) Prendre rituximab durant el primer trimestre de la gestació no augmenta el risc de malformacions fetals.
- b) Cal interrompre l'administració d'hidroxicloroquina durant la gestació perquè augmenta el risc de prematuritat i de creixement intrauterí retardat.
- c) La pressió arterial s'ha de controlar amb labetalol, nifedipina o hidralazina.
- d) Els corticoides no suposen un problema de toxicitat fetal, perquè són inactivats en més del 90 % per la placenta.

7. En el moment del diagnòstic, la pacient rep un tractament amb hidroxicloroquina i esteroides en dosis baixes, amb el qual s'obté una bona resposta clínicoanalítica, i un tractament de manteniment amb 200 mg d'hidroxicloroquina cada 24 hores i de 2,5 mg prednisona amb l'esmorzar.

Senyalau l'afirmació falsa sobre el tractament del LES:

- a) Es recomana mantenir indefinidament el tractament amb antipalúdics atesos els efectes que tenen sobre l'activitat, el dany, les trombosis, les infeccions i la supervivència a llarg termini.
- b) Es recomana la hidroxicloroquina com a antipalúdic d'elecció, atès que proporciona més seguretat que la cloroquina.
- c) Se suggereix combinar el tractament antipalúdic amb mepacrina i hidroxicloroquina en els casos de pacients amb activitat lúpica refractària, sobretot cutània, perquè pot produir efectes sinèrgics.
- d) Cal monitorar la pacient per mitjà d'una analítica al cap d'un mes de haver iniciat el tractament amb antipalúdics per descartar l'hepatotoxicitat.

8. **Senyalau l'afirmació falsa respecte del seguiment a la consulta externa:**

- a) En els casos de pacients amb LES activo, els intervals de seguiment han d'estar ajustats a la situació clínica; per tant, són variables.
- b) Cal determinar periòdicament els nivells de 25-hidroxivitamina D en els pacients amb LES, sobretot si tenen factors de risc de fractures osteoporòtiques.
- c) Se suggereix l'ús regular de biomarcadors d'activitat —com ara els nivells C3 i C4 i d'anti-ADNdc— en els pacients amb LES, particularment en les que pateixen afectació renal.
- d) En els casos de pacients amb LES i activitat immunològica persistent sense activitat clínica, es recomana iniciar un tractament immunosupressor per prevenir el dany orgànic.

9. Senyalau l'afirmació falsa sobre l'etiologia i la patogènesi del LES:

- a) En el desenvolupament del LES intervenen nombroses vies anatomopatològiques, i no es coneixen amb exactitud les bases patològiques ni els factors de risc associats al desenvolupament d'aquesta malaltia.
- b) Nombroses infeccions bacterianes s'han implicat com a desencadenants del LES, i s'han formulat hipòtesis sobre la possibilitat que una infecció bacteriana crònica pugui afavorir que aparegui aquesta malaltia.
- c) Els raigs ultraviolats i l'exposició al sol provoquen l'augment de l'apoptosi cel·lular i per això són els desencadenants del LES més coneguts.
- d) Entre les causes genètiques del LES, se sap que són complexes i en la majoria dels casos no segueixen un patró mendelià.

10. En una analítica que s'ha fet a la pacient del cas clínic s'han obtingut els resultats següents: creatinina, 1,4 mg/dL; proteïnúria, 2,5 g/dia amb sediment, que objectiva microhematúria intensa; valors d'anti-DNA alts i hipocomplementèmia de C3. Quina de les proves següents no s'ha de plantejar per establir el diagnòstic?

- a) Anticoagulant lúpic, anticardiolipina i anti- $\beta 2$ cofactor.
- b) Anticossos antinuclears (ANA).
- c) Perfil bioquímic amb reactants de fase aguda.
- d) Biòpsia renal.

11. Senyalau l'afirmació falsa una vegada determinat el diagnòstic histopatològic de nefritis lúpica:

- a) Les alteracions histològiques trobades en el moment del diagnòstic no es modifiquen i no es produirà un canvi de classe de manera espontània o després del tractament.
- b) Pot haver-hi superposició entre les classes II, III, IV i V en qualsevol moment de l'evolució, cosa que pot implicar canvis en el tractament.
- c) Per mitjà d'una biòpsia es pot determinar el grau d'activitat segons el grau d'hipercel·lularitat endocapilar, de cariorrexi, de necrosi fibrinoide, de dipòsits hialins, de semillunes i d'inflamació intersticial.
- d) Per mitjà d'una biòpsia es pot calcular l'índex de cronicitat segons el grau de glomeruloesclerosi, de semillunes fibroses, d'atròfia tubular i de fibrosi intersticial.

- 12. En el cas d'una nefritis de tipus IV, quina teràpia d'inducció cal recomanar inicialment?**
 - a) Hidroxicloroquina, corticoides per la via oral i micofenolat.
 - b) Hidroxicloroquina, polsos de metilprednisolona per la via intravenosa i rituximab.
 - c) Hidroxicloroquina, polsos de metilprednisolona per la via intravenosa i belimumab.
 - d) Hidroxicloroquina, polsos de metilprednisolona per la via intravenosa i micofenolat de mofetil / àcid micofenòlic.

- 13. Senyalau l'afirmació falsa sobre el tractament de la nefropatia lúpica proliferativa:**
 - a) Es recomana que tots els pacients que tinguin nefritis lúpica proliferativa siguin tractats amb immunosupressors, a més de corticoteràpia.
 - b) L'estratègia terapèutica recomanada ha d'incloure una fase d'inducció de resposta i una fase de manteniment d'aquesta resposta amb dosis més baixes de fàrmacs.
 - c) Els fàrmacs immunosupressors d'elecció per a la fase d'inducció d'un primer brot de nefritis lúpica són la ciclofosfamida en teràpia de polsos o el micofenolat per la via oral.
 - d) Es recomana l'azatioprina com a tractament d'inducció.

- 14. Si, després d'iniciar la teràpia d'inducció amb dos immunosupressors, al cap de dos o tres mesos la pacient presenta síndrome nefròtica amb proteïnúria de 4 grams diaris, ¿quin fàrmac cal afegir-hi?**
 - a) Ciclofosfamida.
 - b) Rituximab.
 - c) Azatioprina.
 - d) Tacrolimús.

- 15. Quina classe o classes histològiques tenen més risc de progressar a malaltia renal terminal?**
 - a) Classe I.
 - b) Classe II.
 - c) Classes III (focal) i IV (difusa).
 - d) Classe V.

- 16. La pacient del cas clínic descrit presenta síndrome de Sjögren associada. Senyalau l'afirmació falsa sobre aquesta síndrome:**
- a) Prop del 95 % de les persones afectades són dones.
 - b) S'ha considerat que alguns virus són capaços d'iniciar el procés etiopatogènic autoimmunitari (virus d'Epstein-Barr, virus limfotrópic humà de tipus 1, virus de l'hepatitis C).
 - c) L'afectació d'òrgans interns més freqüent és la renal, i l'acidosi tubular proximal és l'afectació renal predominant.
 - d) La neuropatia perifèrica és poc freqüent.
- 17. Senyalau l'afirmació correcta sobre el perfil immunològic de la síndrome de Sjögren:**
- a) El factor reumatoide és present en menys del 5 % dels casos de síndrome de Sjögren i té més especificitat que els anticossos antinuclears (ANA).
 - b) Els anticossos anti-Ro s'associen a un inici més precoç de la malaltia i a un curs sistèmic menys greu.
 - c) Les crioglobulines es detecten en més del 50 % dels pacients amb síndrome de Sjögren primària.
 - d) Les crioglobulines detectades en la síndrome de Sjögren són majoritàriament mixtes i són el marcador immunològic associat a un pronòstic més dolent de la malaltia.
- 18. Senyalau l'afirmació falsa sobre l'evolució de la síndrome de Sjögren:**
- a) Pot ser una malaltia greu, encara que és poc habitual que acabi en una insuficiència orgànica terminal.
 - b) La malaltia pulmonar intersticial difusa (MPID) i les glomerulonefritis són les afectacions sistèmiques associades a una evolució més dolenta.
 - c) Les alteracions immunològiques relacionades amb les crioglobulines són el principal marcador associat a una evolució més dolenta de la malaltia.
 - d) Més del 90 % de les neoplàsies malignes hematològiques que desenvolupen els pacients amb síndrome de Sjögren són neoplàsies malignes de cèl·lules T madures.

- 19. Quines alteracions analítiques són més suggestives de síndrome de Sjögren?**
- a) Neutropènia i limfopènia lleus, velocitat de sedimentació globular alta i hipergammaglobulinèmia.
 - b) Trombocitopènia, proteïna C reactiva alta i hipergammaglobulinèmia.
 - c) Trombocitopènia, proteïna C reactiva elevada i hipergammaglobulinèmia.
 - d) Leucocitosi, velocitat de sedimentació globular alta i hipergammaglobulinèmia.
- 20. En el moment del diagnòstic, la pacient del cas clínic descrit estava en tractament amb hidroxicloroquina, mepacrina, metotrexat i prednisona. Si acudís a una consulta preconcepcional, ¿quines modificacions farmacològiques caldria fer abans de valorar la gestació?**
- a) Retirar el metotrexat.
 - b) Retirar la mepacrina.
 - c) Retirar el metotrexat i la mepacrina.
 - d) Mantenir el tractament sense canvis.

Preguntes de reserva

- 21. Quin fàrmac es pot mantenir durant la lactància en una pacient afectada de LES?**
- a) Mepacrina.
 - b) Azatioprina.
 - c) Metotrexat.
 - d) Micofenolat.

- 22. Es recomana que tots els pacients amb nefritis lúpica proliferativa siguin tractats amb immunosupressors, a més de corticoteràpia.**

Senyalau l'afirmació falsa:

- a) L'estratègia terapèutica recomanada ha d'incloure una fase d'inducció de resposta i una fase de manteniment d'aquesta resposta amb dosis més baixes de fàrmacs.
- b) Els fàrmacs immunosupressors d'elecció per a la fase d'inducció d'un primer brot de nefritis lúpica són la ciclofosfamida en teràpia de polsos o el micofenolat per la via oral.
- c) La dosi recomanada de micofenolat de mofetil en inducció és de 0,5-1 g al dia o l'equivalent de micofenolat sòdic.
- d) La dosi recomanada de ciclofosfamida per la via intravenosa per a la inducció és de 0,5 g cada dues setmanes durant tres mesos o bé 0,75-1 g/m² al mes durant sis mesos.

- 23. Senyalau l'afirmació falsa sobre la interrupció del tractament de manteniment de la nefropatia lúpica:**

- a) Es recomana prolongar el tractament de manteniment durant 3-6 mesos després de la fase d'inducció.
- b) Se suggereix que en els casos en què es plantegi retirar el tractament immunosupressor de manteniment no es dugui a terme abans d'un període de quiescència clínicoanalítica inferior a dotze mesos.
- c) En els casos de pacients amb recidives freqüents sense causa justificable o amb factors de risc per una recidiva renal se suggereix prolongar el tractament de manteniment almenys durant cinc anys.
- d) Se suggereix que la interrupció del tractament immunosupressor de manteniment sigui lenta i progressiva.

- 24. Senyalau l'afirmació correcta sobre el pronòstic de la nefritis lúpica:**

- a) Una reducció de la proteïnúria de més del 50 % al cap de sis mesos s'associa a una taxa de supervivència renal més alta.
- b) Un nivell de proteïnúria inferior a 0,7 g cada 24 hores al cap de dotze mesos és el millor predictor de la probabilitat de malaltia renal crònica terminal a llarg termini.
- c) No és important el temps que hagi passat des de la instauració del tractament fins que s'obté una resposta completa o parcial.
- d) Les respostes a) i b) són correctes.

Supòsit 4

Una dona de 55 anys amb antecedent de neoplàsia de còlon T3N0M0, tractada per mitjà d'una hemicolectomia dreta i que va rebre l'alta fa dues setmanes després de set dies ingressada després de la intervenció quirúrgica, acudeix al servei hospitalari d'urgències per dispnea brusca i edema a l'extremitat inferior dreta i li diagnostiquen un tromboembolisme pulmonar bilateral i una trombosi venosa profunda (TVP) proximal dreta.

1. **Quina de les respostes següents no és un dels factors de risc major per a la malaltia tromboembòlica venosa (MTEV)?**
 - a) Fractura en un membre inferior.
 - b) Immobilització per sedestació (viatge llarg amb cotxe o amb avió).
 - c) Hospitalització en els tres mesos previs per insuficiència cardíaca, fibril·lació auricular o infart agut de miocardi.
 - d) MTEV prèvia.

2. **En quina de les situacions següents no estan indicats un estudi de trombofília congènita ni la determinació d'anticossos antifosfolípids en el cas d'un pacient de més de 50 anys amb MTEV sense factors que hi predisposin?**
 - a) Pacient amb trombosi de la vena central de la retina.
 - b) Pacient amb MTEV recurrent.
 - c) Pacient amb història de necrosi cutània induïda per la warfarina.
 - d) Pacient amb trombosi venosa cerebral o mesentèrica.

3. **Senyalau l'afirmació correcta sobre la profilaxi primària de l'MTEV en pacients oncològics:**
 - a) Tots els pacients oncològics que han de ser intervinguts de cirurgia major han de rebre tromboprofilaxi farmacològica, llevat que hi estigui contraindicada.
 - b) Es recomana la profilaxi estesa a l'alta en els casos de pacients oncològics sotmesos a cirurgia abdominal/pelviana no urològica.
 - c) La tromboprofilaxi mecànica es recomana en els casos de pacients oncològics sense antecedents d'MTEV que han de ser intervinguts de cirurgia major i tenen risc alt d'hemorràgia.
 - d) Totes les respostes anteriors són correctes.

4. **Quin ha de ser el tractament d'elecció per a la tromboprofilaxi primària durant el període postoperatori de la pacient del cas clínic descrit al començament d'aquest supòsit?**
 - a) Heparina de baix pes molecular (HBPM) o fondaparinux en dosi profilàctica.
 - b) Àcid acetilsalílic en dosis de 100 mg cada 24 hores per la via oral.
 - c) Qualsevol anticoagulant d'acció directa en dosis de profilaxi.
 - d) Antagonista de la vitamina K amb control d'INR entre 1,5 i 2.

5. **Senyalau l'afirmació correcta sobre la tromboprofilaxi primària en els casos de cirurgia abdominal/pelviana oncològica, com el cas clínic descrit:**
 - a) S'ha d'iniciar la tromboprofilaxi primària just després de la intervenció quirúrgica i s'ha de mantenir únicament durant l'estada hospitalària.
 - b) S'ha d'iniciar just després de la intervenció quirúrgica juntament amb mobilització precoç.
 - c) S'ha d'iniciar entre dues i dotze hores després de la intervenció quirúrgica i s'ha de mantenir en els set dies posteriors.
 - d) En aquest cas s'ha de mantenir durant quatre setmanes després de l'alta hospitalària.

6. **Senyalau l'afirmació correcta sobre el diagnòstic de l'embòlia de pulmó:**
 - a) És recomanable determinar la probabilitat d'embòlia de pulmó abans de fer proves complementàries, per mitjà de les escales de Wells o de Ginebra.
 - b) La determinació de la probabilitat pretest també es pot dur a terme a criteri clínic sense utilitzar escales.
 - c) Les respostes a) i b) són correctes.
 - d) Totes les respostes anteriors són falses.

7. **Senyalau l'afirmació falsa sobre el dímer-D en el diagnòstic de l'MTEV:**
 - a) Els valors del dímer-D s'eleva en la trombosi aguda a causa de l'activació simultània de la fibrinòlisi i la cascada de la coagulació.
 - b) El valor predictiu positiu és alt, per la qual cosa és útil per confirmar l'embòlia de pulmó o la TVP.
 - c) L'ús de nivells de dímer-D ajustats per edat poden millorar-ne l'especificitat en persones de més de 50 anys.
 - d) En pacients amb probabilitat clínica alta d'embòlia de pulmó o de TVP es pot obviar la determinació del dímer-D.

8. **Senyalau l'afirmació falsa sobre el diagnòstic i l'estratificació de risc de l'embòlia pulmonar, segons les darreres guies ESC per al diagnòstic i el tractament de l'embòlia pulmonar:**
 - a) L'estratificació del risc inicial en els casos de pacients amb sospita d'embòlia pulmonar o confirmació d'aquesta està basada en la presència d'instabilitat hemodinàmica.
 - b) En absència d'instabilitat hemodinàmica, els pacients són classificats com a *risc intermedi* o *risc baix* segons paràmetres clínics, d'imatge (principalment en presència de disfunció del ventricle dret) o de laboratori i la presència de comorbiditat.
 - c) Cal fer una ecocardiografia per poder estratificar el risc dels pacients.
 - d) L'elevació de la troponina I s'associa a una taxa més alta de mortalitat, i el nivell baix de peptid natriurètic exclou un pronòstic clínic desfavorable.

9. **Senyalau l'afirmació correcta sobre el tractament de la TVP en els primers tres mesos i en la població general:**
 - a) El tractament anticoagulant d'elecció són els anticoagulants d'acció directa (ACOD).
 - b) La trombòlisi està indicada en els casos de pacients seleccionats amb trombosi de l'eix iliofemoral simptomàtica.
 - c) Els pacients amb TVP no requereixen ingrés hospitalari si presenten estabilitat hemodinàmica, risc baix d'hemorràgia, absència de clínica suggeridora d'embòlia pulmonar concomitant, absència de comorbiditat greu i si es pot assegurar el compliment terapèutic al domicili.
 - d) Totes les respostes anteriors són correctes.

10. Senyalau l'afirmació correcta sobre els ACOD en el tractament farmacològic de l'MTEV:

- a) Comparant els antagonistes de la vitamina K amb els ACOD en el tractament de la TVP, no s'ha observat reducció de la taxa de mortalitat.
- b) El dabigatran i l'edoxaban són inhibidors de la trombina.
- c) El rivaroxaban és l'ACOD d'elecció en els casos de pacients amb antecedents d'hemorràgia digestiva o càncer gastrointestinal.
- d) L'apixaban i l'edoxaban s'inicien directament en el tractament en la fase aguda de l'MTEV.

11. Tornant al cas descrit al començament, en el cinquè dia de tractament amb HBPM en dosis anticoagulants la pacient desenvolupa una trombopènia de 50.000 plaquetes.

Senyalau l'afirmació correcta sobre la trombopènia induïda per l'heparina:

- a) La determinació d'anticossos anti-PF4 / heparina és el mètode analític diagnòstic d'elecció.
- b) Les manifestacions hemorràgiques són més freqüents que les trombòtiques.
- c) No està descrita quan l'HBPM s'utilitza en dosis profilàctiques.
- d) Totes les respostes anteriors amb correctes.

12. Respecte del cas clínic descrit, amb sospita de trombopènia induïda per l'heparina amb 50.000 plaquetes i diagnòstic d'EP i TVP, senyalau l'afirmació correcta:

- a) No s'ha d'indicar tractament anticoagulant atesos la trombopènia i el risc d'hemorràgia, i cal indicar col·locar un filtre de vena cava inferior.
- b) Cal mantenir l'enoxaparina en dosis profilàctiques.
- c) Cal retirar l'enoxaparina i iniciar un tractament anticoagulant amb fondaparinux.
- d) Cal indicar un tractament anticoagulant amb antagonistes de la vitamina K.

- 13. Senyalau l'afirmació falsa sobre la TVP no sèptica dels membres superiors associada a un catèter venós central en la jugular/subclàvia, un catèter central d'inserció perifèrica o un accés venós central de durada llarga (port-a-cath):**
- a) Es recomana retirar el dispositiu en el moment del diagnòstic, encara que sigui funcional.
 - b) La durada mínima del tractament és de tres mesos.
 - c) El tractament farmacològic d'elecció d'inici és l'HBPM seguit dels antagonistes de la vitamina K.
 - d) No hi ha prou estudis per recomanar els ACOD com a tractament en la fase aguda.
- 14. Senyalau l'afirmació correcta sobre la durada del tractament de l'MTEV en pacients no oncològics sense diagnòstic de trombofília congènita, sense síndrome antifosfolípida i sense antecedents d'MTEV:**
- a) La durada del tractament amb factors de risc transitoris o reversibles depèn de la naturalesa d'aquests, però el mínim és 45 dies.
 - b) La durada del tractament és de 3-6 mesos, o indefinit si el risc d'hemorràgia és baix.
 - c) Les respostes a) i b) són falses.
 - d) Les respostes a) i b) són correctes.
- 15. Senyalau l'afirmació correcta sobre les recurrències de l'MTEV en pacients no oncològics sense diagnòstic conegut de trombofília congènita ni síndrome antifosfolípida:**
- a) Després d'interrompre el tractament anticoagulant, els pacients amb MTEV sense factors ni situacions de risc que hi predisposin tenen més probabilitats de recurrència que els pacients amb factors de risc majors o transitoris.
 - b) Els pacients amb antecedents d'embòlia pulmonar habitualment presenten recurrència com a embòlia pulmonar, i els pacients amb TVP presenten recurrència també habitualment com a TVP.
 - c) En els casos de pacients amb TVP amb factors de risc per a síndrome posttrombòtica o sense es recomanen les calces de compressió venosa elàstica per prevenir recurrències.
 - d) Les respostes a) i b) són correctes.

- 16. Senyalau l'afirmació correcta sobre el tractament anticoagulant indefinit en els casos de pacients amb malaltia tromboembòlica idiopàtica no oncològica i sense diagnòstic conegut de trombofilia congènita ni síndrome antifosfolípida, ni antecedents d'MTEV:**
- a) Després dels sis primers mesos de tractament amb apixaban i rivaroxaban, s'aconsella reduir la dosi a la meitat perquè té la mateixa eficàcia i seguretat que la dosi completa.
 - b) En el tractament amb antagonistes de la vitamina K, l'INR s'ha de mantenir entre 2 i 3.
 - c) En els casos de pacients en què es decideix interrompre el tractament anticoagulant i que no tenen factors de risc per a MTEV, essent aquesta idiopàtica, s'ha demostrat que l'àcid acetilsalicílic en disminueix les recurrències.
 - d) Totes les respostes anteriors són correctes.
- 17. Amb relació al cas descrit al començament, senyalau l'afirmació correcta sobre el tractament anticoagulant de l'MTEV en pacients amb càncer:**
- a) Per al tractament dels primers 3-6 mesos (excloent-ne la fase aguda) o indefinit, els inhibidors del factor Xa són el tractament d'elecció, en lloc de l'HBPM.
 - b) No s'objectiven diferències significatives pel que fa a hemorràgia major comparant l'apixaban amb l'HBPM en els casos de pacients amb neoplàsia gastrointestinal.
 - c) El dabigatran té una taxa de recurrència similar a la de l'HBPM en els casos de pacients oncològics.
 - d) Les respostes a) i b) són correctes.
- 18. Senyalau l'afirmació correcta sobre el seguiment a llarg termini de l'MTEV:**
- a) Se n'ha de fer seguiment fins que es completi el tractament anticoagulant.
 - b) Cal avaluar periòdicament el balanç risc-benefici del tractament anticoagulant i el risc d'hemorràgia.
 - c) En els casos de pacients de més de 55 anys cal fer una recerca de neoplàsia oculta de manera exhaustiva, encara que estiguin asimptomàtics.
 - d) Totes les respostes anteriors són correctes.

- 19. Senyalau l'afirmació correcta sobre la hipertensió pulmonar (HTP) després d'una embòlia pulmonar:**
- a) La dispnea està present en aproximadament el 50 % dels casos des dels tres mesos fins als tres anys des de l'embòlia pulmonar.
 - b) Cal determinar l'NT-proBNP i fer una ecocardiografia dirigida a detectar HTP.
 - c) La prova d'imatge que cal fer en primer lloc per detectar HTP en els pacients amb sospita d'MTEV crònica és l'angiotomografia computada toràcica (angioTAC).
 - d) Les respostes a) i b) són correctes.
- 20. Senyalau l'afirmació correcta sobre l'MTEV pulmonar crònica acompanyada o no d'HTP:**
- a) L'angiotomografia computada pulmonar (angioTAC) amb reconstrucció biplanar, encara que el resultat sigui negatiu, no exclou l'MTEV crònica.
 - b) Els pacients amb signes d'HTP en l'angiotomografia computada (angioTAC), en la fase aguda de l'embòlia pulmonar, desenvolupen MTEV pulmonar crònica en més del 40 % dels casos.
 - c) S'objectiva una incidència més alta d'MTEV pulmonar crònica en els pacients tractats els primers tres mesos amb antagonistes de la vitamina K respecte de l'HBPM.
 - d) Cap de les respostes anteriors és correcta.

Preguntes de reserva

- 21. Senyalau l'afirmació correcta sobre el risc hemorràgic durant el tractament anticoagulant de l'MTEV:**
- a) L'escala HAS-BLED no ha estat validada per determinar el risc hemorràgic en pacients amb MTEV; per tant, té una utilitat limitada.
 - b) El risc d'hemorràgia és més alt durant els tres primers mesos del tractament anticoagulant.
 - c) Són factors de risc d'hemorràgia l'anèmia, la insuficiència renal, l'edat superior a 65 anys, el càncer i la trombopènia.
 - d) Totes les respostes anteriors són correctes.

- 22. Senyalau l'afirmació correcta respecte dels pacients amb trombosi venosa superficial d'una extremitat inferior amb el risc de progressió a TVP o a embòlia pulmonar:**
- a) Cal administrar-los un tractament anticoagulant durant un mínim de 45 dies o tres mesos, depenent del tipus de trombosi.
 - b) No se'ls ha d'administrar un tractament anticoagulant: s'ha demostrat que el seguiment és igual d'eficaç que el tractament anticoagulant.
 - c) Cal administrar-los antiinflamatoris durant una setmana i fer-los un seguiment ecogràfic.
 - d) Cal administrar-los HBPM en dosi profilàctica i àcid acetilsalicílic durant 45 dies o tres mesos, depenent del tipus de trombosi.
-
- 23. Què es recomana en els casos d'embòlia de pulmó incidental asimptomàtica?**
- a) Fer un seguiment evolutiu per mitjà d'una angiotomografia computada de control una setmana després del diagnòstic.
 - b) No és necessari fer cap tipus de seguiment ni administrar cap tractament.
 - c) Es recomana preferiblement un tractament amb HBPM en lloc d'altres anticoagulants, perquè en els diferents estudis publicats s'ha demostrat que té un perfil de seguretat més bo.
 - d) Cal administrar el mateix tractament que en els casos d'embòlia pulmonar simptomàtica.
- 24. Què es recomana en els casos de TVP proximal d'una extremitat inferior i contraindicació de tractament anticoagulant?**
- a) Únicament vigilància.
 - b) Col·locar un filtre de vena cava i retirar-lo quan sigui possible.
 - c) Col·locar un filtre de vena cava i mantenir-lo indefinidament.
 - d) Tractament amb HBPM en dosis profilàctiques.

Supòsit 5

Un pacient de 55 anys amb antecedent de cardiopatia isquèmica que va requerir revascularització coronària fa vint mesos és remès a la consulta per dispnea de mes i mig d'evolució.

1. El pacient refereix que va deixar de fumar des que va patir la síndrome coronària, enolisme social lleu, hipertensió arterial lleu diagnosticada llavors i dislipèmia lleu, i refereix que no compleix el tractament ni la dieta; només compleix el tractament antiagregant. No s'ha fet cap control analític d'aleshores ençà.

Senyalau l'afirmació falsa:

- a) La causa de la falta de compliment terapèutic és probablement multifactorial.
- b) Té un risc altíssim que es repeteixi un esdeveniment cardiovascular.
- c) Requereix empoderament de la malaltia que pateix, una entrevista motivacional i que s'adeqüin a les seves circumstàncies les recomanacions higienicodietètiques i de tractament.
- d) Cal fer-li el test de Morisky-Green.

2. Exploració física del pacient del cas descrit: obesitat abdominal; pes, 98 kg; talla, 168 cm; perímetre, 112 cm; IMC, 34,7; pressió arterial mitjana a la consulta, 150/95 mmHg; freqüència cardíaca, 65 bpm.

Senyalau l'afirmació falsa:

- a) Pateix hipertensió sistodiastòlica de grau I.
- b) Presenta obesitat de grau II.
- c) Probablement té resistència insulínica.
- d) S'ha de descartar la diabetis *mellitus*.

3. En l'anamnesi, el pacient refereix que no té dolor toràcic ni palpitations i no té clínica d'infecció respiratòria. És recomanable inicialment fer determinades proves complementàries. Quina de les següents no és necessària?

- a) Ecocardiografia.
- b) Radiografia del tòrax.
- c) Analítica amb hemograma, bioquímica amb perfil hepàtic, renal, fèrric, troponina i NT-proBNP.
- d) Determinació de marcadors tumorals.

4. **En el cas clínic descrit, el resultat de l'auscultació cardíaca és normal, el pacient no té bufs vasculars però sí pols pedi dret més feble. Quina és l'actitud correcta?**
- a) Sol·licitar la determinació de l'índex turmell-braç per descartar la malaltia arterial perifèrica.
 - b) Remetre'l a la consulta de cirurgia vascular perquè li facin una arteriografia de les extremitats inferiors.
 - c) Si no es pot sol·licitar la determinació de l'índex turmell-braç, la ressonància magnètica és una bona opció.
 - d) Fer-li el test de la marxa o dels 6 minuts.
5. **En l'electrocardiograma (sense dolor) s'aprecia un ritme sinusal de 65 bpm, Q inferior i un índex de Sokolow-Lyon de 38 mm.**
Senyalau l'afirmació falsa:
- a) Indica probable miocardiopatia hipertròfica.
 - b) El criteri de Sokolow-Lyon per a la hipertròfia ventricular esquerra és superior a 35 mm.
 - c) És recomanable fer un estudi Holter de 24 hores per al cribratge de la fibril·lació auricular.
 - d) No cal fer un estudi Holter de 24 hores, perquè el pacient no ha tingut palpitations.
6. **En l'auscultació pulmonar s'observen crepitacions bibasals fines, en la radiografia del tòrax només s'aprecia una congestió vascular mínima i a una espirometria s'objectiva obstrucció lleu del flux aeri.**
Senyalau l'opció més correcta:
- a) El pas següent és sol·licitar una ecocardiografia per valorar la funció del ventricle esquerre, possibles valvulopaties i la pressió pulmonar.
 - b) Cal prescriure un inhalador LAMA i un corticoide i controlar el cas al cap de dos mesos.
 - c) La dispnea és deguda a l'obesitat; no calen més exploracions complementàries.
 - d) Atès l'antecedent de tabaquisme, cal descartar neoplàsia pulmonar i sol·licitar una PET-TC.

7. En el cas clínic descrit, aquests són els valors obtinguts en una analítica: hemograma, normal; glucosa, 180 mg/dL; urea, 30 mg/dl; creatinina, 1,2 mg/dL; filtració 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 %; sediment d'orina, normal; quocient albúmina-creatinina, 105 mg/dL.

Segons les guies KDIGO, quin és el grau d'insuficiència renal?

- a) Malaltia renal crònica en l'estadi 3a A1.
- b) Malaltia renal crònica en l'estadi 3b A2.
- c) Malaltia renal crònica en l'estadi 4.
- d) Malaltia renal crònica en l'estadi 3a A2.

8. **Senyalau l'afirmació correcta sobre l'alteració hepàtica:**

- a) És d'origen farmacològic.
- b) Cal sol·licitar una ecografia abdominal i serologies per detectar virus hepatotòpics.
- c) Pot orientar al diagnòstic de síndrome metabòlica amb esteatosi hepàtica.
- d) Les respostes b) i c) són correctes.

9. **A més, al pacient del cas clínic descrit li diagnostiquen diabetis *mellitus* de tipus 2. Basant-vos en aquesta informació, senyalau l'afirmació falsa:**

- a) Cal repetir la determinació de l'HBA_{1c}.
- b) Cal indicar dieta i exercici físic regular per perdre pes i iniciar un tractament amb metformina i un ISGLT2.
- c) Atesa l'obesitat del pacient i la síndrome coronària aguda prèvia, cal indicar un agonista del receptor de GLP-1.
- d) És esperable un descens transitori de la filtració glomerular de fins al 20 % gràcies a l'acció de l'ISGLT2.

10. En l'analítica, el perfil lipídic presenta aquests valors: colesterol total, 310 mg/dL; LDL, 250 mg/dL; HDL, 39 mg/dL; TG, 190 mg/dL.

Senyalau l'afirmació correcta:

- a) Es tracta d'una hipercolesterolèmia greu, que, atès el valor del colesterol LDL superior a 190 mg/dL, fa sospitar una hipercolesterolèmia familiar.
- b) Cal fer una anamnesi exhaustiva sobre els familiars del pacient.
- c) Si el pacient no té xantomes tendinosos, no s'ha de sospitar una dislipèmia familiar.
- d) Les respostes a) i b) són correctes.

11. En l'anamnesi d'antecedents familiars, el pacient refereix que son pare va morir d'un infart de miocardi als 40 anys, que té tres germans amb hipertrigliceridèmia i hipertensió arterial i que, a més, dos d'ells tenen diabetis *mellitus* de tipus 2. D'altra banda, el pacient té dos fills, de 18 i 21 anys, sense cap malaltia, que se sàpiga.

Senyalau l'afirmació correcta:

- a) Té càrrega familiar d'esdeveniment cardiovascular precoç, la qual cosa és exclusiva d'una hipercolesterolèmia familiar heterozigota.
- b) La hipertrigliceridèmia dels seus germans pot orientar al diagnòstic d'hiperlipidèmia familiar combinada o poligènica.
- c) La síndrome metabòlica és més suggestiva d'hiperlipidèmia familiar combinada o poligènica.
- d) Les respostes b) i c) són correctes.

12. **Senyalau l'afirmació falsa sobre la hiperlipidèmia familiar combinada o poligènica:**

- a) És més prevalent que la hipercolesterolèmia familiar heterozigota.
- b) Sovint, el colesterol LDL no supera els 300 mg/dL.
- c) En són molt característics els xantomes.
- d) La freqüència se situa al voltant de l'1-2 % de la població general.



- 13. El valor d'Lp(a) del pacient del cas clínic descrit és de 90 mg/dL. Senyalau l'afirmació correcta:**
- a) Les persones amb concentració alta de colesterol LDL i d'Lp(a) són les que tenen un risc cardiovascular més alt.
 - b) La determinació de l'Lp(a) està indicada en els casos d'hipercolesterolèmia amb agregació familiar.
 - c) L'elevació de l'Lp(a) s'associa a una prevalença més alta d'estenosi aòrtica que en la població general.
 - d) Totes les respostes anteriors són correctes.
- 14. Quin és el risc cardiovascular del pacient del cas clínic descrit?**
- a) Risc alt, perquè té múltiples factors de risc cardiovascular: diabetis, hipertensió arterial, obesitat i hiperlipidèmia familiar.
 - b) No fa falta calcular el risc cardiovascular per mitjà d'SCORE2, perquè és prevenció secundària i passa directament a categoria de «risc cardiovascular molt alt».
 - c) Risc moderat, entre el 5 % i el 10 %.
 - d) Risc baix.
- 15. Quin tractament hipolipemiant cal pautar inicialment a aquest pacient?**
- a) Estatines d'intensitat alta.
 - b) Estatines d'intensitat alta i ezetimiba.
 - c) Inhibidors de la PCSK9.
 - d) Fenofibrat.
- 16. Quina de les estatines següents es metabolitza pel citocrom P450?**
- a) Pravastatina.
 - b) Simvastatina.
 - c) Rosuvastatina.
 - d) Pitavastatina.

17. Si després del tractament hipolipemiant pautat, al cap de quatre setmanes en l'analítica de control el valor del colesterol LDL és de 150 mg/dL, ¿quina és l'afirmació correcta?

- a) S'ha obtingut una molt bona resposta al tractament; és necessari que el pacient el mantengui, juntament amb mesures higienicodietètiques.
- b) Cal donar més temps a aquesta pauta de tractament per veure fins on aconsegueix reduir el colesterol LDL.
- c) Encara no s'ha assolit l'objectiu de colesterol LDL (< 55 mg/dL i 50 % de descens del valor basal), i per això cal pautar un inhibidor de la PCSK9.
- d) Totes les respostes anteriors són falses.

18. Com s'ha d'actuar si el pacient refereix miàlgies?

- a) Si el valor de CK és normal, la causalitat és incerta i per això cal indagar altres causes.
- b) Si el valor de CK és superior a quatre vegades el límit superior de la normalitat, cal interrompre el tractament amb estatines entre quatre i sis setmanes i posteriorment tornar a valorar el cas.
- c) Si en interrompre l'estatina persisteixen els símptomes, es pot tornar a introduir.
- d) Totes les respostes anteriors són correctes.

19. Amb l'estudi Holter de 24 hores no s'han detectat episodis de fibril·lació auricular. D'altra banda, en l'ecocardiograma s'observa una fracció d'ejecció del 39 %, hipoclnèsia inferior, hipertròfia septal, sense valvulopaties i sense canvis respecte de l'ecocardiograma previ.

Quina de les accions següents no és adequada, arribat aquest punt?

- a) Iniciar un tractament amb sacubitril-valsartan titulant-ne les dosis, més un betablocador en dosis baixes i un antialdosterònic, perquè ja du un ISGLT2 juntament amb la metformina.
- b) Sol·licitar un cateterisme.
- c) Fer seguiment estricte de les constants i del pes.
- d) Fer una ecocardiografia de control al cap de 3-6 mesos d'haver instaurat el tractament.

20. Pel que fa a la hipertensió arterial, s'aconsellen mesures higienicodietètiques i es pauta un tractament. Senyalau l'opció més correcta:

- a) S'ha de començar amb monoteràpia, atès que es tracta d'hipertensió arterial de grau I.
- b) Cal sol·licitar un monitoratge ambulatori de la pressió arterial (MAPA) per valorar la pressió arterial nocturna i/o l'efecte de bata blanca.
- c) És possible que amb el tractament de la insuficiència cardíaca amb fracció d'ejecció reduïda ja es controli la pressió arterial.
- d) Les respostes b) i c) són correctes.

Preguntes de reserva

21. Senyalau l'afirmació falsa sobre el càlcul del risc cardiovascular per mitjà de la taula SCORE2:

- a) Amb aquesta taula es calcula el risc de malaltia cardiovascular mortal i no mortal.
- b) En la taula SCORE2 es tenen en compte l'edat, el sexe, el colesterol no HDL, la pressió arterial i el tabaquisme.
- c) L'Organització Mundial de la Salut considera Espanya com a regió amb risc cardiovascular alt segons la taxa de mortalitat cardiovascular.
- d) Amb la taula SCORE2-OP es calcula el risc cardiovascular de les persones aparentment sanes que tenen més de 70 anys.

22. Senyalau l'afirmació falsa sobre els iPCSK9:

- a) Els efectes secundaris són lleus i majoritàriament locals a la zona de punció.
- b) S'ha demostrat que redueixen els esdeveniments cardiovasculars.
- c) La indicació actual és la hipercolesterolèmia familiar i/o els pacients en prevenció secundària que no assoleixen les xifres objectiu malgrat la dosi màxima tolerada d'estatines o que siguin intolerants a aquestes.
- d) Estan contraindicats en els casos de filtració glomerular inferior a 60 mL/min.

23. En quin dels casos següents l'objectiu de colesterol LDL és inferior a 70 mg/dL, segons les guies ESC/EAS?

- a) Home de 60 anys que ha patit un ictus isquèmic.
- b) Pacient amb hipercolesterolèmia familiar i tabaquisme.
- c) Home de 60 anys amb diabetis *mellitus* de tipus 2 i obesitat de grau I.
- d) Home de 58 anys amb un *bypass* femoropopliti.

24. Al pacient del cas clínic descrit li fan un MAPA sense tractament per estudiar la hipertensió arterial.

Senyalau l'afirmació correcta:

- a) Si la pressió arterial mitjana de 24 hores és de 148/94 mmHg, es confirma la hipertensió arterial.
- b) El pacient és *dipper* positiu, per la qual cosa li confereix pronòstic més dolent.
- c) A l'inici i al final de la col·locació del monitor per al MAPA, les xifres de la pressió arterial són més altes; per tant, es tracta d'hipertensió arterial de bata blanca i per això no es requereix tractament.
- d) Per definició, els valors normals de la pressió arterial són més alts en el MAPA que quan es prenen a la consulta.

Supòsit 6

Una dona de 45 anys que pateix obesitat, diabetis i hipertensió acudeix a la consulta per un lesió inflamatòria dolorosa a la planta d'un peu.

1. **Senyalau l'afirmació falsa sobre els següents patògens relacionats amb les infeccions del peu diabètic:**
 - a) *Streptococcus agalactiae* i *Streptococcus pyogenes* són microorganismes freqüents en les infeccions monomicrobianes.
 - b) Si un pacient ha rebut tractament antibiòtic prèviament, cal incloure en el tractament empíric un antibiòtic amb espectre per gramnegatius.
 - c) L'aïllament de microorganismes anaerobis és molt habitual en les infeccions cròniques del peu diabètic.
 - d) L'enterococ sol ser un agent poc freqüent en les infeccions monomicrobianes.

2. **Senyalau l'afirmació falsa:**
 - a) La malaltia arterial perifèrica és el factor de risc més freqüent d'úlceres del peu diabètic i condiona la probabilitat de curació i el risc d'amputació.
 - b) Gairebé la meitat dels pacients amb úlceres del peu diabètic poden tenir malaltia arterial perifèrica associada.
 - c) Un índex turmell-braç inferior a 0,9 indica malaltia arterial perifèrica, la repercussió hemodinàmica de la qual és proporcional al descens d'aquest índex.
 - d) Els procediments de revascularització oberts i tancats tenen una eficàcia similar.

3. **Senyalau l'afirmació falsa d'acord amb la classificació d'IDSA sobre la gravetat de les infeccions del peu diabètic:**
 - a) Una úlcera amb inflamació d'1,5 cm limitada al teixit cel·lular subcutani i sense signes de toxicitat sistèmica és una infecció lleu.
 - b) Una infecció que afecta teixits profunds i os i sense toxicitat sistèmica o inestabilitat hemodinàmica és una infecció greu.
 - c) Una infecció limitada al teixit cel·lular subcutani i que provoca febre i taquicàrdia no és una infecció lleu.
 - d) Un pacient amb febre i acidosi metabòlica té una infecció greu encara que els signes inflamatoris locals semblin escassos.

4. **Senyalau l'afirmació falsa sobre la semiologia i l'exploració del risc de neuropatia i de malaltia arterial perifèrica en un pacient amb un possible peu diabètic:**
 - a) Un índex turmell-braç superior a 0,9 descarta amb seguretat la malaltia arterial perifèrica.
 - b) Cal fer el test del monofilament per valorar la percepció de la pressió.
 - c) Cal explorar la percepció de la vibració amb un diapasó.
 - d) És habitual trobar abolició del reflex aquilià en els pacients amb peu diabètic.

5. **Senyalau la resposta correcta sobre les infeccions del peu diabètic:**
 - a) Les infeccions per *Pseudomonas aeruginosa* són més freqüents als països desenvolupats econòmicament a causa de l'abús i el mal ús dels antibiòtics.
 - b) La majoria de les infeccions cròniques del peu diabètic són monomicrobianes.
 - c) Les infeccions per SAMR (*Staphylococcus aureus* resistent a la meticil·lina) tenen un pronòstic similar a les infeccions per SAMS (*Staphylococcus aureus* sensible a la meticil·lina) si s'empren l'antibiòtic adequat.
 - d) Les ferides amb inflamació local extensa, necrosi i drenatge purulent s'associen en la majoria dels casos a infeccions monomicrobianes per bacteroides o *Clostridium*.

6. **Quin d'aquests antibiòtics triaríeu en darrer lloc com a tractament oral prolongat en un pacient amb osteomielitis del peu diabètic?**
 - a) Cotrimoxazole.
 - b) Ciprofloxacina.
 - c) Cloxacil·lina.
 - d) Rifampicina.

7. **En el cas d'una infecció lleu d'una úlcera d'un peu diabètic d'un pacient que ha estat ingressat durant dues setmanes a causa d'una pneumònia bacteriana greu, ¿quin d'aquests antibiòtics és més apropiat per iniciar un tractament empíric en monoteràpia?**
 - a) Metronidazole.
 - b) Ertapenem.
 - c) Cloxacil·lina.
 - d) Linezolid.

8. **Senyalau l'afirmació correcta sobre les proves radiològiques que es poden sol·licitar en un cas de sospita d'osteomielitis del peu diabètic:**
 - a) Encara que la ressonància magnètica és la tècnica radiològica més utilitzada, té poca sensibilitat per diagnosticar osteomielitis.
 - b) La gammagrafia amb leucòcits marcats permet distingir clarament una osteomielitis d'una infecció de teixits tous.
 - c) La gammagrafia òssia és una tècnica sensible per al diagnòstic de l'osteomielitis, però no té prou especificitat.
 - d) La PET/TC té menys especificitat que cadascuna de les tècniques per separat.

9. **Senyalau l'afirmació correcta sobre el diagnòstic de les infeccions del peu diabètic:**
 - a) Un valor alt de proteïna C reactiva en el cas d'un pacient amb una úlcera al peu determina que està infectada.
 - b) El diagnòstic de les infeccions és clínic i s'ha de fer almenys amb un signe local d'inflamació.
 - c) Si no s'observen signes locals d'infecció en la ferida, no s'aconsella iniciar un tractament antibiòtic fins i tot en presència d'un cultiu positiu.
 - d) Cal sol·licitar una radiografia simple del peu per descartar amb seguretat una osteomielitis en tots els casos d'úlcera del peu diabètic.

10. Senyalau l'afirmació correcta sobre la neuroartropatia de Charcot:

- a) És conseqüència de la neuropatia perifèrica autonòmica i sensitiva dels pacients amb peu diabètic.
- b) És conseqüència de la malaltia arterial perifèrica que tenen els pacients amb peu diabètic.
- c) L'administració de bifosfonats és una part essencial en el tractament de l'artropatia de Charcot.
- d) El tractament consisteix en exercici i rehabilitació programats, per evitar que progressi l'osteoporosi i l'enfonsament dels ossos del peu.

11. Quins són els principals factors de risc en la patogènia de les úlceres neuropàtiques del peu diabètic?

- a) La malaltia arterial perifèrica, les deformitats i els traumatismes locals.
- b) La neuropatia, la deformitat del peu i la microangiopatia.
- c) La neuropatia, l'aterosclerosi i la microangiopatia.
- d) La neuropatia, la deformitat i els traumatismes locals.

12. Senyalau l'afirmació correcta:

- a) Es pot considerar el tractament de la ferida del peu diabètic amb pressió negativa en ferides postquirúrgiques.
- b) L'eficàcia i la cost-efectivitat de l'oxigenoteràpia hiperbàrica estan ben establertes.
- c) La teràpia amb pressió negativa és eficaç i cost-efectiva en el tractament de la majoria de les úlceres del peu diabètic.
- d) L'oxigenoteràpia hiperbàrica està indicada especialment en els casos d'osteomielitis.

13. Quin dels següents iDPP4 va presentar un resultat desfavorable en l'estudi de seguretat cardiovascular perquè s'hi va advertir un increment dels ingressos per descompensació a causa d'insuficiència cardíaca?

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

14. **Amb relació als iSGLT2, quin té més capacitat de blocatge del receptor SGLT1?**
 - a) Dapagliflozina.
 - b) Canagliflozina.
 - c) Empagliflozina.
 - d) Tots tenen la mateixa capacitat de blocatge.

15. **Quina de les respostes següents no és una de les consideracions d'hipoglucèmia segons l'FDA i l'EMA?**
 - a) Es considera nivell 1 d'hipoglucèmia un valor de la glucosa plasmàtica inferior a 3,9 mmol/L (70 mg/dL) i sense símptomes.
 - b) El nivell 1 d'hipoglucèmia també es denomina «alerta d'hipoglucèmia».
 - c) Es considera nivell 3 d'hipoglucèmia (o hipoglucèmia greu) un valor de la glucosa plasmàtica inferior a 2,22 mmol/L (40 mg/dL).
 - d) Es considera nivell 3 d'hipoglucèmia (o hipoglucèmia greu) la que provoca una deterioració de la funció cognitiva prou important per necessitar ajuda per recuperar-se.

16. **En l'actualització de 2022 per al tractament de la diabetis *mellitus*, el Grup de Diabetis, Obesitat i Nutrició de la Societat Espanyola de Medicina Interna va proposar que el tractament dels pacients de risc cardiovascular alt després del diagnòstic de diabetis *mellitus* de tipus 2 ja tractats amb metformina i amb teràpia nutricional mèdica continuï amb...**
 - a) ...insulina basal (glargina o degludec).
 - b) ...sulfonilurees.
 - c) ...agonistes del receptor GLP-1 i/o iSGLT2.
 - d) ...pioglitazona.

17. **Quina de les següents famílies de fàrmacs antidiabètics té un efecte neutre sobre el pes?**
 - a) Agonistes del receptor GLP-1.
 - b) Sulfonilurees.
 - c) Pioglitazones.
 - d) Cap de les respostes anteriors és correcta.

- 18. Quin dels següents mecanismes d'acció no forma part dels efectes dels iSGLT2?**
- a) Uricosúria i de disminució de la inflamació.
 - b) Natridiüresi.
 - c) Augment dels cossos cetònics i de l'ATP.
 - d) Provoquen fibrosi a nivell renal i deteriorenen els podòcits.
- 19. Senyalau l'afirmació falsa sobre els agonistes del receptor GLP-1, específicament la dulaglutida, l'albiglutida i la semaglutida:**
- a) Aporten benefici clínic, hipoglucemiant i de reducció del risc cardiovascular en els pacients amb sobrepès encara que no estiguin finançats pel Sistema Nacional de Salut i l'IMC no sigui superior a 30.
 - b) La semaglutida determina de mitjana una pèrdua ponderal entre 4,5 i 6,5 kg a costa de l'adipositat visceral.
 - c) El tractament amb dulaglutida no requereix habitualment titulació progressiva; en canvi, en el tractament amb semaglutida sí que cal fer-ne la titulació, tant en les formulacions d'administració subcutània com en les d'administració oral.
 - d) La semaglutida per la via oral s'administra setmanalment.
- 20. Quin dels antidiabètics següents genera una pèrdua ponderal més significativa?**
- a) Dulaglutida.
 - b) Semaglutida.
 - c) Liraglutida.
 - d) Tirzetapida.

Preguntes de reserva

- 21. Quin dels següents agents antidiabètics ha demostrat capacitat de reduir l'esteatosi hepàtica?**
- a) Alogliptina.
 - b) Sulfonilurees.
 - c) Metformina.
 - d) Pioglitazona.



22. En el cas d'una pacient amb bon control del perfil glucèmic, amb quina freqüència es recomana fer la determinació de l'HbA_{1c}?
- a) Quatre mesos.
 - b) Un any.
 - c) Sis mesos.
 - d) Totes les respostes anteriors són incorrectes.
23. Senyalau l'afirmació falsa sobre les sulfonilurees:
- a) Són agents secretagogs.
 - b) Poden promoure hipoglucèmies persistents, prolongades.
 - c) Promouen la desgranulació de grànuls d'insulina després de l'entrada de calci intracitoplasmàtic.
 - d) S'han fet macroestudis sobre la seguretat cardiovascular de les sulfonilurees.
24. Senyalau la resposta correcta sobre la valoració d'altres comorbiditats associades a la diabetis *mellitus* de tipus 2:
- a) Genera un augment de la incidència del càncer de pulmó.
 - b) S'associa a un risc més alt de patir gliomes.
 - c) S'associa a una malaltia periodontal més greu i més prevalent.
 - d) S'associa a un risc més alt de Limfoma MALT.

Supòsit 7

Un home de 75 anys amb malaltia de Parkinson de quinze anys d'evolució, sense deterioració cognitiva, acudeix a la consulta per pèrdua de la consciència a ca seva.

1. **Quina de les següents causes de pèrdua de la consciència és més freqüent en la malaltia de Parkinson?**
 - a) Crisi comicial.
 - b) Síncope per hipotensió ortostàtica neurogènica.
 - c) Bloatge auriculoventricular complet.
 - d) Síndrome de Wolf-Parkinson-White.

2. **Senyalau l'afirmació falsa sobre la hipotensió ortostàtica:**
 - a) És més freqüent després de les menjades.
 - b) Per confirmar el diagnòstic es requereix demostrar una disminució superior a 20 mmHg en la pressió arterial sistòlica i superior a 10 mmHg en la pressió arterial diastòlica en passar a bipedestació coincidint amb l'aparició de símptomes.
 - c) L'absència de símptomes en la hipotensió ortostàtica implica un risc més alt de patir caigudes.
 - d) L'astènia i el dolor cervical i occipital en són símptomes freqüents.

3. **La família del pacient del cas clínic descrit refereix que l'orina és més fosca i fa més pudor els dies previs, però el pacient no refereix clínica miccional. Senyalau l'afirmació correcta:**
 - a) Cal fer una prova de tira d'orina, perquè les infeccions urinàries són una causa freqüent de caigudes en els ancians.
 - b) Cal fer una prova de tira d'orina o una anàlisi d'orina per motiu dels canvis en les característiques de l'orina (color i olor).
 - c) La presència o l'absència de símptomes urinaris és clau en el diagnòstic de la infecció urinària, independentment que el pacient tengui leucocitúria o bacteriúria.
 - d) Si es detecta bacteriúria en l'anàlisi, cal iniciar un tractament antibiòtic.

4. **En el cas clínic descrit, durant l'anamnesi per aparells sorgeixen diverses troballes positives. Quina de les següents no està relacionada amb la malaltia de Parkinson?**
 - a) Dispnea.
 - b) Al·lucinacions visuals.
 - c) Pèrdua d'olfacte.
 - d) Lliquen pla.

5. **En l'examen físic del pacient es detecta una úlcera sacra de grau III que no presenta signes de sobreinfecció. En revisar el seu historial microbiològic es detecta un cultiu positiu en el frotis de l'úlcera per *E. coli* productor de BLEE que es va prendre fa una setmana.**

Quina és l'actitud adequada?

 - a) Iniciar antibioteràpia amb ertapenem per la via endovenosa.
 - b) Iniciar un tractament per la via tòpica amb pomada de colistina.
 - c) Fer un nou cultiu de la ferida per mitjà d'una punció a través de pell sana.
 - d) No es requereix cap actuació addicional.

6. **Durant l'anamnesi, el pacient refereix pèrdua de 10 kg de pes en els darrers mesos i que es troba més cansat. Quina de les exploracions següents pot aportar més informació en aquest moment?**
 - a) Marcadors tumorals.
 - b) Escala de Depressió Geriàtrica de Yesavage i MNA (*Mini Nutritional Assessment*).
 - c) Estudi endoscòpic amb colonoscòpia i gastroscòpia.
 - d) Índex de Lawton i Brody.

7. **Quin dels fàrmacs següents cal administrar a aquest pacient per augmentar-li la gana?**
 - a) Acetat de megestrol.
 - b) Complex vitamínic.
 - c) Ciproheptadina.
 - d) Cap dels anteriors.

8. **El pacient del cas clínic descrit està polimedicat per tractar diverses malalties cròniques, a més de la malaltia de Parkinson. En plantejar-se desprescriure alguns fàrmacs sorgeixen dubtes sobre els criteris STOPP. Quina de les respostes següents no és realment un criteri STOPP?**
 - a) Diürètics d'ansa per a edemes malleolars sense altres signes d'insuficiència cardíaca, atesa la falta d'evidència sobre l'eficàcia que poden tenir.
 - b) Administració conjunta de metformina i sitagliptina, atès el risc d'hipoglucèmia.
 - c) Antidepressius tricíclics amb prostatisme o antecedents de retenció d'orina, atès el risc de retenció aguda d'orina.
 - d) Antagonistes del calci amb restrenyiment crònic, pot agreujar el restrenyiment.
9. **En l'examen físic es detecta un buf sistòlic en el focus aòrtic V/VI irradiat a les caròtides, que en l'ecocardiograma resulta ser una estenosi aòrtica greu, per la qual cosa a la consulta de cardiologia s'indica el recanvi valvular aòrtic. Quina de les exploracions següents ajuda a detectar millor la futilitat d'aquest procediment?**
 - a) Tomografia computada per determinar la geometria de l'anell aòrtic i l'accés perifèric.
 - b) Escala de fragilitat de Fried.
 - c) Escala de Gijón.
 - d) DEXA, per detectar sarcopènia.
10. **Quina de les opcions següents no és útil per calcular l'índex PROFUND en aquest pacient?**
 - a) Demència.
 - b) Índex de Barthel inferior a 60.
 - c) Hemoglobina inferior a 10 g/dL.
 - d) Malaltia vascular cerebral.
11. **Aquest pacient està institucionalitzat en una residència. Quin dels vaccins següents no hi està indicat?**
 - a) Diftèria, tètanus (Td).
 - b) Pneumococ.
 - c) Varicella (Varilrix®).
 - d) Grip anual.

12. **Revisant la medicació que pren aquest pacient es descobreix que diversos fàrmacs tenen activitat anticolinèrgica (Dormidina®, Buscapina®, paroxetina i umeclidini). Senyalau l'afirmació correcta sobre aquests fàrmacs:**
 - a) Tots tenen potència anticolinèrgica alta.
 - b) S'associen únicament a visió borrosa i boca seca.
 - c) L'associació pot agreujar o causar deterioració cognitiva.
 - d) Totes les respostes anteriors són correctes.

13. **Senyalau l'afirmació falsa sobre l'inici de les cures pal·liatives en els pacients amb malaltia de Parkinson:**
 - a) Les cures pal·liatives s'han d'integrar aviat en la trajectòria de la malaltia.
 - b) S'han d'iniciar quan s'estimi que el pronòstic de vida és inferior a sis mesos.
 - c) Es poden oferir de manera episòdica al llarg de la progressió de la malaltia.
 - d) És aconsellable un seguiment continu per determinar la necessitat de serveis comunitaris i mèdics.

14. **Una vegada valorada la situació del pacient com a subsidiària de rebre atenció pal·liativa, ¿quina de les afirmacions següents no és un dels objectius de l'atenció de cures pal·liatives?**
 - a) El nucli de tractament és el pacient i la seva família.
 - b) Pretenen accelerar la mort quan hi ha patiment refractari.
 - c) Pretenen millorar la qualitat de vida del pacient.
 - d) L'objectiu és donar suport a la família en el procés de dol.

15. **El pacient presenta dolor neuropàtic lancinant de probable origen radicular (secundari a distonia), que afecta l'extremitat inferior esquerra i augmenta amb la mobilització i al llit. En aquest tipus de dolor, quin dels fàrmacs següents no té la recomanació de tractament de primera línia?**
 - a) Duloxetina.
 - b) Amitriptilina.
 - c) Gabapentina.
 - d) Tramadol.

16. **En un cas de dolor nociceptiu que no respon als analgèsics de primer i segon grau, es planteja iniciar un tractament amb opioides, sabent que el pacient té una malaltia renal crònica en l'estadi 3b. Quin dels opioides següents és el menys indicat?**
 - a) Metadona.
 - b) Morfina.
 - c) Buprenorfina.
 - d) Fentanil.

17. **Quin dels següents opioides forts no té efecte sostre?**
 - e) Fentanil.
 - a) Tapentadol.
 - b) Buprenorfina.
 - c) Oxycodona/naloxona.

18. **En una situació de progressió greu de la malaltia, deterioració cognitiva i situació de final de vida, ¿quan cal plantejar-se proposar una sedació paliativa?**
 - a) Només si el pacient presenta signes de patiment.
 - b) Si la família té percepció de patiment, dolor i malestar (*discomfort*).
 - c) Si el patiment i el símptoma o símptomes són refractaris a les mesures terapèutiques específiques en un temps raonables.
 - d) En aquest cas, només si ho indica el document de voluntats anticipades del pacient.

19. **Malgrat tenir el dolor basal controlat amb un opioide fort per la via transdèrmica (fentanil), el pacient expressa dolor molt intens durant la higiene i la mobilització dels matins. Quina de les següents pautes de tractament és la menys aconsellable per tractar aquest dolor incidental?**
 - a) Administrar-li un opioide de rescat per la via oral abans de la higiene.
 - b) Administrar-li un opioide de rescat per la via sublingual abans de la higiene.
 - c) Administrar-li un opioide de rescat per la via subcutània després de la higiene.
 - d) Administrar-li un opioide per la via intranasal durant la higiene.

- 20. La psicosi és una complicació freqüent observada en la malaltia de Parkinson, que es caracteritza principalment per al·lucinacions visuals i deliris. Una vegada descartats causes subjacents i factors que hi contribueixen (infecció, deliri, demència i efectes adversos dels fàrmacs, inclosos els que s'utilitzen per tractar la malaltia de Parkinson), ¿quina de les següents opcions terapèutiques no és correcta?**
- a) Retirar o suspendre els fàrmacs psicoactius, si és possible.
 - b) Retirar o reduir la dosi dels fàrmacs antiparkinsonians diferents de la levodopa, en ordre invers a la potència i l'eficàcia d'aquells.
 - c) Retirar la levodopa i mantenir els altres fàrmacs antiparkinsonians.
 - d) La levodopa és el darrer que s'ha de reduir o retirar.

Preguntes de reserva

- 21. En el cas d'un pacient amb malaltia de Parkinson i símptomes psicòtics, quin dels antipsicòtics següents és el més adequat?**
- a) Haloperidol.
 - b) Risperidona.
 - c) Quetiapina.
 - d) Levomepromazina.
- 22. El pacient inicia una disfàgia greu, que impedeix l'alimentació suficient i ha generat dos episodis de broncopneumònia per aspiració. Actualment el pacient fa vida de llit-butaca, totalment dependent i amb suport d'atenció pal·liativa domiciliària, atesa la situació avançada. És competent per prendre decisions. Quina és la proposta més adequada des del punt de vista ètic?**
- a) Cal respectar la voluntat del pacient de rebutjar la sonda de gastrostomia si consta així en un document de voluntats anticipades i el pacient la reafirma.
 - b) Si ho demana la família del pacient, no cal informar-li'n i s'han de prendre les decisions només amb aquella.
 - c) En aquesta situació clínica, és desproporcionat instaurar una sonda de gastrostomia per a alimentació i no s'ha de posar encara que el pacient ho demani.
 - d) S'ha de proposar al pacient instaurar una sonda de gastrostomia com a única alternativa.

- 23. En una situació d'intoxicació greu per opioides forts, quin dels opioides següents pot tenir una resposta feble al tractament amb naloxona?**
- a) Morfina.
 - b) Buprenorfina.
 - c) Oxycodona.
 - d) Fentanil.
- 24. Un dels criteris següents no és indicació per incloure un pacient en un programa de cures pal·liatives. Senyalau-lo:**
- a) Deterioració greu nutricional: ingesta insuficient de líquids/calories i deshidratació, o índex de massa corporal inferior a 18, o pèrdua de pes del 10 % durant sis mesos i rebuig de mètodes d'alimentació artificial.
 - b) Complicacions greus en el darrer any: pneumònia per aspiració recurrent, caigudes amb fractures, pielonefritis, sèpsies, febre recurrent o úlceres per pressió en l'estadi 3 o 4.
 - c) Dèficit significatiu en la capacitat d'autocura i impossibilitat de la família de cuidar adequadament el pacient i d'assegurar el compliment terapèutic.
 - d) Disfunció motora ràpida (marxa i equilibri) o progressió de la malaltia no motora (demència greu, disfàgia, disfunció de la bufeta) i discapacitat (vida al llit o en una cadira, parla inintel·ligible, necessitat de dieta en puré i/o assistència important necessària per a les activitats de la vida diària).