

OSAKIDETZA

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

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

KATEGORIA:

FAK. ESP. BARNE MEDIKUNTZAKO MEDIKUA

CATEGORÍA:

FAC. ESP. MÉDICO MEDICINA INTERNA

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

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

- 1 ANTIDEPRESIBO TRIZIKLIKOEKIN HOBERA EGITEN DUTEN HONAKO KOADRO MINGARRI HAUETATIK, ZEINETAN EZ DA FROGATU HAIEN EFEKTU ANALGESIKOAGATIK EGITEN DUENIK?**
- 1a) Herpesaren ondorengo neuralgia.
 - 1b) Behe-dortsalgia kronikoa.
 - 1c) Migraina.
 - 1d) Tentsio-zefalea.
- 2 86 URTEKO PAZIENTE BAT KONTSULTARA ETORRI DA, HERPESAREN ONDORENGO MIN HANDIA DUELAKO. FARMAKO HAUETATIK, ZEIN DA LEHEN AUKERA KASU HONETAN?**
- 2a) Konbultsioen aurkakoak (gabapentina edo pregabalina motakoak).
 - 2b) Antidepressibo triziklikoak.
 - 2c) Serotonina/noradrenalinaren birkaptazioaren inhibitzaile selektiboak.
 - 2d) Antiarritmikoak (mexiletina motakoak).
- 3 60 URTEKO GIZON BAT, KONTUAN HARTZEKO AURREKARIRIK GABEA, LARRIALDIETAKO ZERBITZURA JOAN DA 5 EGUNEKO EBOLUZIOKO ABDOMENENKO MIN SOR ETA ETENGABEA DUELAKO EZKERREKO BEHEKO KOADRANTEAN. MIAKETA EGINDA, 38,5°C-KO SUKARRA DU, ETA MINA DU AIPATUTAKO ALDEAN HAZTATUZ GERO, BAITA PERITONISMO ARINA ERE. LEUKOZITOSI MODERATUA DU, EZKERRERA DESBIDERATUA. ABDOMENENKO OTA EGIN ZAIO, SUSMOA ZIURTATZEKO. BAI EZTAPEN HAUETATIK, ZEIN DA ZUZENA?**
- 3a) Egoera horretan, abdomeneko OTAk % 97ko sentikortasun eta espezifikotasuna du gaixotasuna baieztatzeko.
 - 3b) Azaldutako koadro klinikoaren larritasuna, Hincheyren sailkapenaren arabera, II-III izango litzateke.
 - 3c) Hincheyren I. estadioko sailkapena jasoz gero, etxean kontrolatuko genuke ahotik tratamendu antibiotikoa emanez.
 - 3d) Hincheyren III. estadioak EZ du larrialdiko kirurgiarik behar izaten.
- 4 HONAKO GAIXOTASUN HAUETAKO ZEINEN DIAGNOSTIKORAKO ERABILTZEN DIRA ERROMAKO IIIKO IRIZPIDEAK?**
- 4a) Abdomeneko min funtzionalaren sindromea.
 - 4b) Larruazaleko atzeko nerbio-estutzearen sindromea.
 - 4c) Heste minberaren sindromea.
 - 4d) Pankreatitis kroniko ez-alkoholikoa.
- 5 BULARRALDEKO MINARI BURUZKO HONAKO BAI EZTAPEN HAUETATIK, ZEIN DA ISKEMIA MIOKARDIKOAREN BEREIZGARRI?**
- 5a) Mina, nagusiki, abdomenaren erdialdean edo abdomeneko behe-aldean.
 - 5b) Ordu asko dirauen min etengabea.
 - 5c) Segundo gutxi batzuk edo gutxiago dirauten min oso laburreko gertakariak.
 - 5d) Minutu gutxi batzuetan intentsitatez handituz doan mina.

6 ZEFALARI BURUZKO BAIEZTAPEN HAUETATIK, ZEIN DA ZUZENA?

- 6a) Migraina duten pertsonen % 40k 30 urte egin aurretik izaten dute lehen gertakaria.
- 6b) Costenen sindromea ordubete dirauen luku gisako zefalea bat da.
- 6c) Tentsio-zefalea kronikoa biztanleen % 3k pairatzen dute.
- 6d) Mesenzefaloo da, antza denez, migraina-atakea benetan sortzen duena.

7 ZFALEA KLINIKOKI BIGARREN MAILAKOA BADA ETA OTA NORMALA BADA, HORREK HONAKO DIAGNOSTIKO HAUEK GUZTIAK SUSMARAZI BEHAR DIZKIGU, BAT IZAN EZIK, ADIERAZI ZEIN DEN.

- 7a) Araknoiditis leptomeningeoa.
- 7b) I motako Chiaria.
- 7c) Garezur barruko hipertentsio idiopatikoa.
- 7d) SUNCT sindromea.

8 28 URTEKO GIZONEZKO BAT LARRIALDIETAN SARTU DA, KONORTEA GALDUTA. MIAKETA EGINDA, KOMA SAKONA DUELA IKUSI DA, PUPILAK DILATATUTA ETA FINKO DAUZKALA. HAUETATIK, ZEIN DA DIAGNOSTIKO PROBABLEENA?

- 8a) Entzefalopatia metabolikoa.
- 8b) Alkohol metilikoagatiko intoxikazioa.
- 8c) Lesio pontinoa.
- 8d) Entzefalo-mailako lesioa.

9 86 URTEKO EMAKUME BAT, KONTUAN HARTZEKO MODUKO AURREKARIRIK GABEA (OROIMEN-GALERA TXIKI BAT BESTERIK EZ), LARRIALDIETARA ERAMAN DUTE, AZKEN 5 EGUNETAN INKOHERENTZIAK, PENTSAMENDU DESANTOLATUA, BAI ETA, NOIZ EDO NOIZ, FABULAZIOA ERE, IZAN DITUELAKO. EZ DU MEDIKAZIOA ALDATU. HONAKO PROBA HAUETATIK, ZEIN EGIN BEHAR DA HASIERAKO BALORAZIORAKO?

- 9a) Giltzurrun-funtzioaren probak.
- 9b) Garuneko OTA.
- 9c) Garuneko erresonantzia.
- 9d) Urokultiboa.

10 56 URTEKO PAZIENTE BATI ARRETA EMAN ZAIO, ZORABIO-SENTSAZIOA, GORAKOAK ETA ONDOEZA DITUELAKO. HONAKO EZAUGARRI HAUETATIK, ZEINEK IRADOKITZEN DU BERTIGO ZENTRAL BAT DAGOELA?

- 10a) Nistagmo bertikal-torsional mistoak.
- 10b) Nistagmoaren inhibizioak begi-finkapenarekin.
- 10c) Bulkada zefalikoaren seinalerik ez egoteak.
- 10d) Norabide bakarreko nistagmoak.

11 GARUNEKO HODIETAKO ISTRIPUEN (GHI) EPIDEMIOLOGIARI BURUZKO BAI EZTAPEN HAUETATIK, ZEIN DA ZUZENA?

- 11a) Espainian, GHIak baliaezintasun iraunkorreko hirugarren kausa dira.
- 11b) Espainian, iktusagatiko heriotza-tasa 20 urtez baino gehiagoz jaitsi da ia era paraleloan bi sexuei dagokienez.
- 11c) GHIaren intzidentzia alkohol-kontsumo eta langabeziarekiko zuzenki proportzionala da, baina EZ analfabetismoarekikoa.
- 11d) Iktus batetik bizirik ateratzen diren % 30 inguruk nolabaiteko ezgaitasuna dute, eta horietatik % 20k behin betiko ospitalizazioa behar dute.

12 GHI ISKEMIKO AKUTUAREN TRATAMENDUARI DAGOKIONEZ, KONTRAINDIKAZIORIK EZEAN, BAI EZTAPEN HAUETATIK, ZEIN DA ZUZENA?

- 12a) Gertakaria hasi ondorengo lehen 4,5 orduetan rtPArekin hasi behar da (ehun-plasminogeno birkonbinatuaren aktibatzailea), baldin eta pazienteak suspertze-zantzurik badu bakarrik.
- 12b) Azido azetilsalizilikoarekin (AAS) hasi behar da lehen 24 orduetan.
- 12c) Pisu molekular gutxiko heparina AASaren ordezkari aukera bat da GHI iskemikoan.
- 12d) Iktusaren arloko taldearekin berehala jarriko gara harremanetan iktus akutu iskemiko guztiak ebaluatzeko, gertakaria hasi denetik 4 ordu igaro arren.

13 DEMENTZIEI DAGOKIENEZ, BAI EZTAPEN HAUETATIK, ZEIN DA OKERRA?

- 13a) Dementia amnesia episodikoarekin hasten bada, eta, horren ondoren, beste akats apraxiko eta agnosiko batzuk agertzen badira, Alzheimerren gaixotasuna iradokitzen du horrek, lesioen ohiko nagusitasun tenporalinbikoagatik.
- 13b) Dementia frontotemporaletan, nortasunaren eta portaeraren nahasmenduak berantiarra eta gainartzaileak izango dira, haien oinarri patologikoa edozein dela.
- 13c) Dementia «subkortikalen» sintoma nagusiak zirkuitu frontobasalen nahasmenduak eragindako lobulu frontalen disfunzioagatik dira; dementia frontotemporalen taldean daude sintoma horiek.
- 13d) Mini mental state examination (MMSE) probaren helburu nagusia hau da: delirio- edo nahasmendu-egoerak baztertea, narriadura kognitibo globala baieztatzea eta pseudodementia depresiboa baztertea.

14 68 URTEKO EMAKUME BAT, KONTUAN HARTZEKO MODUKO AURREKARIRIK GABEA, KONTSULTARA EKARRI DUTE OROIMENAREN NARRIADURA PROGRESIBOA DUELAKO, 20 HILABETEKO EBOLUZIOAREKIN. FAMILIAK ADIERAZI DUENEZ, EGUNEROKO OROIMEN-GELDOTASUNAREKIN, EZAXOLA PROGRESIBOAREKIN ETA NEGARRERAKO JOERAREKIN HASI ZEN. URTEBETE GEROAGO, PARKINSONEN GAIXOTASUNA DIAGNOSTIKATU ZIOTEN, ETA L-DOPAREN BIDEZKO TRATAMENDUA JASO ZUEN, BAINA BERTAN BEHERA UTZI ZUEN HALUZINAZIOAK ZITUELAKO. GERORA, DELIRIO PARANOIKOAK IZAN ZITUEN ETA, NOIZBEHINKA, IKUSMEN-HALUZINAZIOAK, PORTAERA NORMAL ETA PENTSAMENDU EGITURATUAREKIN TXANDAKATUTA. MIAKETAN, HONAKO HAUEK NABARMENTZEN ZIREN: AURPEGIKO HIPOMIMIA, HIZKETA MONOTONOA, IBILERAREN MOTELTZEA, ETA ESKUEN DARDARA ARINA ATSEDENEAN. MMSEAREN EMAITZA 19/35 IZAN ZEN, BATEZ ERE KALKULU, GRAFIKOEN KOPIA ETA ORIENTAZIO TENPORALARENGATIK. HONAKO DIAGNOSTIKO HAUETATIK, ZEIN DA PROBABLEENA?

- 14a) Parkinsonen gaixotasuna.
- 14b) Alzheimerren gaixotasuna.
- 14c) Lewyren gorputzen dementia.
- 14d) Dementia frontotemporal.

15 JATORRI EZEZAGUNeko MINBIZI PRIMARIOARI DAGOKIONEZ, PRONOSTIKO ONEKO MINBIZI-AZPITALDE HAUETARAKO GOMENDIO TERAPEUTIKOEI BURUZKO BAIETAPEN HAUETATIK, ZEIN DA ZUZENA?

- 15a) Besapeko gongoilei eragindako adenokartzinoma duten emakumeak: III. edo IV. estadioko bularreko kartzinoma bezala tratatzea.
- 15b) Peritoneo-barrunbeko adenokartzinoma seroso papilarra duten emakumeak: III. mailako obulutegiko kartzinoma bezala tratatzea.
- 15c) Lepoko gongoilen zelula ezkatatsuen kartzinoma: IV. estadioko buru eta lepoko minbizia bezala tratatzea.
- 15d) Metastasi bakarra: Kirurgia edo erradioterapia bidezko tratamendu lokala, eta kimioterapia ematea ondoren.

16 SINDROME PARANEOPLASIKOEI BURUZKO BAIETAPEN HAUETATIK, ZEIN DA ZUZENA?

- 16a) Sindrome horiek pazienteen % 15en artean ere ikusten dira (kakexia kontuan hartu gabe).
- 16b) Sindrome paraneoplasikoen bi heren bitarte neoplasia gaizto elkartua diagnostikatu aurretik agertzen dira.
- 16c) *Akantosi nigricansa* helduen artean agertzen denean (mukosen lesioak ere eragiten dituen bereziki), estuki lotuta dago digestio-hodiko neoplasia gaiztoei.
- 16d) Osteoartropatia hipertrofikoak biriketako adenokartzinoma duten pazienteen % 20ri eragin diezaieke.

17 JATORRI EZEZAGUNeko MINBIZI METASTASIKOAREN HASIERAKO DIAGNOSTIKOAREN ONDORREN GOMENDATUTAKO EBALUAZIO HAUETATIK, ZEIN DA OKERRA?

- 17a) Adenokartzinoma metastasikoa duten gizonei dagokienez, PSAren serum-kontzentrazioa neurtu behar da.
- 17b) Adenokartzinoma metastasikoa duten emakumei dagokienez, mamografia edo bularreko erresonantzia egitea aztertu behar da.
- 17c) Gutxi bereizitako kartzinoma duten 70 urtetik gorako pazientei dagokienez, giza gonadotropina korionikoaren eta alfa-fetoproteinaren (AFP) serum-kontzentrazioak neurtu behar dira.
- 17d) Kartzinoma ezkatatsu metastasikoa duten pazientei dagokienez, iztaiko gongoilei eragiten badie, peritoneo-egitura guztien miaketa zehatza egin behar da, non honako hauek sartuko diren: endoskopia, ebaluazio urologikoa eta, emakumeetan, pelbisaren miaketa.

18 29 URTEKO EMAKUME HAURDUN BATEK LUPUS ERITEMATOSO SISTEMIKOA DU, ETA KONTSULTARA ETORRI DA HORREN TRATAMENDUA, FETUARI DAGOKIONEZ ETA EDOSKITZAROAN, SEGURUA DEN GALDEZERA. HONAKO FARMAKO HAUETATIK, ZEIN ERABIL LITEKE EGOERA HORRETAN?

- 18a) Ziklofosfamida.
- 18b) Ziklosporina.
- 18c) Mikofenolatoa.
- 18d) Belimumaba.

19 ESKLERODERMIARI DAGOKIONEZ, BAIEZTAPEN HAUETATIK, ZEIN DA ZUZENA?

- 19a) Gaixotasunaren intzidentzia, Estatu Batuetan, 276 kasu da milioi bat biztanleko.
- 19b) Antitopoisomerasa antigorputzak biriketako gaixotasun interstizialaren markatzaile bat dira.
- 19c) Antizentromero antigorputzak oso ohikoak dira larruazaleko esklerosi hedatsuan.
- 19d) Dauden subtipo klinikoa (gaixotasun mugatua versus zehaztugabea) eta auto-antigorputz espezifikoak EZ datoz bat gaixotasunaren larritasunarekin.

20 38 URTEKO GIZONEZKO BAT LARRIALDIETARA JOAN DA ESKUINEKO BELAUNEKO ARTRITISA IRADOKITZEN DUEN KOADROA DUELAKO, INPOTENTZIA FUNTZIONAL ETA 38°C-KO SUKARRAREKIN. ASTEBETE LEHENAGO BEHERAKO AUTOMUGATUA IZAN ZUEN. MIAKETAN, GILTZADURAKO ISURIA IKUSI DA, ETA, ARTROZENTESIA EGIN ONDOREN, 50 CC LIKIDO ARRE LORTU DA, BAITA PARAMETRO ANALITIKO HAUEK ERE: 45.000/MM LEUKOZITO (% 92, NEUTROFILOAK), 47 MG/DL GLUKOSA, GRAM TINDAKETA NEGATIBOA. HONAKO BAIEZTAPEN HAUETATIK, ZEIN DA ZUZENA?

- 20a) Giltzadura-likidoaren kultiboaren emaitza jakin ondoren hasi behar da tratamendu antibiotikoa.
- 20b) Komeni da artrozentesia 5 egunean behin egitea, sintomak arintzeko eta giltzaduraren suntsidura eragozteko.
- 20c) Gram tindaketa negatiboa izanik, Gram (+) bakterioek eragindako artritis septikoa izatea baztertzeko da.
- 20d) Gram tindaketa positiboa da Gram-negatiboek eragindako artritisen % 50ean.

21 BAIEZTAPEN HAUETATIK, ZEIN DA ZUZENA ARTRITIS ERREUMATOIDEARI (AE) DAGOKIONEZ?

- 21a) Faktore Erreumatoidea (FE) artritis erreumatoidearen bereizgarria da, eta positiboa da pazienteen % 85en baino gehiagoren artean gaixotasunaren fase goiztiarretan.
- 21b) Peptido zikliko zitruulinatuen kontrako antigorputzek (ACPA, ingelesez) sentikortasun handia dute AEn.
- 21c) FE edo ACPA AEren higadura-gaixotasunaren oso prediktiboak dira.
- 21d) Proba genetikoak egin behar dira gaixotasunaren diagnostiko diferentziala egiteko.

22 64 URTEKO GIZONEZKO BAT, KONTUAN HARTZEKO MODUKO AURREKARIRIK GABEA, KONTSULTARA ETORRI DA 4 HILABETEKO EBOLUZIOKO MUSKULU-AHULTASUNA DUELAKO; HORREK, GAUR EGUN, NABARMEN ZAILTZEN DIO ESKAILERAK IGOTZEA ETA JAISTEA. MIAKETA FISIKOAN, BI ESKUEN HATZ-KOSKORREN GAINEAN DAUDEN LESIO PAPULOERITEMATOSOAK DEIGARRI GERTATU DIRA, ETA GOTTRONEN PAPULAK DIRELA BAIEZTATU DA. HONAKO PROBA OSAGARRI HAUETAKO GUZTIEK, BAT IZAN EZIK, PAZIENTEAREN KOADRO KLINIKOA HOBETO DEFINITZEN LAGUNDUKO LIGUKETE. ADIERAZI ZEIN DEN.

- 22a) Arteria zeliakoaren arteriografia.
- 22b) Torax, abdomen eta pelbiseko OTA.
- 22c) Miaketa urologikoa.
- 22d) Antisintetasa antigorputzak.

23 SARKOIDOSIAREN EUSTE-TRATAMENDUKO FARMAKO-ERABILERARI BURUZKO BAIEZTAPEN HAUETATIK, ZEIN DA GEZURRA?

- 23a) Prednisona: Biriketako gaixotasun akutuan erabiltzea.
- 23b) Metotrexatea: Sarkoidosian, esteroideak aurrezteko baino ez du eraginkortasunik frogatu.
- 23c) Infliximaba: Biriketako gaixotasun kronikoan erabiltzea.
- 24d) Hidroxioklorokina: Eraginkorragoa larruazaleko gaixotasunean.

24 AMILOIDOSI PRIMARIOARI (AL MOTA) ETA SEKUNDARIOARI (AA MOTA) BURUZKO BAIEZTAPEN HAUETATIK, ZEIN DA EGIA?

- 24a) Bihotzeko erasana da ohikoena AAn, eta giltzurrunekoa ALn.
- 24b) Giltzurruneko erasana antzekoa da bi amiloidosietan, baina pronostiko okerragoa du AL motakoan.
- 24c) Makroglosia nekez agertzen da, baina amiloidosiaren susmoaren testuinguruan gertatzen denean, AA motakoaren patognomonikoa da ia.
- 24d) Gaixotasunaren pronostikoa okerragoa izan ohi da AA sistemikoan, ALn baino.

25 HIPERKALTZEMIAREN HONAKO KAUSA HAUETATIK, ADIERAZI ZEINETAN AGERTZEN DEN PTH ALTUA:

- 25a) D bitaminagatiko intoxikazioan.
- 25b) Hipertiroidismoan.
- 25c) Gaixotasun granulomatosoen hiperkaltzemian (sarkoidosia, adibidez).
- 25d) Hiperkaltzemia hipokaltziuriko familiarrean.

26 HIPERKALTZEMIAREN TRATAMENDUARI DAGOKIONEZ, BAIEZTAPEN HAUETATIK, ZEIN DA EGIA?

- 26a) Gaixotasunaren sintoma larriak daudenean baino ez dago justifikatuta tratamendu akutua.
- 26b) EZ da tratatu behar, kaltzioa 12 mg/dl-tik gora badago eta sintomarik ez badago.
- 26c) Zinakalzeta indikatuta egon daiteke hiperparatiroidismo primarioan zein sekundarioan.
- 26d) Denosumabaren eraginkortasunik ez da frogatu tumore-hiperkaltzemia iraunkorrean.

27 GLUKOKORTIKOIDEEN BIDEZKO TRATAMENDUARI LOTUTAKO OSTEOPOROSIARI DAGOKIONEZ, BAIEZTAPEN HAUETATIK, ZEIN DA EGIA?

- 27a) EZ da hezur-dentsitometriaren narriadura handirik ikusten tratamenduarekin gutxienez urtebete egon arte.
- 27b) Hausturarik gabeko paziente hauen artean, kaltzio eta D bitaminaren gehigarriak aski dira hezur-masaren gutxitzea prebenitzeko.
- 27c) Glukokortikoideen ondoriozko osteoporosi honen tratamendurako, teriparatida ordezkoko aukera okerragoa da bifosfonatoak baino.
- 27d) Haustura-tasak ere handitzen dira prednisona dosi txikiekin; eguneko 2,5 mg-rekin, adibidez.

28 **60 URTEKO EMAKUME BAT, HIPERTENTSIO ARTERIAL ETA HIPOTIROIDISMOKO AURREKARIAK DITUENA, ETA MEDIKAMENTU BIDEZKO TRATAMENDUAN, KONTSULTARA ETORRI DA: AZKEN HIRU HILABETEETAN, PLAKA ERITEMATOSOAK, EDEMATOSOAK ETA, HAZTATUTA, INDURATUAK AGERTU ZAIZKIO, BESAURRE ETA HANKETAN. EZ ZUEN KONTUAN HARTZEKO MODUKO BESTELAKO AURREKARIK, KOADRO KLINIKOA HASI BAINO LEHENTXEAGO ETXEA ALDATZEAN EGINDAKO AHALEGINA BAINO. MIAKETAN, EZ DA AHO-IREKIDURAREN NAHASMENDURIK, ESKLERODAKTILIARIK EDO MUSKULU-AHULERIARIK IKUSI, ETA EZ DU URDAIL-HESTEETAKO EZ GILTZURRUNEKO SINTOMARIK EDO RAYNAUDEN FENOMENORIK ADIERAZI. LABORATEGIKO ODOL-ANALISIETAN EMAITZA HAUEK IZAN DIRA: EOSINOFILOEN % 11 (800/MM) ODOL PERIFERIKOAN, 80 MM-KO GJA ETA TSH ALTUA. HONAKO BAI EZTAPEN HAUETATIK, ZEIN DA ZUZENA?**

- 28a) Morfea baten hasiera da, eta biopsian ezin da esklerodermiarik bereizi.
- 28b) Hartzen ari zen medikamentu batzuen erreakzioa izan da seguruenik.
- 28c) Aurretik triptofanoa hartu duen egiaztatu behar da.
- 28d) Oso litekeena da gaixoak erantzun ona ematea kortikoide dosi altuak hartzen baditu.

29 **HONAKO KAUSA HAUEK GUZTIAK, BAT IZAN EZIK, ESPLENOMEGALIA MASIBOA (8 CM BAINO HANDIAGOKO BAREA EZKERREKO SAIHETS-ERTZAREN AZPIAN) ERAGIN DEZAKETEN GAIXOTASUNAK DIRA. ADIERAZI ZEIN DEN:**

- 29a) Zain esplenikoaren buxadura.
- 29b) Anemia hemolitikoa.
- 29c) Sarkoidosia.
- 29d) Metaplasia mieloidea duen mielofibrosia.

30 **21 URTEKO EMAKUME BAT KONTSULTARA ETORRI DA, AZKEN ASTEETAN, EZUSTEAN, IZTAIKO ADENOPATIAK HAUTEMAN DITUELAKO. SEXU-BIZITZA AKTIBOA BADU ERE, ARRISKU-JOKAERAK UKATU DITU; HALABER, EZ DU KLINIKA LOKALIK EDO SEXU-TRANSMISIOZKO INFEKZIOA IRADOKITZEN DUEN BESTELAKO DATURIK ADIERAZI, EZTA KLINIKA OROKORRIK ERE. MIAKETAN, ALDEBIKO 3-4 ADENOPATIA EGIAZTATU DIRA (HANDIENAK, 1 CM-KO DIAMETROKOAK), BIGUNAK, MUGIKORRAK ETA EZ-MINGARRIAK. EZ DA LARRUAZALEKO LESIORIK IKUSI BEHEKO GORPUTZ-ADARRETAN, UZKIAN EDO PERINEOAN. HEMOGRAMA NORMALA DA. PAZIENTEA EZ DAGO OSO KEZKATURIK MEDIKUAREKIN HITZ EGIN ONDOREN. HONAKO MIAKETA HAUETATIK, ZEIN IZANGO LITZATEKE ONDOREN EGIN BEHARREKOA?**

- 30a) Sifiliaren serologia, pazientearen adinagatik, hark azaldutakoa gorabehera.
- 30b) Miaketa ginekologikoa, obulutegiko minbizia baztertzeko.
- 30c) Ezaugarri klinikoengatik, gongoil normalak direla dirudi. Proba gehiagorik EZ egitea, eta zenbait astetan kontrolatzea.
- 30d) Serologia birikoa egitea, gaixotasun elkartuak baztertzeko (Epstein-Barr birusa eta ZMB, gutxienez).

- 31 62 URTEKO GIZONEZKO BAT ANEMIAGATIK EBALUATU DA. PARAMETRO HAUEK DITU: HEMOGLOBINA, 9,0 G/DL (HEMOGLOBINA-BALIO NORMALA: 15 G/DL); HEMATOKRITOA, % 27 (HEMATOKRITO NORMALA: % 45); BATEZ BESTEKO BOLUMEN KORPUSKULARRA (BBK), 88 FL; BATEZ BESTEKO HEMOGLOBINA KORPUSKULARRA (BHK), 28 PIKOGRAMO, ETA BATEZ BESTEKO HEMOGLOBINA KORPUSKULARRAREN KONTZENTRAZIOA (BHKK), % 30. ERRETIKULOZITOEN KONTAKETA % 9 DA. ZEIN DA ERRETIKULOZITOEN EKOIZPEN-INDIZEA?**
- 31a) 2,7.
31b) 0,27.
31c) 27.
31d) 0,5.
- 32 ANEMIAREN DIAGNOSTIKOARI BURUZKO BAIETZAPEN HAUETATIK, ZEIN DA ZUZENA?**
- 32a) Eritrozitoen Banaketa Hedadura (EBH; RDW, ingelesez) edo eritrozitoen hedadura lotuta dago anisozitosi-mailarekin.
32b) Anemia ferropenikoetan EBH gutxituta dago.
32c) Howell-Jollyren gorputzak anemia hemolitikoetan ikusi ohi dira.
32d) Dakriolitoak anemia megaloplastikoen bereizgarriak dira.
- 33 JATORRI EZEZAGUNeko SUKARRAREN (JES) DIAGNOSTIKOAN, BAIETZAPEN HAUETATIK, ZEIN DA EGIA POSITROI-IGORPENEZKO TOMOGRAFIA (PET) ETA OTA PET/OTA BATERA ERABILTZEARI DAGOKIONEZ?**
- 33a) PET/OTak % 80ko sentikortasuna du, eta indioarekin markatutako gammagrafiak % 25ekoa bakarrik.
33b) PETak, gammagrafien aldean, honako abantaila hauek ditu: bereizmen handiagoa; zehaztasun-maila handia eskeleto axialean, baina sentikortasun txikiagoa infekzio arin kronikoei dagokienez.
33c) JESaren diagnostikoan, PET/OTaren erabilgarritasun-tasa % 40ra baino EZ da iristen.
33d) JESa duten pazienteen artean, hezur-muinaren kaptazio handituak gaixotasun hematologikoa iradokitzen du.
- 34 BAIETZAPEN HAUETATIK, ZEIN DA EGIA HERRIALDE GARATUETAKO JATORRI EZEZAGUNeko SUKAR (JES) FILIATU GABEA DUTEN PAZIENTEEN PRONOSTIKOARI DAGOKIONEZ?**
- 34a) JESeko kasu gehienak trata daitezkeen gaixotasunen ondorioz dira.
34b) Diagnostikatu gabeko JESa duten pazienteei sei hilabeteko jarraipena eginda, heriotza-tasa % 15era iristen da.
34c) EZ da ohiz kanpoko JESa duten eboluzio luzeko pazienteak antibiotikoen, antituberkulostatikoen edo glukokortikoideen bidez enpirikoki tratatu beharra egotea.
34d) JEZi lotutako ez-Hodgkin linfomak neurrigabeko heriotza-tasa altua izaten du.

- 35 ASISTENTZIA SANITARIOARI LOTUTAKO INFEKZIOEN (ASLI) EPIDEMIOLOGIARI DAGOKIONEZ, INFEKZIO HORIEI BURUZKO BAIEZTAPEN HAUETATIK, ZEIN EZ DA EGIA?**
- 35a) ASLlren urteko intzidentzia, European zein Estatu Batuetan, ospitaleratutako 14-20 pazienteko 1 da gutxi gorabehera (% 4).
- 35b) ASLlak lehen 10 heriotza-kausetako bat dira Estatu Batuetan.
- 35c) Gailu eta interbentzioekin lotutako infekzioetan, patogeno hauek identifikatu ohi dira: *S. aureus*, *Enterococcus* generoa, *E. coli* eta *S. epidermidis*.
- 35d) ASLlak, prebentzio-neurrien bidez, % 35-40ra bitarte gutxitu daitezke.
- 36 OSPITALEKO INFEKZIOA PREBENITZEKO ETA KONTROLATZEKO GOMENDIOEI DAGOKIENEZ, BAIEZTAPEN HAUEK GUZTIAK, BAT IZAN EZIK, I. MAILAKOAK DIRA (ERAGINKORRAK DIRELA FROGATU DA, ALEGIA). ADIERAZI ZEIN DEN:**
- 36a) Hezkuntza eta informazioa.
- 36b) Operazio aurreko profilaxi antibiotikoa.
- 36c) Kirurgia-teknika ona eta praktika aseptikoak operazio-gelan.
- 36d) Eskuak behar bezala garbitzea.
- 37 38 URTEKO PAZIENTE BAT LARRIALDIETARA JOAN DA 36 ORDUKO EBOLUZIOKO 39°C ARTEKO SUKARRA DUELAKO. EZ DU KONTUAN HARTZEKO MODUKO AURREKARIRIK, DUELA SEI HILABETE, MOTO-ISTRIPU BATEN ONDORIOZ, PREMIAZKO ESPLENEKTOMIA EGIN ZIOTELA IZAN EZIK. PAZIENTEAK EZ DU GOGORATZEN TXERTOJA JARRI ZIOTEN EDO EZ. SINTOMARIK EZ ZUELA, ETA INGRESUA BAINO 36 ORDU LEHENAGO, ONDOEZA, 39°C ARTEKO SUKARRA, ZALANTZAZKO DARDARAK, ESPEKTORAZIORIK GABEKO EZTUL ARINA ETA ZEFALEA IZAN ZITUEN HASIERAN. EPIDEMIOLOGIA NEGATIBOA. MIAKETAN, SINTOMA HAUEK IKUSI DIRA: 38,7°C-KO SUKARRA, 98/60 MM HG-KO TENTSIO ARTERIALA, MINUTUKO 120 TAUPADAKO BIHOTZ-MAIZTASUNA; EZ DAGO DATU MENINGEORIK, EZTA SUSMORAKO BESTELAKO HASIERAKO FOKURIK ERE. HONAKO BAIEZTAPEN HAUETATIK, BAT GEZURRA DA. ZEIN?**
- 37a) Era horretako pazienteen arteko arrisku-faktore garrantzitsuenen artean bizitzako muturreko adinak eta esplenektomiatik igarotako denbora daude.
- 37b) Asplenian edo hipoesplenian, akats immunologiko espezifikoa, hau da: proteina-antigorputz gutxiago sortzea eta germen kapsulatuen ondoriozko infekziorako arrisku handiagoa izatea.
- 37c) Pazientea txertoa jarrita balego, zerkusia izango luketen germen ohikoenak *Staphylococcus* generokoak eta bakterio enteriko gram-negatiboak izango lirateke.
- 37d) Aukerako tratamendu enpirikoa, pazientea txertoa jarrita EZ balego, hau izango litzateke: zeftriaxona (2 g/12 ordu) eta, horrez gain, bankomizina (15 mg/kg, 12 orduan behin).



- 38** **27 URTEKO EMAKUME PARAGUAITAR BATI BIRIKETAKO TUBERKULOSIA DIAGNOSTIKATU ZAIO; KARKAXEAN *MYCOBACTERIUM TUBERCULOSISA* ISOLATU ZAIO. TRATAMENDUA HASI DA, EGUNERO, TUBERKULOSTATIKOEN PAUTA LAUKOITZA EMANEZ, DOSI ESTANDARRAREKIN: ISONIAZIDA (INH), ERRIFANPIZINA (ERIF), ETANBUTOLA (ENB) ETA PIRAZINAMIDA (PZA). TRATAMENDUAREN 29. EGUNEAN ERRESISTENTZIEI BURUZKO TXOSTENA JASO, ETA *MYCOBACTERIUMA* ISONIAZIDAREKIKO ERRESISTENTEA DELA IKUSI DUGU. TRATAMENDU-ERREGIMEN HAUETATIK, ZEIN DA EGOKIENA KASU HONETAN?**
- 38a) INH etetea, eta ERIF, ENB eta PZA ematen jarraitzea, aurreikusitako 6 hilabeteak egin arte.
38b) INH etetea, eta ERIF, ENB eta PZA ematen jarraitzea 9 hilabetez, eta estreptomizina 2 hilabetez.
38c) INH etetea, eta ERIF, ENB eta PZA ematen jarraitzea 12 hilabetez.
38d) INH etetea, eta ERIF, ENB eta PZA ematen jarraitzea 12 hilabetez, eta kinolona bat 2 hilabetez.
- 39** **35 URTEKO GIZONEZKO BAT KANPO-KONTSULTETARA JOAN DA, EZKERREKO LEPO-ALDEAN, EZUSTEAN, MASA BAT HAUTEMAN BAITU. EZ DU KONTUAN HARTZEKO MODUKO HISTORIA KLINIKOA, INFEKZIOKO DATU EPIDEMIOLOGIKORIK GABEA EDO SINTOMA KONSTITUZIONALIK GABEA DA. MIAKETA FISIKOAN, MINIK EMATEN EZ ZUEN MASA (GONGOILAK) GORRITU BAT, TRINKOTASUN SENDOKOA, BAINO EZ ZEN NABARMENTZEN EZKERREKO ESTERNOKLEIDOMASTOIDEOREN GOIKO ERTZEAN. *MYCOBACTERIUM TUBERCULOSISA*K ERAGINDAKO LINFADENITISA DELA EGIAZTATU DA. HONAKO ERANTZUN HAUETATIK, ZEIN DA ZUZENA?**
- 39a) Linfadenitisaren eboluzioak, baita tratamendua hasi ondoren min, zorne-jario eta fistulazioa dagoenean ere, tratamenduak porrot egin duela esan nahi du, eta, ondorioz, aldatu egin behar da.
39b) Tratamendua hasi ondoren, beste nodulu batzuk agertu ohi dira kasuen % 25-30ean.
39c) Kortikoideak EZ daude indikatuta biriketarik kanpoko tuberkulosi mota honetan.
39d) Tratamendua 4 farmako bidez da (INH, ERIF, ENB eta PZA), 4 hilabetez.
- 40** **HONAKO BAI EZTAPEN HAUETATIK, ZEIN DA EGIA GERNU-TRAKTUKO INFEKZIOEI (GTI) DAGOKIENEZ?**
- 40a) 65 urtetik gora, gutxienez gizonen % 20k eta emakumeen % 30ek GTIak dituzte.
40b) Bakteriuriarik gabeko gernu-jalkina edo -sedimentua badago, ez da probablea GTI bat egotea.
40c) Emakumeen % 10ek GTIak dituzte urtero.
40d) Erdainkuntza edo zirkunzisia eginda ez edukitzeak EZ du handitzen GTIen arriskua heldu gazteen artean.
- 41** **52 URTEKO EMAKUME SEXUALKI AKTIBO BATEK AZKEN 3 URTEETAN GERNU-TRAKTUAREN INFEKZIO (GTI) GERTAKARI ERREPIKARIAK DITUELA ADIERAZI DU (3 EDO GEHIAGO URTEAN), GTI-AREN GERTAKARI BAKOITZEAN OHIKO TRATAMENDUA OSORIK JARRAITU ARREN. SINTOMATOLOGIA, SARRITAN, KOITOREN OSTEAN HASTEN DA, 24 ORDUREN BARRUAN. TRATAMENDU HAUETATIK, ZEIN DA ERAGINKORRENA, KASU HONETAN, ERA HORRETAKO GERTAKARIAK GUTXITZEKO?**
- 41a) Maskuria hustea, koitoa izan eta berehala.
41b) Infekzioak oso maiz direnez, epe luzeko eguneko tratamendu profilaktiko antibiotikoa hastea.
41c) Kimioprofilaxia dosi bakarrarekin, koitoa izan eta berehala hartuta.
41d) EZ da baliagarria antibiograma ezagutzea kimioprofilaxia egiteko.

- 42** **54 URTEKO EMAKUME BATEK, GIZARTE-LANGILEA BERA, DUELA BI URTETIK SINTOMA HAUEK DITUELA ADIERAZI DU: NEKE HANDIA, MUSKULUETAKO MIN OROKORTU ETA ZEHAZTUGABEAK, ARTRALGIAK, INSOMNIO ERREPIKARIA, KONTZENTRAZIO GUTXIAGO LANEAN, ETA MUSKULUETAKO NOIZBEHINKAKO ARRANPA EDO KALANBREAK. MEDIKU UGARIK IKUSITA, DEPRESIO HANDIA, ESKIZOFRENIA EDO FUNTSEZKO BESTE EDOZEIN GAIXOTASUN BAZTERTU DUTE, FIDAGARRITASUN PATOLOGIKO MEDIKO HANDIAREKIN EGIN ERE. HONAKO ERANTZUN HAUETATIK, ZEIN DA EGIA PAZIENTEAK IZAN LEZAKEEN GAIXOTASUNARI DAGOKIONEZ?**
- 42a) Oso litekeena da gaixoak EZ edukitzea haurtzaroko aurrekaririk, estres sozialagatiko nahasmendurik edo laguntza pertsonalik eza.
- 42b) Gaixoari lagundu eta egiazko sintomak gutxitzeko, EZ dugu zertan jakin pertsonaren eguneko jardunean sintomak zer eragin duten.
- 42c) Maiz gertatzen da epe luzera guztiz suspertzea, tratamendurik gabe.
- 42d) Terapia EZ-farmakologikoak (ariketa mailakatu aerobikoaren terapia, besteak beste) oso-oso baliagarriak izan daitezke era horretako pazienteen artean.
- 43** **34 URTEKO GIZONEZKO BAT LARRIALDIETARA JOAN DA, EZTULA, AIREA FALTA DUEN SENTIPENA ETA EDEMA HANDIAK DITUELAKO (AURPEGI, BETAZAL ETA ESKUINEKO ESKUAN). AZKEN 4 HILABETEETAN OSPITALERA DATORREN HIRUGARREN ALDIA DA, BATEAN ABDOMENEO MINAGATIK. DUELA URTE BATZUETATIK ZENBAIT ALDIZ GERTATU ZAIO. ANTIHISTAMINIKOEKIN ETA, NOIZBEHINKA, KORTIKOIDEKIN TRATAMENDUAN EGON DELA ERE ADIERAZI DU. ELIKAGAI SUSMAGARRIRIK HARTU IZANA UKATU DU, ETA EZ DU MEDIKAMENTURIK HARTZEN. LESIO EDEMATOSOAK EZ DIRA, ETA EZ DIRA INOIZ IZAN, MINGARRIAK EDO PRURIGINOSOAK. EZIN IZAN DUGU GEHIAGO GALDETU, HAREN DISNEAK OKERRERA EGIN DUELAKO, ETA INTUBATZEA EDO TRAKEOTOMIA EGITEA PLANTEATU DELAKO. BITARTEAN, ZEIN IZANGO LITZATEKE TRATAMENDU EGOKIENA EGOERA HORRETAN?**
- 43a) Adrenalina errazemikoa arnasbidean nebulizazio bidez eta muskulu barneko injekzioen bidez ematea (0,2-0,3 ml, 1:1.000, 20-30 minutuan behin).
- 43b) Adrenalina, aurreko erantzunean bezala, eta metilprednisolona pultsu bidez, dosi handietan.
- 43c) Bi unitate plasma fresko izoztu.
- 43d) 30 mg ikatibanta, larruazalpetik.
- 44** **HONAKO IMMUNOESKASIA HAUETATIK, ADIERAZI ELKARKETA EGOKIENA ZEIN DEN:**
- 44a) Leukozitoen itsaskortasunaren eskasia: Larruazaleko infekzio larriak eta autoimmunitate-fenomenoak.
- 44b) Immunoeskasia komun aldakorra: Bakterio kapsulatuen ondoriozko infekzio errepikariak.
- 44c) Konplementuaren eskasia: Birus eta bakterio katalasa-positiboek eragindako infekzioak.
- 44d) Fagozitosiaren eskasia: Infekzio biriko errepikariak eta salmonelosiak.

45 GIB-ARENGATIKO INFEKZIOA TRATATZEKO PRINTZIOEI DAGOKIENEZ, HONAKO BAI EZTAPEN HAUETATIK, ZEIN DA OKERRA?

- 45a) Immunitate-sistemak une horretan zer gaitasun-maila duen adierazten du T CD4/T CD8 linfuzitoen koefizienteak.
- 45b) Emakumeek tratamendu antirretobiral onena jaso behar dute, haurduntza-maila zein den alde batera utzita.
- 45c) GIBaren RNAren plasma-kontzentrazioek erreplikazio-magnitudea eta T CD4 linfuzitoen suntsipen-tasa adierazten dituzte.
- 45d) Farmakoen kopuru erabilgarria mugatua da. Tratamendu antirretobiralari buruzko edozein erabakik pazientearentzako etorkizuneko aukeretan du eragina.

46 GIB-AGATIKO INFEKZIOA TRANSMITITZEKO HONAKO ERA HAUETATIK, ZEINETAN DAGO KUTSATZEKO ARRISKU GUTXIEN?

- 46a) Osasun-arloko langile batek ziztada perkutanea izanda.
- 46b) Uzki-koito sartzailean.
- 46c) Aho-sexu sartzaile edo hartzailean.
- 46d) Sexu-jostailuak partekatuta.

47 24 URTEKO GIZONEZKO BAT KONTSULTARA ETORRI DA URETRAKO MEATUAN DISURIA ETA ERREMINA DITUELAKO, BAITA JARIAKIN ZURIXKA BAT ERE, MEATUTIK DUELA HIRU EGUNETIK ISURTZEN DENA. PAZIENTEAK BABESIK GABEKO SEXU-HARREMANA IZAN BERRI DU. HONAKO ERANTZUN HAUETATIK, ZEIN DA GEZURRA?

- 47a) Uretrako exudatuaren Gram tindaketa proba diagnostiko azkar eta sinple bat da, uretritis zein infekzio gonokozikoa dagoen dokumentatzeko.
- 47b) Tratamendu enpiriko bat egingo da muskulu barneko zeftriaxonaren eta ahotik emandako azitromizinen dosi bakarrekin, emaitza mikrobiologikoen zain.
- 47c) *Neisseria gonorrhoeae* isolatu bada, tratamenduarekiko bakterio-erresistentzia handiagoa dagoenez, probak 3 asteren buruan egin behar dira, sendatu dela baieztatuz.
- 47d) Espero izatekoa da azitromizina uretritis ez-gonokozikoen kasu gehienak sendatzea.

48 SIFILIAREN DIAGNOSTIKOARI DAGOKIONEZ, BAI EZTAPEN HAUEN ARTETIK ZEIN DA ZUZENA?

- 48a) RPR test kardiolidipidikoak sifili primarioaren diagnostikorako % 95-98ko sentikortasuna du.
- 48b) Ereku finkatuaren zuzeneko immunofluoreszentzia bidezko tindaketa eremu iluneko mikroskopia baino egokiagoa da larruazaleko lesio hezeak aztertuz.
- 48c) Agian, proba treponemikoak dira proba positibo bakarrak sifili kardiobaskular edo neurologikoa duten pazienteen artean.
- 48d) RPR edo VDRL, sifilia diagnostikatzeko baliagarriak badira ere, EZ dira hala erantzun terapeutikoa monitorizatuz.

- 49 **51 URTEKO GIZONEZKO BAT LARRIALDIETARA ERAMAN DUTE, ETXEAN BRADIPSIKIKO, DARDARKA, 35,6°C-KO TENPERATURAREKIN ETA IZERDITSU AURKITU DUTE ETA. AURREKO EGUNETIK POLAKIURIA ETA DISURIA ZITUELA ADIERAZI DUTE. AURREKARIETAN DIABETIKOA (AHOTIKAKO ANTIDIABETIKOEN BIDEZKO TRATAMENDUAN) ETA HIPERTENTSOA DELA (AEBI BAT HARTZEN DU) NABARMENTZEN DA. MIAKETAN, LO GELDITZEKO JOERA DUEN PAZIENTE BAT IKUSI DA; HALERE, GALDERA ERRAZEI ERANTZUN DIE, FOKATZE NEUROLOGIKORIK GABE. HALABER, HONAKO EZAUGARRI HAUEK DITU: TENPERATURA 35,6°C, BIHOTZ-MAIZTASUNA 118 TAUPADA MINUTUKO, TA 84/50 MM HG, ARNASKETA-MAIZTASUNA 22 ASNASKETA MINUTUKO, BETETZE KAPILARRA >2 SEGUNDOKO. ABDOMENAK, DIRUDIENEZ, MINA EMATEN DIO HIPOGASTRIOAN ETA ESKUINEKO GILTZURRUN-HOBIAN, BAINA PERITONEOKO NARRITADURA-ZANTZURIK GABE. ADIERAZI ERANTZUN OKERRA ZEIN DEN?**
- 49a) Oso litekeena da shock septikoa izatea, hipotentsio errefraktario bat duen jakin ez arren, haren hipotentsioak zain barnetik emandako likidoei nola erantzuten dien itxaron beharra baitago.
- 49b) Dopamina da shock septikorako aukerako farmako basopresorea.
- 49c) Proba osagarrien artean hau nabarmentzen da: laktatoa > 5,6 mmol/L (0,5-2,2 mmol/L). Horrek adierazten digu pazienteak ehun-perfusio desegokia duela une horretan.
- 49d) Zain barnetiko fluidoak garaiz ematea (% 0,9ko 30 ml gatz-serum kg bakoitzeko dosia) funtsezkoa da ehunen perfusio egokia edukitzeko; lortu beharreko helburua hau da: batez besteko presio arteriala >65 mm Hg edo 90 mm Hg-tik gorako TAS izatea.
- 50 **SEPTIZEMIA LARRIA DUTENEN % 20-35 INGURU ETA HORIETATIK SHOCK SEPTIKOAN DAUDENEN % 40-60 INGURU HILTZEN DIRA JARRAIPEN-ALDIKO LEHEN HILABETEAN. HAINBAT TRATAMENDU ERABILI DIRA HERIOTZA-TASA HORI GUTXITZEKO. HONAKO ALTERNATIBA HAUETATIK, ZEIN DA EGIA SHOCK SEPTIKOA DUTEN PAZIENTEEI DAGOKIENEZ?**
- 50a) pHa 7,2 baino gutxiago denean bikarbonatoa emateak hemodinamika hobetzen du.
- 50b) Immunoglobulina emateak morbillitatea hobetzen duela frogatu da.
- 50c) Eritropoietina baliagarria da anemia larriak dituen shock septikoan (Hgb <7).
- 50d) Hidrokortisonak shock septikotik suspertzea bizkortzen du, biziraupena luzatu gabe.
- 51 **ANTIBIOTIKO GUZTIEK ALBO-ONDORIOAK IZAN DITZAKETE. HONAKO BAI EZTAPEN HAUETATIK, ZEIN EZ DA ZUZENA?**
- 51a) Azitromizina: QTz luzatu eta hilkortasun kardiobaskularra handitu dezake.
- 51b) Daptomizina: Miopatiak eragin ditzake; kontrolerako CPK bat eskatu behar da tratamendu luzeetan.
- 51c) Antibiotiko sistemiko batzuek heste-flora nahasteko arriskua dute, eta *Clostridium difficile* eragindako infekzioa indultzekoa.
- 51d) Tetratziklinak eta gluzilzilinak: Digestio-hodiko fotosentikortasuna eta molestiak eragin ditzakete.
- 52 **ZAHARREN ARTEAN MEDIKAMENTUAK ERABILTZEARI BURUZKO BAI EZTAPEN OROKOR HAUETAKO BAT EZ DA EGIA. ZEIN?**
- 52a) Giltzurrunetatik kanporatutako farmakoen argitzea % 50 gutxitu daiteke.
- 52b) Nagusiki gibeletik kanporatzen diren farmakoen dosia egokitu behar izaten da, adinagatik.
- 52c) Zaharren artean xede-organoaren sentikortasuna handitzeko arriskua dela eta, eraginkorra izateko dosi txikiena baino ez da erabili behar.
- 52d) Haien muskulu-masa txikiagoa denez eta gorputz-pisu osoarekiko gantz gehiago dutenez, farmako hidrodisolbagarrien efektuekiko sentiberagoak dira, eta lipodisolbagarrien efektu luzeak izaten dituzte.

- 53** **78 URTEKO GIZONEZKO BAT ARTATU DUTE LARRIALDIETAN, 24 ORDUKO EBOLUZIOKO NAHASMENDU-SINDROME AKUTUAGATIK. EZ DU KONTUAN HARTZEKO MODUKO AURREKARIRIK, FIBRILAZIO AURIKULARRA BESTERIK EZ – AZENOKUMAROLAREN BIDEZ TRATATUA–, ETA NOIZBEHINKA AIEE-AK HARTZEN DITU ESKUINEKO ALDAKAKO ARTROSIAGATIK. HISTORIA KLINIKOA INTERESIK GABEA DA; GERNU-KLINIKARIK EZ ZUELA ETA EZTARRIKO TRABAMENDUKO GERTAKARIRIK EDO INFEKZIOKO DATU EPIDEMIOLOGIKORIK EZ ZEGOELA NABARMENTZEN ZEN. MIAKETAN, HAU NABARMENDU DA: LAGUNTZEN SAIATZEN DEN PAZIENTE BAT, BAINA FABULAZIOA ETA DESORIENTAZIOA AGERI DITU. 36,5°C-KO TENPERATURA, 120/MM HG-KO TA; 95EKO BIHOTZ-MAIZTASUNA MINUTUKO; 20KO ARNAS MAIZTASUNA MINUTUKO; % 89KO OXIGENO-ASETASUNA. ANALITIKAN, 10.200 LEUKOZITO DITUELA BAINO EZ DA NABARMENTZEKOA (% 85, POLIMORFONUKLEARRAK). TORAXEKO ERRADIOGRAFIAN KONDETSAZIOA HAUTEMAN DA ESKUINEKO BEHE-GINGILEAN, ETA ZALANTZAZKOA ESKUINEKO BIRIKAREN ERDIKO GINGILEAN. BAI EZTAPEN HAUETATIK, ZEIN DA ZUZENA?**
- 53a) Pneumoniak, zaharren artean, adin ertainekoen artean duen intzidentziaren antzekoa du.
- 53b) Kasu honetan esku hartu ohi duten germenak hauek izango liriteke: *Streptococcus pneumoniae* bakterioa, bakterio anaerobioak eta bazilo enteriko gram-negatiboak.
- 53c) Aukerako tratamendua, kasu honetan, hirugarren belaunaldiko zefalosporina da.
- 53d) EZ dago ebidentzia argirik gripearen aurkako txertoak eta txerto pneumokoziko polisakaridoa emateak, zaharren artean, heriotza-tasa jaisten duenik.
- 54** **29 URTEKO GIZONEZKOA; 1 CM-TIK BEHERAKO AHOKO ULTZERA ERREPIKARIAK DITU AURREKARI, FRUITU LEHORREKIKO ZALANTZAZKO ALERGIARI LOTUTA. DUELA URTE BATZUETATIK IRENSTEKO ZAILTASUNEN ZENBAIT GERTAKARI IZAN DITU (BATZUETAN LISTUA ERE BAI), ETA, HORREKIN BATERA, ZENBAITETAN, BULARREZUR ATZEKO MIN ATIPIKOA ERE IZAN DU, ORDU ERDI BAINO LEHENAGO BEREZ DESAGERTZEN DENA. BESTE BATZUETAN PIROSIA, GORAGALEAK ETA GORAKOAK IZAN DITU. EZ DU INOIZ GASTROSKOPIARIK EGIN NAHI IZAN, ETA SARRITAN PROTOI-BONBAREN INHIBITZAILEAK HARTU DITU, ETA ASKOTARIKO EMAITZAK IZAN DITU HORREKIN. LARRIALDIETARA JOAN DA, ELIKAGAIK BULARREZUR ATZEKO ALDEAN GELDITZEN ZAIZKIOLAKO SENTIPENAGATIK, LISTUA IA IRENTSI EZIN DUELA, MINUTU BATZUEN BURUAN DESAGERTU DENA. HAUETATIK, ZEIN DA DIAGNOSTIKO PROBABLEENA?**
- 54a) Akalasia.
- 54b) Barreten esofagoa.
- 54c) Esofagitis eosinofiloa.
- 54d) Esofagoko eraztun distala (Schazki).
- 55** **47 URTEKO EMAKUME BAT KONTSULTARA ETORRI DA LIKIDOAK ETA, BATZUETAN, SOLIDOAK IRENSTEKO 2 URTEKO EBOLUZIOKO ZAILTASUNAGATIK; MOLESTIA EPIGASTRIKOAK ERE BADITU, BAINA BEHEKO BULARREZUR ATZEKO MINAK KEZKATZEN DU BEREZIKI, BATZUETAN BI BESOETARA ETA/EDO BARAILARA ZABALTZEN ZAIO, BEREZ EDO ARDO BELTZA ETA LIKIDO BEROAK HARTU ONDOREN. MINAK 10 MINUTU INGURU IRAUTEN DU, ETA 30 MINUTU ERE BAI BATZUETAN. BAI EZTAPEN HAUETATIK, ZEIN DA GEZURRA?**
- 55a) Minaren ezaugarriak eta testuingurua direla eta, EZ dugu azterketa gehiagorik egin behar kardiopatia iskemikoa baztertzeko.
- 55b) EZ dago ebidentzia aski duen azterketarik kaltzio-antagonisten edo nitratoen bidezko tratamendu medikorako.
- 55c) Gaixotasun honetan trazodona baliagarria dela frogatu da.
- 55d) Disfagia larria badago, kirurgia balora daiteke.

- 56 GIZONEZKO BAT LARRIALDIETAN SARTU DA 3 ORDUKO EBOLUZIOKO HEMATEMESIAGATIK. AURREKARIETAN, MIN ERREPIKATU EPIGASTRIKOAREN HISTORIA NABARMENTZEN DA, ALDIZKA PROTOI-BONBAREN INHIBITZAILEEN BIDEZ TRATATUA. AZKEN 2 ASTEETAN, ETA EZKERREKO BELAUNEKO INFLAMAZIOAGATIK, AIEE-AK HARTU DITU. SARTU DENEAN, PAZIENTEA IZERDITSU DAGO, ZORABIO-SENTIPENAREKIN (JAIKITZEN SAIATU DENEAN, ERORTZEAR EGON DA). EZ DAKI HEMATEMESI KANTITATEA ZENBAT IZAN DEN, BAINA ASKO IZAN DELA ZIURTATU DU, ETA ODOLEZ BLAI DAGOEN IZARA BAT EKARRI DU. PAZIENTEA IZERDITSU ETA HOTZ DAGO. TAS: 95; BM: 120 MINUTUKO; OXIGENO-ASETASUNA: % 94; AM: 16 MINUTUKO. ANALITIKAREN ZAIN, HONAKO BAIEZTAPEN HAUETATIK, ZEIN DA ZUZENA?**
- 56a) Endoskopia berehala egin behar da.
56b) Egoera horietan, bai zainketa intentsiboetan bai Larrialdietan, frogatu da protoi-bonbaren inhibitzaileren (PBI) dosi handiak ematea eraginkorra dela heriotza-tasa gutxitzeko.
56c) Egoera horietan, bai zainketa intentsiboetan bai Larrialdietan, frogatu da PBIen dosi handiak ematea eraginkorra dela transfusio kopurua eta kirurgia-beharra gutxitzeko.
56d) Kasu honetan, endoskopia egiteko une onena hau izango litzateke: pazienteak TAS >100 mm Hg eta Bihotz-maiztasuna <100 minutuko dituenean, eta zainketa intentsiboetan dagoenean.
- 57 JATORRI ILUNEKO ODOLJARIO DIGESTIBO LARRIAK DIAGNOSTIKATZEKO ETA TRATATZEKO, MELENEN AURREKARIAK ETA ODOL-TRANSFUSIOAK EGIN BEHARRA EGONEZ GERO, UCLA-KO CURE TALDEAREN ALGORITMOA ERABILTZEN DA. HONAKO BAIEZTAPEN HAUETATIK, ZEIN DA GEZURRA?**
- 57a) Hematokezia larriaren kasuan, kolonoskopia urgentea egin ondoren odoljarioaren iturria zehazterik egon ez denean, goiko endoskopia da egin beharreko hurrengo proba.
57b) Melenen kasuan, odoljarioaren jatorria zehazterik ez badago, kolonoskopia da hurrengo pausoa, eta amaierako ileona miaztea.
57c) Melenen kasuan, iturria zehazten ez denean, kapsula bidezko endoskopiaren ostean enteroskopia sakona egin behar da.
57d) Testuinguru horretan, metodo endoskopikoen errendimendu diagnostikoa, adituen esku, % 70 ingurukoa da.
- 58 HESTEETAKO GAIXOTASUN INFLAMATORIOEI (HGI) DAGOKIENEZ, BAIEZTAPEN HAUETATIK ZEIN DA ZUZENA?**
- 58a) Tabakismoak kolitis ultzeradunaren intzidentzia handitu dezake.
58b) Apindezektomiak % 13-26 artean gutxitzen du Crohnen gaixotasunaren arriskua.
58c) HGIa haurtzaroan hasten denean eboluzio hobea izaten du.
58d) Bi gurasoek HGIa badute, seme edo alaba bakoitzak hura izateko % 36ko probabilitatea du.

- 59 KOLITIS ULTZERADUNA DUEN PAZIENTE BAT KONTSULTETARA BIDERATU DUTE, ANTI-TNF TRATAMENDUAREKIN HASI AURRETIK BALORA DEZATEN. BAI EZTAPEN HAUETATIK, ZEIN DA GEZURRA FARMAKO HORIEK GAIXOTASUN HORRETAN ERABILTZEARI DAGOKIONEZ?**
- 59a) Funtsezkoa da proba tuberkuliniko eta toraxeko erradiografia bat egitea tratamenduari ekin aurretik, eta, positibo ematen badu, tuberkulosiaren kontrako tratamendu profilaktikoa egin behar da.
- 59b) B hepatitisari buruzko egoera ebaluatu behar da, eta, beharrezkoa bada, txertoa jarri behar zaio tratamenduaren aurretik.
- 59c) Anti-TNFak erremisioa eragiteko baino ez daude indikatuta gaixotasunaren forma moderatu edo larrietan.
- 59d) Bihotz-gutxiegitasunaren sintomak areagotu ditzakete NYHaren II-IV. mailako pazienteen artean.
- 60 HEPATITIS BIRIKO AKUTUA ERAGITEN DUTEN BIRUS HAUEI DAGOKIENEZ, HAIEN EBOLUZIOA KRONIKOA IZATEKO PROBABILITATEARI BURUZKO BAI EZTAPEN HAUETATIK, ZEIN DA EGIA?**
- 60a) B hepatitis: % 5-10 bitartean.
- 60b) C hepatitis: % 30-40 bitartean.
- 60c) D hepatitis: % 90, gain-infekzioa badago.
- 60d) E hepatitis: Sarritan, paziente immunodeprimituen artean.
- 61 GIBEL GANTZATSU EZ-ALKOHOLIKOAREN GAIXOTASUNARI BURUZKO BAI EZTAPEN HAUETATIK, ZEIN DA EGIA?**
- 61a) Gibeledako transplantearen bigarren kausa da Mendebaldean.
- 61b) Sindrome metabolikoarekin eta obesitatearekin argi eta garbi lotuta dago, baina EZ dago segurtasunez lotuta 2 motako diabetes mellitusarekin.
- 61c) Mendebaldeko helduen ia heren batek gibel gantzatsu ez-alkoholikoaren gaixotasuna duela kalkulatu da.
- 61d) Estatinak EZ dute nabarmen hobetzen gibel gantzatsu ez-alkoholikoaren gaixotasuna.
- 62 67 URTEKO PAZIENTE BAT, GIBELEKO ZIRROSIA DIAGNOSTIKATUA, OSPITALEAN SARTU DA 5 EGUNEKO EBOLUZIOKO KOADRO KLINIKO HONENGAITI: ONDOEZA, ANOREXIA, 37,6°C-KO SUKARRA, ABDOMENENKO DISTENTSI O PROGRESIBOA ETA, AZKEN ORDUETAN, GARUNAREN MOTELTZE A. MIAKETAN, ASTERIXIS ARINA ETA ASZITIS MODERATUA NABARMENTZEN DIRA. PROBA HAUEK EGIN DIRA, BESTEAK BESTE: PARAZENTESI DIAGNOSTIKO A, LIKIDOA PIXKA BAT ARREA; LDH, NORMALA; GLUKOSA, 100 MG/DL ETA 500 ZELULA (PMN, % 60; LINFOZITOAK, % 40); PLASMAKO KREATINA, 1,2 MG/DL. HONAKO AUKERA HAUETATIK, ZEIN DA EGOKIENA, PAZIENTE HORRENTZAT, UNE HONETAN?**
- 62a) Hirugarren belaunaldiko zefalosporina (zefotaxima edo zeftriaxona) eta zain barneko albumina bidezko tratamendua berehala ematea.
- 62b) Parazentesi hustutzailea eta albumina leheneratzea.
- 62c) Hirugarren belaunaldiko zefalosporina baten bidezko tratamendua, eta euskarri-neurri orokorrak.
- 62d) Laktulosa, eta albumina ematea.

63 **56 URTEKO PAZIENTE BAT, EBOLUZIO LUZEKO ZIRROSI ALKOHOLIKOA DUENA, OSPITALEAN SARTU DA, BIGARREN ALDIZ HAMAR EGUNEAN, NARRIADURA OROKORRAGATIK ETA EBOLUZIO AZKARREKO ABDOMENEO PERIMETROAREN HAZKUNDEAGATIK. LARRIALDIETAKO AURREKO ARRETA DISNEAGATIK IZAN ZEN, ETA ASZITISARI EGOTZI ZIOTEN; ONDORIOZ, 6 LITROKO PARAZENTESI HUSTUTZAILEA EGIN ETA, KLINIKAK HOBERA EGINDA, ETXERA BIDALI ZUTEN. AURREKO INGRESUAN, KREATININA PLASMATIKOA 1,1 MG/DL IZAN ZEN. ORAIN ABDOMENEO MOLESTIA INESPEZIFIKOAK ETA 3. GRADUKO ASZITISA DITU. PAZIENTEAK UKATU EGIN DU ESPIROLAKTONAREN DOSIA HANDITU DUELA, SUKARRA EDO ODOLJARIOA DUELA, FARMAKORIK IRENTSI DUELA EDO DESKONPENTSAZIORAKO BESTE EDOZEIN KAUSA. TA 120/80 MM HG DA. ORAINGO ANALITIKAN HAU NABARMENTZEN DA: NA, 123 MEQ/L; KREATININA PLASMATIKOA, 2,4 MG/DL. GERNU-JALKINA: NAHASMENDU NABARMENIK GABE. PARAZENTESIA, PERITONITIS BAKTERIANOAREN SUSMORIK GABE. HONAKO BAIEZTAPEN HAUETATIK, ZEIN DA ZUZENENA GURE ARLOAN?**

- 63a) Tratamendua basopresina eta albumina ematean oinarritu beharko litzateke.
- 63b) Tratamendua terlipresina eta albumina ematean oinarritu beharko litzateke.
- 63c) Egoera horretan, heriotza-tasa % 50 ingurukoa da lehen astean.
- 63d) Gaixotasunaren kausa probableena shock hipobolemiko ezkutu bat da.

64 **ANOREXIA NERBIOSOARI BURUZKO BAIEZTAPEN HAUETATIK, ZEIN DA GEZURRA?**

- 64a) Tratatu gabeko pazienteen artean heriotza-tasa 5/1.000 da.
- 64b) Nahasmendu psikiatriko ohikoenetako bat da.
- 64c) Pisua nahiko azkar handitu behar da, berrelikatzearen sindromea saihesteko.
- 64d) Efektu endokrinoen artean, hiperkortisolemia dago.

65 **57 URTEKO EMAKUME BATEK 5 HILABETEKO EBOLUZIOKO AHALEGINAGATIKO DISNEA DU, ETA DISNEA MODERATUA DU UNE HONETAN. HONAKO EMAITZA HAUETATIK, ZEIN DA BATERAGARRIA MIASTENIA LARRIAREKIN? OHARRA: TLC (BIRIKA-EDUKIERA OSOA); RV: HONDAR-BOLUMENA; FVC: EDUKIERA BITAL BEHARTUA; FEV1: ARNAS BOLUMEN BEHARTUA, SEGUNDO 1EAN; RAW: ARNASBIDEEN ERRESISTENTZIA.**

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

66 **GAIXOTASUN INTERSTIZIAL JAKIN BATZUETAN, BRONKIOLO ETA ALBEOLOAK GARBITZETIK (BAL) LORTUTAKOAREN ANALISI MIKROSKOPIKOA BALIAGARRIA DA ORIENTAZIO DIAGNOSTIKORAKO. HONAKO BAIEZTAPEN HAUEN ARTETIK ZEIN DA ZUZENA BAL-ARI DAGOKIONEZ?**

- 66a) Hipersentikortasun bidezko pneumonitisa: Linfozitosi handia (>% 50).
- 66b) Sarkoidosia: Linfozitosia CD4/CD8 erlazioarekin >2,5.
- 66c) Proteinosi albeolarra: II motako pneumozito hiperplasiko atipikoak.
- 66d) Pneumonia organizatiboa: Material albeolar positiboa, Schiff azido periodikoa tindatzeagatik.

- 67 56 URTEKO EMAKUME BAT OSPITALERA JOAN DA URTEBETEKO EBOLUZIOKO DISNEA DUELAKO, GEHIENBAT ARIKETA EGITEAN. DUELA URTE BATZUK GILTZADURETAKO MOLESTIAK IZAN ZITUEN, ETA, ERREUMATOLOGOARENGANA JOANDA, KORTIKOIDEAK ETA AIEEAK AGINDU ZIZKION HILABETE BATZUETARAKO; KOADRO KLINIKOAK DIAGNOSTIKOA JAKIN GABE EGIN ZUEN HOBERA. OFTALMOLOGOAK ERE IKUSI DU, BEGIAK LEHOR DITUELAKO. MIAKETAN, ALDEBIKO KREPITANTEAK EGIAZTATU DIRA BI OINALDEETAN. ARNAS FUNTZIOAREN PROBEK IRADOKITZEN DUTE BIRIKETAKO MURRIZKETA DAGOELA. OTA-N ZER IKUSTEA ESPEROKO ZENUKE?**
- 67a) Pleura azpiko edo bronkio inguruko kontsolidazio partxeatua, noduluekin edo nodulurik gabe.
67b) Nodulu zentrolobular hedatsuak, beira esmerilatuan, pareta septal bronkobaskularren loditzea eta pareta mehako kisteak.
67c) Pleura azpiko erretikulazio basal periferikoa panalizazioarekin, trakzioagatiko bronkiektasiak.
67d) Beira esmerilatuko atenuazio periferiko, basal, pleura azpiko eta simetrikoa, lerro irregular eta kontsolidazioarekin; pleura azpiko kontserbazioa.
- 68 IV. TALDEKO BIRIKETAKO HIPERTENTSIOA EDO BIRIKETAKO HIPERTENSIO TRONBOENBOLIKO KRONIKOA (BHTK) OHIKO AZPITALDE BAT DA, ETA HONAKO EZAUGARRI HAUEK DITU, BAT IZAN EZIK. ADIERAZI ZEIN DEN:**
- 68a) BHTK birika-arteria nagusien buxadura kroniko baten ondorioz gertatzen da, biriketako enbolia baten ostean, eta biriketako enbolien epe luzeko konplikazio bat da.
68b) OTA da gaixotasuna diagnostikatzeko tresna nagusia.
68c) Arrisku-faktore batzuek gaixotasun hori ager dadin laguntzen dute, hala nola esplenektomia eta hesteetako gaixotasun inflamatorioa.
68d) Kirurgia da BHTKren aukerako tratamendua.
- 69 37 URTEKO PAZIENTE BAT 48 ORDUKO EBOLUZIOKO KLINIKA HONENGATIK OSPITALERATU DA: 39°C-KO SUKARRA, ZORNE-ESPEKTORAZIOA DUEN EZTULA, HEMOPTISIRIK GABE, ETA PLEURAKO MINA ESKUINEKO HEMITORAXEAN. HASIERAKO ERRADIOGRAFIKAK ISURI PARAPNEUMONIKO TXIKI BAT ERAKUTSI DU. GAIXOAK HOBERA EGIN DU ANTIBIOTERAPIAREKIN TRATATU ONDOREN. BOSGARREN EGUNEAN DISNEA DUELA ADIERAZI DU, ETA, SUKARRAZ GAIN, PLEURAKO ISURIA ERE NABARMEN HANDITU ZAIO. TORAKOZENTESI DIAGNOSTIKOA EGIN DA. TORAKOZENTESIA BAINO PROZEDURA INBADITZAILEAGO BAT EGITEKO IRIZPIDEAK (GARRANTZI HANDIENETIK TXIKIENERA), HONAKO HAUEK DIRA (ADIERAZI ERANTZUN ZUZENA ZEIN DEN):**
- 69a) Pleura-likido (PL) lokulatua; PLaren pHa <7,20; PLaren glukosa <60 mg/dl, Gram edo PLaren kultiboa (+): enpiema.
69b) Gram edo PLaren kultiboa (+); PLaren pHa <7,20; PLaren glukosa <60; PL lokulatua; enpiema.
69c) PLaren pHa <7,20; PLaren glukosa <60; Gram edo PLaren kultiboa (+); PL lokulatua; enpiema.
69d) PLaren glukosa <60; pHa <7,20; Gram edo PLaren kultiboa (+); PL lokulatua; enpiema.
- 70 HONAKO GAIXOTASUN HAUEK GUZTIEK PLEURAKO ISURIA ERAGIN DEZAKETE. ERAGITEN DUTEN ISURI MOTARI BURUZKO BAI EZTAPEN HAUETATIK, ZEIN EZ DA EGIA?**
- 70a) Artritis erreumatoideak eta lupus erimatoso sistemikoak hau eragiten dute: glukosa baxua eta pHa <7,20.
70b) Mixedemak trasudatua eragin ohi du.
70c) Goiko kaba benaren sindromeak trasudatua eragiten du.
70d) Meigsen sindromeak trasudatua eragin ohi du.

- 71 BAIEZTAPEN HAUETATIK, ZEIN EZ DA ZUZENA ARNAS GAIXOTASUN KRONIKOA DUTEN PAZIENTEEN OXIGENO OSAGARRIARI DAGOKIONEZ?**
- 71a) Buxadurazko arnas gaixotasun kronikoak eragindako heriotza-tasa gutxitu duen elementu bakarra da.
- 71b) Buxadurazko arnas gaixotasun kronikoak eragindako heriotza-tasa gutxitu du atsedenean biriketako hipertentsio-zantzuak, oxigeno-asetasuna gorabehera, dituzten pazienteei ematen zaienean.
- 71c) Buxadurazko arnas gaixotasun kronikoak eragindako heriotza-tasa gutxitu du atsedenean hipoxemia (oxigeno-asetasuna <% 88-90) eta eskuineko bihotz-gutxiegitasuna dituzten pazienteei ematen zaienean.
- 71d) Heriotza-tasaren gaineko onurak egunean erabiltzen den ordu kopuruarekiko proportzionalak dira.
- 72 26 URTEKO PAZIENTE ASMATIKO BATEK 6 HILABETE DARAMATZA ESPEZIALISTARENGANA JOAN GABE. OHIKO TRATAMENDUA ANARKIKOA DA, TERBUTALINAN OINARRITUTA, BEHAR DUEN BESTE INHALATUTA, ETA, DUELA 2 HILABETETIK, GOGOAN EZ DUEN INHALAGAILU BAT AGINDU DIO FAMILIA-MEDIKUAK, BAITA, AHOTIK HARTZEKO PREDNISONA ERE, NOIZBEHINKA. AZKEN 2 HILABETEETAN SINTOMAK EGUNEZ DITU EGUNERO, ETA ASTEAN BEHIN EDO BITAN GAUEZ, JARDUERA FISIKOA ARGI MUGATUTA EDUKI GABE. ESPIROMETRIA EGIN ONDOREN, FEV1 % 65 IZAN DA EMAITZA. ZER TRATAMENDU ETA JARRAIPEN GOMENDATUKO ZENIOKE EGOERA HORRETAN?**
- 72a) Terbutalina behar beste hartzen jarraitzea, eta kortikoide inhalatu baten dosi txikiak gehitzea (budesonida, 200 mcg/12 ordu), eta itzultzea 3 hilabeteren buruan.
- 72b) Aurreko eskema bera, baina pazientea 2-6 asteren buruan kontrolatzea.
- 72c) Terbutalina behar beste hartzen jarraitzea, eta kortikoide inhalatu baten dosi ertainak gehitzea (budesonida, 400 mcg/12 ordu), eta hiru hilean behin kontrolatzea.
- 72d) Behar beste terbutalina, eta dosi txikiko glukokortikoideen eta B2 iraupen luzeko agonista baten elkarketa (budesonida/formoterola) gehitzea, eta 2-6 asteren buruan kontrolatzea.
- 73 PEPTIDO NATRIURETIKOAK BIOMARKATZAILE BALIAGARRIAK DIRA BIHOTZ-GUTXIEGITASUNAREN (BG) LARRITASUNA ETA PRONOSTIKOA DIAGNOSTIKATZEKO ETA ZEHAZTEKO, BAITA, ZIUR ASKO, HAREN TRATAMENDURAKO ERE. GEHIEN ERABILITAKO PEPTIDO NATRIURETIKOAK B MOTAKO PEPTIDO NATRIURETIKOA (BNP) (GARUNEKOA) ETA AMINO MUTURREKO ESZISIOKO HAREN BALIOKIDE PROPEPTIDIKOA -B MOTAKO PROPEPTIDO NATRIURETIKOAREN AMINO MUTURREKO ZATIA (NT-PRO-BNP), ALEGIA- DIRA. BAIEZTAPEN HAUETATIK, ZEIN EZ DA EGIA NT-PRO-BNPARI DAGOKIONEZ BIHOTZ-GUTXIEGITASUN (BG) AKUTUAN?**
- 73a) Pazientearen testuingurua kontuan hartu behar da beti, hainbat faktorek (adina, obesitatea, giltzurrunaren funtzioa, etab.) NT-pro-BNP mailak alda ditzaketelako.
- 73b) BG deskonpentsatu akutua *baztertzeko*, sentikortasuna, NT-pro-BNP 300 pg/ml-tik behera dagoenean, % 99 da, eta % 99ko balio prediktibo positiboa du.
- 73c) BG deskonpentsatu akutua *identifikatzeko*, sentikortasuna, NT-pro-BNP 900 pg/ml baino handiagoa denean, % 90 da, eta % 94ko balio prediktibo positiboa du.
- 73d) Paziente ambulatorio disneikoa ebaluatzeko, BNP edo NT-pro-BNParen balioak eta interpretazioa ospitaleko fase akutukoaren antzekoak dira.

- 74 ASEGURU-ETXE BATEAN 36 URTEKO GIZONEZKO BAT ASEGURATZEKO AZTERKETA BATEAN, MIAKETA OROKORRAZ GAIN (NORMALA IZAN ZEN) B HEPATITISAREN SEROLOGIA ERE EGIN ZIOTEN, BESTEAK BESTE. EMAITZA HAU IZAN ZEN: HBSAG (+); ANTI-HBS (-); HBEAG (-); ANTI-HBE (+); ANTI-HBC IGM (-); ANTI-HBC IGG (+); DNA VHB ERREPLIKAZIOA (+). ZEIN DA PAZIENTEAREN DIAGNOSTIKOA, B HEPATITISARI DAGOKIONEZ?**
- 74a) Pazienteak txertoa jarrita dauka.
74b) Infekzio kronikoa.
74c) Infekzio akutua.
74d) Sintomarik gabeko eramailea.
- 75 PAZIENTE BATEK MIOKARDIO-INFARTU AKUTUA ETA STAREN IGOERA BADITU (MIASTI), ETA PAZIENTE HORI BIRFUNDITZEKO HAUTAGAIA BADA, HERIOTZA-TASA INTERBENTZIOA ATZERATZEAREKIN LOTUTA DAGOELA AINTZAT HARTUTA, BAI EZTAPEN HAUETATIK, ZEIN DA GEZURRA?**
- 75a) Larruazalean zeharreko interbentzio koronario primarioa da birperfunditzeko gomendutako metodoa, pertsonal eskarmentudunak egin dezakeenean.
75b) Larruazalean zeharreko interbentzio koronarioa egiteko 60 minutu baino gehiago aurreikusten direnean, tratamendu fibrinolitikoarekin hasi behar da.
75c) Azido azetilsalizilikoa (162-325 mg bitartean) larruazalean zeharreko interbentzio primarioa baino lehen eman behar da.
75d) Oro har, EZ da heriotza-tasa gutxitu denik egiaztatu, pazienteari, sintomak agertu ondorengo 12 eta 24 ordu bitartean, errutinazko fibrinolitikoa ematen zaionean.
- 76 ENDOKARDITIS BAKTERIANOARI DAGOKIONEZ, BAI EZTAPEN HAUETATIK, ZEIN DA EGIA?**
- 76a) Dukeren irizpide aldatuek, gaur egun, ia ez dute baliorik oraingo diagnostiko-teknikekin.
76b) Balbula mitralaren prolapsu degeneratiboari lotutako gutxiegitasun mitrala da endokarditis bakterianoa eragiten duten ohiko nahasmenduen artean bigarrena.
76c) Hemokultiboan *streptococcus gallolyticusa* isolatzen denean, koloneko neoplasia baztertu behar da.
76d) Hemokultibo negatiboak dituzten endokarditisetan, gehienbat esku hartzen duten kategoria horretako mikroorganismoak hauek dira: ondoak, *Coxiella burnetii*, *Bartonella spp.*, *Brucella spp.* eta HACEK taldeko mikroorganismoak.
- 77 FAKTORE UGARIK ESKU HARTZEN DUTE ATEROMA-PLAKAN ETA GAIXOTASUN ATEROSKLEROTIKOAREN GARAPENEAN. HONAKO BAI EZTAPEN HAUETATIK, ZEIN DA GEZURRA?**
- 77a) Lehenengo lesio aterosklerotikoak, antza denez, barne-geruzaren alde jakin batzuetan gertatutako lipoproteinen (cLDL batez ere) pilaketa lokalizatuagatik sortzen dira. «Ildaska gantzutsu» hori aterosklerosiaren hasierako lesioa da.
77b) Besteak beste, zelula apartsuen apoptosiak sortzen du ezarritako ateroma-plaken zentro nekrotikoa.
77c) Ateroma eratu bitartean gertatzen den arteria-birmoldaketak (hazkunde abluminala) azaltzen du, neurri batean, gaixotasun aterosklerotikoaren adierazpen klinikoaren aldakortasuna.
77d) Hazten ari den ateromak EZ du arteriaren lumena okupatzen, harik eta plaka aterosklerotikoaren kargak % 60 gainditzen duen arte. Horregatik, haren eboluzioaren zati handi batean, ateromak EZ du sortzen perfusio histikoa mugatzeko moduko estenosirik.

78 NAHASMENDU LIPIDIKOEI BURUZKO BAI EZTAPEN HAUETATIK, ZEIN DA EGIA?

- 78a) Hiperkolesterolemia familiar konbinatuak, LDL eta triglizeridoak gehitzea ezaugarri duenak, arteria koronario goiztiarren % 10 eragiten ditu.
- 78b) Hiperkolesterolemia familiar heterozigotikoak (1:500 pertsonari eragiten die) miokardio-infartu goiztiarren % 5 eragiten ditu.
- 78c) Seguru asko, diabetesa, obesitatea, hipotiroidismoa eta alkohola gehiegi hartzea dira, lipidoen metabolismo anormalaren bigarren mailako kausen artean, ohikoena.
- 78d) Hipertriglizeridemia familiarrak triglizeridoen hiperproduzio primarioa du ezaugarri. Nahasmendu horren eta arrisku kardiobaskularren arteko lotura ez da ziurra.

79 77 URTEKO PAZIENTE BAT, KONTUAN HARTZEKO MODUKO AURREKARIRIK GABEA, MEDIKUARENGANA JOAN DA, DUELA 4 HILABETETIK KLINIKA HAU DUELAKO: ONDOEZA, ANOREXIA (6 KG GALDU DITU), FEBRIKULA ETA ARTROMIALGIA INESPEZIFIKOAK. DUELA ASTE BATZUETATIK, EZTULA ETA KARKAXA HEMOPTOIKOREN BAT ERE BADU. DUELA 72 ORDU LARRUAZALEKO LESIOAK AGERTU ZAIZKIO, ETA AGERIKO PURPURA ERE BADU MIAKETAN. ANALITIKAN EMAITZA HAUEK IZAN DIRA: ANEMIA NORMOZITIKOA, 70 MM-KO GJA, CHBAREN AURKAKO ANTIGORPUTZAK (-) ETA, GERNU-JALKINEAN, HEMATURIA HANDIA ETA 400 MG/24 ORDUKO PROTEINURIA DAUDE. HONAKO HAUETATIK, ZEIN AURKITZEA ESPERO IZANGO ZENUKE?

- 79a) Gehienbat pANCA (+), patroï perinuklearra eta mieloperoxidasarako (MPO) espezifikotasun antigenikoa dituena. Glomerulonefritis (GN) nekrosatzaile fokal estrakapilar immunonegatiboa. Biriketako infiltrazioa egin zaien eta kabitaziorik ez duten pazienteen % 40an.
- 79b) Gehienbat cANCA (+) antiPR3. (GN) nekrosatzaile fokal estrakapilar immunonegatiboa, birika eta giltzurruneko baskulitis granulomatosarekin (% 10en baino gutxiagoren artean). Pauzi-immunea.
- 79c) ANCA negatiboak; konplexu immuneen eraginezko giltzurruneko erasanik ez; mikroaneurisma arterialak.
- 79d) ANCA negatiboak, mesangio-glomerulonefritis proliferatiboa, M immunoglobulinen metaketarekin, eta C4 kapilar-lakioetan.

80 70 URTEKO EMAKUME BAT HILABETE BATZUETAKO EBOLUZIOKO SINDROME OROKORRAGATIK INGRESATU DA; ESKUAK ETA AURPEGIA HANDITUTA DAUZKALA JAIKITZEN DA OHETIK AZKENALDIAN. HTA DIAGNOSTIKATU DIOTE, ETA ANGIOTENTSINAREN ENTZIMA BIHURTZAILAREN INHIBITZAILA BIDEZKO TRATAMENDUA DU. GILTZURRUN-FUNTZIOA NORMALA ZEN. MIAKETAN, 160/90 MM HG-KO HTA IKUSI DA, ETA EDEMAK HANKEN BEHEKO HERENEAN. ANALITIKAN, HAUEK NABARMENTZEN DIRA: GLOMERULU-IRAGAZKETA TASA (GFR), 45 ML/MIN; PLASMA-KREATININA, 1,4 MG/DL, ETA PROTEINURIA, 5 G/24 ORDU. GILTZURRUNEKO BIOPSIAN, MINTZ BASALAREN LODITZE UNIFORMEA IKUSI DA KAPILAR-LAKIO PERIFERIKO GUZTIAN. GLOMERULUEN % 30 ERASANDA DAUDE. ZUZENEKO IMMUNOFLUORESZENTZIAREN AZTERKETAN, GLOMERULUAN GRANULU-METAKETA HEDATSUAK (IGG ++ ETA C3 ++) IKUSI DIRA, ETA MIKROSKOPIA ELEKTRONIKO BIDEZ METAKETA SUBEPITELIAL ELEKTRODENTSOAK IDENTIFIKATU DIRA. GAIXOTASUN HONI BURUZKO HONAKO BAI EZTAPEN HAUETATIK, ZEIN DA GEZURRA?

- 80a) Sindrome nefrotikoaren kausa ohikoena da zaharren artean.
- 80b) Kasuen % 25ean minbizi hematologiko bati eta gaixotasun autoimmunei lotzen zaie.
- 80c) Atrofia tubular mailak edo fibrosi interstizialak gaixotasunaren progresioa hobeto iragartzen dute, glomerulopatiaren aldiak baino.
- 80d) Pronostikoa hauen mende dago: gizonezkoa izatea, hipertentsioa eta proteinuria iraunkorra izatea.

- 81** 51 URTEKO GIZONEZKO BAT, OSASUN ONEKOA, KONTSULTARA BIDERATU DUTE HIPERTENTSIO ARTERIAL (HTA) HASI BERRIAGATIK. PAZIENTEAK OHIKO KONTROLAK EGITEN ZITUEN ENPRESAN, AURRETIK EZ DU INOIZ HTA IZAN, ETA AZKEN KONTROLEAN (HAINBAT ALDIZ ETA ETXEAN ERE EGIAZTATUTA) 165 MM HG-KO TENTSIO ARTERIAL SISTOLIKOA ETA 98 MM HG-KO TENTSIO ARTERIAL DIASTOLIKOA IKUSI DIOTE. FAMILIAN EZ DU HTA-REN HISTORIARIK, EZTA BESTELAKO ARRISKU-FAKTORERIK, URTEAN 10 PAKETE ERRETZEN DITUELA BAKARRIK. BEGI-HONDOAN ARTERIOLA-HERTSADURA IKUSI ZAIO, BAITA GURUTZATZE ARTERIOBENOSOREN BAT ERE. PAZIENTEAK DIETA MEDITERRANEOA, GATZIK GABE, HARTZEN DU, ETA ARIKETA EGIN OHI DU. HONAKO ANTIHIPERTENTSIBO HAUETATIK, ZEIN EZ ZENIOKE EMANGO AZTERKETA AMAITU ARTE?
- 81a) Beta-blokeatzaileak.
81b) Alfa-blokeatzaileak.
81c) AEBaren inhibitzaileak.
81d) Kaltzioaren antagonistak.
- 82** 57 URTEKO GIZONEZKO BAT, 4 URTEKO EBOLUZIOKO DIABETESA DUENA (AHOTIK HARTZEKO ANTIDIABETIKOEN BIDEZKO TRATAMENDUAREKIN), ETA HIPERTENTSOA (ENALAPRIL BIDEZKO TRATAMENDUAREKIN), KONTSULTARA JOAN DA HONAKO HAUEI BURUZKO HELBURU TERAPEUTIKOEN BERRI JASOTZEKO: TENTSIO ARTERIAL (TA) MAILA; GLUZEMIA-ZIFRA BARAURIK, ETA DENTSITATE TXIKIKO LIPOPROTEINEN MAILAK, BADAQUI-ETA HORIEK KONTROLATZEAK ETORKIZUNEKO PRONOSTIKOA HOBETZEA EKARRIKO DIOLA. PAZIENTEAK BADAQUI A1C HEMOGLOBINAREN KONTROL-HELBURUA <7% IZAN BEHAR DELA. HONAKO BAI EZTAPEN HAUETATIK, ZEIN DA AUKERA ONENA?
- 82b) Glukosa, baraurik, 80-100 mg/dl bitartean; TA <140/90 mm Hg; LDL <70 mg/dl.
82b) Glukosa, baraurik, 80-130 mg/dl bitartean; TA <130/90 mm Hg; LDL <70 mg/dl.
82c) Glukosa, baraurik, 80-130 mg/dl bitartean; TA <140/90 mm Hg; LDL <100 mg/dl.
82d) Glukosa, baraurik, 80-100 mg/dl bitartean; TA <130/90 mm Hg; LDL <100 mg/dl.
- 83** 37 URTEKO EMAKUMEZKO BAT KONTSULTARA JOAN DA, DUELA 2 HILABETETIK, ZUTITZEN DENEAN, MINUTUKO 120 TAUPADA BAINO GEHIAGOKO TAKIKARDIA DUELAKO; ESERI EDO ETZATEAN DESAGERTZEN ZAIO. BATZUETAN, ORTOSTATISMOAN, SINKOPE-AURREKO KOADROAK IZAN DITU (AHULERIA, OBNUBILAZIO ARINA), ETA BESTE BATZUETAN PALPITAZIOAK EDO GORAGALEAK ETA NEKE-SENTIPENA. PAZIENTEARI AZTERKETA ZEHATZA EGIN ONDOREN, EZ DA AURKITU KOADRO KLINIKO HORI ERAGIN DEZAKEEN BIGARREN MAILAKO AGERIKO KAUSARIK. ZEIN DA DIAGNOSTIKO PROBABLEENA?
- 83a) POTS sindromea.
83b) Zenbait aparatu eta sistemaren atrofia baten hasiera.
83c) Sistema autonomoaren gutxiegitasun primarioaren sindromea.
83d) Hipotentsio ortostatikoaren hasieraren ezohiko forma.

- 84 LISOSOMA-METAKETAGATIKO GAIXOTASUNEK HONAKO HAU DUTE BEREIZGARRI: HAIEN GABEZIA ESPEZIFIKOAREKIN LOTUTAKO SEINALE KLINIKOAK ETA/EDO HAINBAT ORGANO ETA EHUNETAN METABOLISMOKO SUBSTANTZIA JAKIN BATZUEN PILAKETA GERTATZEA. BAI EZTAPEN HAUETATIK, ZEIN DA EGIA?**
- 84a) Ezagutzen ditugun gaixotasun lisosomalak karaktere autosomiko errezesibo edo azpirakor gisa edo X kromosomari lotuta transmititzen dira, Fabryren gaixotasuna, Hunterren sindromea eta Danonen gaixotasuna izan ezik.
- 84b) Hasiera berantiarreko Tay-Sachsen gaixotasuna duten pazienteen artean, nahasmendu psikiatrikoak baino urte batzuk lehenago ager daitezke seinale motorrak.
- 84c) Fabryren gaixotasunari dagokionez, ez dago ordezko tratamenduko irizpideen gaineko ahobatezkotasunik; giltzurrun-gutxiegitasun itzulezinean ez dagoela indikatuta bakarrik.
- 84d) Gaucherren gaixotasunaren ordezko tratamenduak gaixotasunaren forma neuronopatikoen sintoma neurologikoak zuzentzea lortu du.
- 85 GIZA GENOMA GEHIAGO EZAGUTZEARI, GSWA ERABILTZEARI ETA BESTE TEKNIKA BATZUEI ESKER, TEKNOLOGIA MOLEKULARREK ZUZENEAN ERAGIN ETA HOBETZEN DITUZTE ERABAKI KLINIKOAK. PROBA MOTAREN, BIOMARKATZAILEAREN ETA GAIXOTASUNAREN ARTEKO HONAKO ERLAZIO HAUETATIK, ZEIN DA GEZURRA?**
- 85a) Arrisku-proba gisa, BRCA1 eta BRCA2 erabiltzen dira bularreko minbizia duten pazienteekin.
- 85b) Proba diagnostiko gisa, «Cancer TYPE ID» testa erabiltzen da jatorri ezezaguneko kartzinoma primarioarako.
- 85c) Farmakogenomikan, EFGR eta KRAS biomarkatzaileak erabiltzen dira koloneko minbiziaren tratamenduan panitumumaba aukeratzeko.
- 85d) Proba pronostiko gisa, Oncotype DX erabiltzen da obulutegiko minbizi kasuetan.
- 86 BARNE-MEDIKUNTZAKO MEDIKU BATEN PRAKTIKA KLINIKOAN ERABILI OHI DIREN TEKNIKA DIAGNOSTIKOEN ARTEAN, TORAKOZENTESIA (TKS) ETA GERRIKO ZITADA (GZ) DAUDE, BESTEAK BESTE. ERANTZUN HAUETATIK, ZEIN DA EGIA?**
- 86a) TKsean, isuriaren goiko ertzaren azpitik 5-10 cm-ra sartu behar da orratza, atzeko besape-lerroaren gainean, eta EZ 9. saihesteko espazioaren azpian.
- 86b) GZn zein TKsean kontraindikazio absolutua da eremuko larruazaleko infekzioa eta 60.000/mm baino gutxiagoko plaketak izatea.
- 86c) TKsean hedapen-edema saihesteko. EZ litzateke egin beharko 1000 cc baino gehiagoko TKs bat.
- 86d) GZn, ziztadaren ostean, zefalea sortzen da kasuen % 10-30ean; 24-48 orduren buruan hasi ohi da, 2 aste ere iraun dezake.
- 87 ESTADISTIKA ETA EPIDEMIOLOGIARI BURUZKO BAI EZTAPEN HAUETATIK, ZEIN DA EGIA?**
- 87a) Hipotesi-kontraste estatistiko batean, p balioa azterketaren emaitzak edo hipotesi nulutik are aldenduago dauden beste batzuk ikusteko probabilitateari dagokio, betiere ordezko hipotesia egia bada.
- 87b) Erregresio anizkoitzaren teknika estatistikoak aukera ematen du mendeko aldagaietan zer aldagai independente edo aske eragiten duten zehazteko.
- 87c) Azterketa jakin batean, tratamendu baten kontrako efektu bat saihesteko, tratatu beharreko pazienteen kopurua (NNT) bi hauen arteko zatiketa da: unitatea (1) eta arrisku erlatiboaren murrizketa.
- 87d) Kasuen eta kontrolen azterketan, zenbat eta urrutiago egon unitatearen Odds Ratio estatistikoa, orduan eta ahulagoa izango da aztergai dugun aldagaiaren erlazioa (positiboa edo negatiboa).

- 88 OPERAZIO ONDOKO ANEMIA GERTATZEN DA EBAKUNTZA EGITEN ZAIEN PAZIENTEEN % 5-35 BITARTEAN, BETIERE ANEMIAREN DEFINIZIOA ETA AZTERTUTAKO KIRURGIA MOTA ZEIN DEN. HORRI TRANSFUSIOEN ARRISKUAK ERE GEHITU BEHAR DIZKIOGU, BATZUETAN NAHIKO HANDIAK BAITIRA. HONAKO BAI EZTAPEN HAUETATIK, ZEIN DA EGIA?**
- 88a) Operazio aurreko anemia (hematokrito $< 39\%$ gizonetan eta $< 36\%$ emakumeetan) era independentean lotuta dago 30 egunen buruan gaixotze-/heriotza-tasa handitzearekin.
- 88b) Operazio ondoko aldian, paziente egonkorren artean, gaixotasun kardiobaskularrik ez dutenean, heriotza-tasa EZ da handitzen hemoglobina $> 6,5$ g/dl bada.
- 88c) Paziente egonkorren artean transfusioa planteatu daiteke, hemoglobolina 6-7 g/dl bada.
- 88d) Bihotzeko iskemia aktiboa izan dezaketen pazienteen artean, transfusioak indikatuta egon daitezke 10-11 g/dl-ko hemoglobina lortzeko.
- 89 PAZIENTE KIRURGIKOAREN BALORAZIO MEDIKOAREN GERTAERA GARRANTZITSUENETAKO BATEK OPERAZIO AURREKO ARRISKU KARDIOPASKULARRAREN BALORAZIOAREKIN ZERIKUSIA DU. UNE HONETAN, ARRISKU KARDIOPASKULARRAREN INDIZE BERRIKUSIA (RCRI) DA GEHIEN ERABILTZEN DENA, ERRAZA ETA ZEHATZA DELAKO SEGURU ASKO. INDIZE HORRI BURUZKO HONAKO BAI EZTAPEN HAUETATIK, ZEIN DA GEZURRA?**
- 89a) Arriskua baloratzeko markatzaile klinikoak gaixotasunen 6 taldetan oinarritzen dira, eta lau arrisku-taldetan sailkatzen dira (RCRI 0tik RCRI 3ra).
- 89b) Markatzaile bakoitzari puntu bat ematen zaio, eta emaitzarekin, modu prediktiboan, bihotz-arazo larriak (bihotz-gelditzea, fibrilazio bentrrikularra, blokeo osoa...) gertatzeko zer arrisku dagoen kalkulatu daiteke.
- 89c) Indizea baliagarria da 3 iragarpen-elementu edo gehiago dituzten pazienteak, arrisku handiagoa dutenak, identifikatzeko aukera ematen duelako.
- 89d) RCRI 3k adierazten du pazienteak bihotz-gaixotasun larria izateko % 15-20 bitarteko arriskua izango duela.
- 90 KONTU HAUEI GUZTIEI HELDU BEHAR ZAIE ZAINKETA ARINGARRIETAN DAUDEN GAIXOEN ARRETAN. BAINA HAUETATIK, ZEIN DA SINE QUA NON BALDINTZA?**
- 90a) Pazienteak bizitzako amaiera eroso eta minik gabe eman dezan lortzea.
- 90b) Erabakia zehatz-mehatz ebaluatzea, eta gaixoaren egoera psikologikoan arreta berezia jartzea.
- 90c) Tratamendua pazientearen balioekin bat datorrela bermatzea.
- 90d) Zaintzaileen sufrimenduari arreta egokia ematea.
- 91 BIZTANLEEN ARTEAN EGINDAKO INTERBENTZIO PREBENTIBO ERAGINKORREI ESKER, NABARMEN GUTXITU DA GAIXOTASUN ASKOK ERAGINDAKO HERIOTZA-TASA. GAIXOTASUNAK DETEKTATZEKO HONAKO PRINTZPIO HAUETATIK, ZEIN DA GEZURRA?**
- 91a) Gaixotasuna osasun-arazo garrantzitsua izan behar da.
- 91b) Kasu bat aurkitzeko kostua EZ da ezinbestean orekatu behar gastu mediko osoarekin.
- 91c) Gaixotasuna detektatzeko, proba edo azterketa bat egon behar da.
- 91d) Gaixotasunerako tratamendu bat egon behar da.

92 HONAKO BAIETAPEN HAUETATIK, ZEIN DAGOKIE ERAKUNDE SANITARIOETAKO KUDEAKETA KLINIKOAREN FUNTZIOEI?

- 92a) Jarduna eta emaitzak ebaluatzearen mende daude.
- 92b) Unitate eta ekipo sanitarioen eta laguntzako buruzagitzari eta koordinazioari dagozkionak baino ez dira hartzen kudeaketa klinikoko funtzioetat.
- 92c) Zentro sanitarioko profesional guztiek nahitaez parte hartu behar dute Kudeaketa Klinikoko Unitateetan.
- 92d) Zentro sanitarioko gobernu-organoarekin itundutako ordain ekonomikoa ekarriko du ezinbestean.

93 ESTATUTUPEKO PERTSONAL FINKO BILAKATZEAREN INGURUAN (HAUTAPROBAK GAINDITU ETA ORGANO ESKUDUNAK EMANDAKO IZENDAPENA LORTUTAKOAN), HAUTATUTAKO PERTSONARI DAGOKIONEZ, BAIETAPEN HAUETATIK, ZEIN DA ZUZENA?

- 93a) Dagokion zerbitzu edo zentroko plaza batean hasi behar da, gehienez hiru hilabeteko epea bete baino lehen, izendatu eta hurrengo egunetik aurrera zenbatzen hasita.
- 93b) Dagokion plazan ez hasteak, horretarako adierazitako epearen barruan, estatutupeko pertsonal finko bilakatzeko eskubidea galtzea ekarriko du betiere.
- 93c) Hasi aurretik, betiere, probaldia gainditu beharko du.
- 93d) Dagokion plazan ez hasteak, horretarako adierazitako epearen barruan, estatutupeko pertsonal finko bilakatzeko eskubidea galtzea ekarriko du, salbu eta plaza horretan ez hasteko arrazoia pertsona interesdunari egozterik ez badago eta arrazoi justifikatuengatik bada.

94 ZERBITZUETAKO ERAKUNDEETAKO ZUZENDARITZAKO KIDEAK IZENDATZEARI DAGOKIONEZ, BAIETAPEN HAUETATIK, ZEIN DA ZUZENA?

- 94a) Estatutupeko pertsonal finko direnak baino ezin dira izendatu.
- 94b) Gobernu-kontseiluak aurretik erabaki behar du, eta Euskal Herriko Agintaritzaren Aldizkarian argitaratu behar da ondoren.
- 94c) Deialdi publikoa egin behar da aurretik, eta hor ezarri beharko dira, gaitasunari eta lanbide-esperientziari dagokienez, beharrezko diren eskakizunak.
- 94d) Lau urteko iraupena du gehienez, eta beste lau gehiago luza daiteke.

95 OSPITALERATURIKO UMEEN ETA NERABEEN ESKUBIDEEI DAGOKIENEZ, ADIERAZI, BAIETAPEN HAUETATIK, ZUZENA ZEIN DEN:

- 95a) Senideek lagunduta egoteko eskubidea dute, baita, oro har, banako gela erabiltzeko ere, intimitatea babestearren.
- 95b) Ebakuntzarako baimena emateko eskubidea dute, 14tik gorako adingabeak badira.
- 95c) Ospitalean dauden bitartean eskola-prestakuntzarekin jarraitzeko eskubidea dute.
- 95d) Bisita-ordu espezifikokoak edukitzeko eskubidea dute, ospitaleratzearen berezitasunak aintzat hartuta.

96 ABENDUAREN 12KO 7/2002 LEGEARI JARRAIKIZ, OSASUN ARLOKO AURRETIAZKO BORONDATEENA, ESAN, BAIETAPEN HAUETATIK, ZEIN DEN ZUZENA:

- 96a) Aldez aurreko borondateen dokumentua ahoz formaliza daiteke hiru lekukoren aurrean.
- 96b) Aldez aurreko borondateen dokumentua idatziz formaliza daiteke Aurretiazko Borondateen Euskal Erregistroaz arduratzen den funtzionarioaren edo enplegatu publikoaren aurrean.
- 96c) Adineko pertsona oro, epai bidez horretarako gaitasuna kendu ez bazaio, lekuko izan daiteke aldez aurreko borondateen dokumentua formalizatzen.
- 96d) Aldez aurreko borondateen dokumentua alda daiteke, egin zenetik gutxienez hiru hilabete igaro badira.

97 EMAKUMEEN ETA GIZONEN BERDINTASUNERAKO OTSAILAREN 18KO 4/2005 LEGEAREN ONDORIOETARAKO, PERTSONA ASKOKO ADMINISTRAZIO-ORGANOEK ORDEZKARITZA OREKATUA DUTELA ESATEN DA, HONAKO KASU HONETAN:

- 97a) Sexu bakoitzak % 50eko ordezkariak badu.
- 97b) Organoko presidentea eta presidenteordea sexu ezberdinekoak badira.
- 97c) Bi sexuak organoa osatzen duten pertsonen heren batez, gutxienez, ordezkariak badaude.
- 97d) Sexu bakoitzak, gutxienez, % 40ko ordezkariak badu.

98 HONAKO HAUETATIK, ZEIN DAGOKIO ITXARON-ZERRENDEN KUDEAKETARI?

- 98a) Osasun-arloko desberdintasunak gutxitzeko aukera ematen du.
- 98b) Aurretiko adostasuna behar du profesional sanitarioekin.
- 98c) Aurretik, zerbitzuen eskaria aztertu beharra du, eta Lehen Mailako Arreta berrantolatatu.
- 98d) Gizartea baliabide sanitarioen erabilerari buruz kontzientziatzeko kanpainak egitea eskatzen du.

99 ADIERAZI, BAIEZTAPEN HAUETATIK, OKERRA ZEIN DEN:

- 99a) Alkohol, tabako, kalamu eta drogen polikontsumoaren gehiegizko kontsumoa ohikoagoa da gizonen artean emakumeen artean baino.
- 99b) Psikofarmakoak errezetarik gabe kontsumitzea ohikoagoa da emakumeen artean gizonen artean baino.
- 99c) EAEn, oro har, 14 urte egin baino lehen hasten da alkohola kontsumitzen.
- 99d) Tabakoaren kontsumoa ohikoagoa da gizarte-egoera ahuleko taldeen artean.

100 KOORDINAZIO SOZIOSANITARIOAREN EREDUARI BURUZKO AMIA ANALISIARI DAGOKIONEZ (AHULEZIAK, MEHATXUAK, INDARRAK ETA AUKERAK), ESAN, ONDORIO HAUETATIK, ZUZENA ZEIN DEN:

- 100a) Adostasun handia dago arreta soziosanitarioaren ereduari eta haren barneko koordinazioari buruz.
- 100b) Egungo finantzaketa nahikoa da, baina erakundearteko koordinaziorako tresnak behar ditu.
- 100c) Historia kliniko eta sozial partekatua ezarri izana da koordinazio soziosanitarioaren lorpen handiena.
- 100d) Aurreko hiru baieztapenak okerrak dira.

ORDEZKO GALDERAK

- 101 63 URTEKO EMAKUME BAT LARRIALDIETARA JOAN DA ZENBAIT HILABETETAKO EBOLUZIOKO DISNEA PROGRESIBOAGATIK, ZEINA ATSEDENENKO DISNEA, ORTOPNEAREKIN, ETA GAUEKO DISNEA PAROXISTIKO BILAKATU DEN. HORREZ GAIN, AZKEN ASTEETAN ESKUINEKO HIPOKONDRIOAN MOLESTIAK ETA BEHEKO GORPUTZ-ADARRETAN EDEMA BATZUK DITUELA ERE ADIERAZI DU. MIAKETAREN EMAITZA BAT DATOR BIHOTZ-GUTXIEGITASUN KONGESTIBO DESKONPENTSATUAREKIN. EKGAN EZ DA ISKEMIA MIOKARDIKOAREN DATURIK IKUSI. BESTE PROBA BATZUEN ARTEAN (EMAITZEN ZAIN), TORAX ZEHARREKO EKOGRAFIA BAT EGIN ZAIO, ETA HAU NABARMENDU DA: EIEKZIO-FRAKZIOA: 38; EZKER-BENTRIKULUA: 62 MM, ETA HAZKUNDE BIAURIKULARRA. HONAKO GAIXOTASUN HAUETATIK, ZEINEK DU KOADRO KLINIKOAREN ERAGILE IZATEKO PROBALITATE GUTXIEN?**
- 101a) Miokardiopatia tiroideoak.
101b) Miokardiopatia amiloideoak.
101c) Miokardiopatia mitokondrialak.
101d) Miokardiopatia birikoak.
- 102 56 URTEKO GIZONEZKO BATEK (PREDIABETESA ETA GAIZKI KONTROLATUTAKO HIPERKOLESTEROLEMIA DIAGNOSTIKATUTA DITU) MOLESTIA ATIPIKOAK DITU BULARREZUR ATZEKO ALDEAN. ESFORTZU-PROBA BAT EGIN ZAIO TAPIZ GURPILDUN ETA BRUCEREN PROTOKOLO BIDEZ. ATSEDENEAN 87 TAUPADA MINUTUKO BIHOTZ-MAIZTASUNA (BM) ETA 127/78 MM HG-KO TENTSIO ARTERIALA (TA) DU. PROBAN, 9 MINUTUKO ESFORTZUAREN OSTEAN, PAZIENTEAK 140 TAUPADA MINUTUKO BMA DU, ETA STAREN 1MM-KO JAITSIERA AURREALDEAN. PAZIENTEAK EZ DU MOLESTIA, PALPITAZIO, ZORABIO EDO BESTELAKO NAHASMENDU ELEKTROKARDIOGRAFIKORIK. ERANTZUN HAUETATIK, ZEIN DA ZUZENA?**
- 102a) Esfortzu-probak positibo faltsua eman du, eta proba berriz egin beharko litzateke.
102b) Esfortzu-proba positiboa da; erasan koronario arina dago seguru asko, horrekin batera klinikarik ez dago eta.
102c) Esfortzu-proba positiboa, eta pronostiko txar handia.
102d) Esfortzu-proba negatiboa ariketaren aurreko erantzun desegokiagatik.
- 103 SCORE-REN TAULEKIN KALKULATUTAKO ARRISKU KARDIOBASLUKARRAREN ARABERA, LDL KOLESTEROLAREN HONAKO HELBURU DESIRAGARRI HAUETATIK, ZEIN DA EGIA?**
- 103a) Arrisku kardiobaskular oso handiko pazienteei dagokienez: LDL <70 mg/dl edo aurrekoaren % 50.
103b) Arrisku moderatua dagoenean (>% 2 eta <% 7,5 bitartean): LDL maila <115 mg/dl lortzea.
103c) Arrisku handia dagoenean (>7,5 eta <10 bitartean): LDL <100 mg/dl lortzea.
103d) Diabetiko berria, Metforminaren bidez kontrolatua eta % 6ko hbA_{1c} duena: Arrisku moderatua.

104 NEFRITIS LUPIKOARI DAGOKIONEZ, BAIETAPEN HAUETATIK, ZEIN DA EGIA?

- 104a) Lupus eritematoso sistemikoa (LES) duten paziente helduen % 45ek nefropatia izaten du gaixotasunaren unerren batean.
- 104b) Edozein lesio histologiko eralda badaiteke ere, nefritis esklerotikoak du nefritis lupikoen pronostiko okerrera.
- 104c) Biopsian, giltzurrunaren nahasmendu larriak identifikatzen dira, gernu-analisietan nahasmendu handirik ez badago ere.
- 104d) LESagatiko giltzurrun-gutxiegitasunean, transplantea egiten bada gaixotasuna 6 hilabetez inaktibo egon ondoren, injertoaren biziraute-indizea beste kausengatiko transplantearen antzekoa izaten da.

105 GILTZURRUN-PORROT AKUTUA SORTZEKO MEKANISMOEI DAGOKIENEZ, ADIERAZI KAUSAREN ETA EFEKTUAREN ARTEKO LOTURA ZUZENA ZEIN DEN:

- 105a) Angiotentsina-hartzaileen antagonistak: Giltzurruneko odol-fluxu txikia.
- 105b) Ziklosporina: Hodi txikiaren baskulopatia.
- 105c) Kontraste erradiologikoa: Basodilatazio sistemikoa eta giltzurruneko basokonstriktzioa.
- 105d) Hiperkaltzemia: Hipobolemia eta hipotentsioa.

106 PRESIO ARTERIALAREN 24 ORDU BITARTEKO ETENGABEKO KONTROL ANBULATORIOARI DAGOKIONEZ, BAIETAPEN HAUETATIK, ZEIN DA GEZURRA?

- 106a) Indikatuta dago kontsultan egiaztatutako presio arterial altuaren diagnostikoan, xede-organoen lesiorik gabeko eta arrisku kardiobaskular txikiko TRATATU GABEKO pazienteei dagokienez.
- 106b) Indikatuta dago presio arterial normala duten eta xede-organoen lesioa edo arrisku kardiobaskular handia duten pazienteei dagokienez, tratatu gabeak nahiz tratatuak.
- 106c) Indikatuta dago gaueko hipertentsioaren susmoa dagoenean, loaldiko apnea, nefropatia kronikoa edo diabetesa duten pazienteei dagokienez.
- 106d) Kontsultan presio arterial altuak dituzten pazienteen % 30 inguruk presio anbulatorio edo etxeko presio normalak izaten dituzte.

107 GAIXOTASUN KARDIOBASKULARRA (GKB) IZATEKO ARRISKUA DUTEN PAZIENTE DIABETIKOEI DAGOKIENEZ, AMERIKAKO DIABETES ELKARTEAK AZIDO AZETILSALIZILIKOAREN GAINEKO (AAS) HONAKO GOMENDIO HAUEK EMAN DITU, BAT IZAN EZIK. ZEIN DA?

- 107a) AAS indikatuta dago, lehen mailako prebentzioan, 60 urtetik gorako emakumeentzat edo GKBa izateko % 7,5 eta % 10 bitarteko arriskua duten 50 urtetik gorako gizonezkoentzat.
- 107b) AAS erabiltzea indikatuta dago gertakari koronarioen lehen mailako prebentzioan, GKBa izateko arriskua, 10 urtera, >%10ekoa denean.
- 107c) AAS ematea indikatuta dago GKBaren bigarren mailako prebentzioan.
- 107d) AASren dosi optimoa ez dago finkatuta, baina, oro har, 75-162 mg/egun gomendatzen da.

- 108 HIPERGLUZEMIA MAIZ AGERTU OHI DA OSPITALERATUTAKO PAZIENTEEN ARTEAN. PAZIENTE MEDIKOEN EDO KIRURGIKOEN % 40K ERE IZATEN DUTE HIPOGLUZEMIA, HAINBAT KAUSARENGATIK (GAIZKI KONTROLATUTAKO DIABETIKOAK, DIABETIKO GISA DIAGNOSTIKATUTA EZ ZEUDEN PAZIENTEAK, ETAB.). HORREGATIK, HAIN ZUZEN ERE, HAIEN KONTROLA EGIN BEHAR DA OSPITALERATURIK DAUDEN BITARTEAN. HONAKO BAIEZTAPEN HAUETATIK, ZEIN EZ DA EGIA?**
- 108a) Diabetesagatik ez beste arrazoi bategatik ospitaleratutako pazienteek, janari normala hartzen badute, diabeteserako zuten tratamendu ambulatorioa jarrai dezakete, kontraindikazio espezifikorik izan ezean.
- 108b) Ez-kritikoen unitateetako pazienteei dagokienez, baraurik eta otorduen aurreko glukosaren helburua <140 mg/dl da; janondoko edo ausazko edozein unetakoa, <180 md/dl. Baldin eta glukemia uneren batean <100 mg/dl bada, insulina dosia egokitu beharko da.
- 108c) I eta II motako paziente diabetikoek, insulina-tratamendua badute, etxean zuten insulina dosiarekin jarraitu behar dute.
- 108d) Proba diagnostikoak edo tratamenduak egiteko baraurik egon behar diren pazienteek diabetesaren kontrako tratamendu ez-insuliniko guztiak eten behar dituzte.
- 109 EGOERA KRONIKO AURRERATUA (EKA) DUTEN PERTSONAK, BIZI-PRONOSTIKO MUGATUA DUTENAK, BAHETZEKO ERABILITAKO TRESNEN ARTEAN NECPAL-CCOMS DERITZONA DAGO. BAIEZTAPEN HAUETATIK, ZEIN DA EGIA TRESNA HORRI DAGOKIONEZ?**
- 109a) Pazientearen datozen 6 hilabeteetarako pronostiko bat ezartzea, eta egoera horretarako kudeaketa egokia diseinatzea.
- 109b) Talde espezializatu baten interbentzio-beharretarako oinarriak jartzea.
- 109c) Arreta aringarriaren beharra duten pazienteak identifikatzea.
- 109d) Gutxienez 2 gaixotasun kroniko dituzten pazienteentzat baino ez da aplikagarria.
- 110 HIZKUNTZA-ESKAKIZUNEI DAGOKIENEZ, ADIERAZI, HONAKO BAIEZTAPEN HAUETATIK, ZUZENA ZEIN DEN:**
- 110a) Hizkuntza-eskakizunak aurreikusitako derrigortasun-daten barruan lortzea da Euskararen Erabilera Normalizatzeko II. Planaren helburu nagusietako bat.
- 110b) Osakidetza-Euskal Osasun Zerbitzuko langile guztiei, unitate sanitarioetakoei zein unitate ez-sanitarioetakoei, 2. hizkuntza-eskakizuna esleituko zaie.
- 110c) Euskararen Erabilera Normalizatzeko II. Plana onartzen denean 45 urte baino gehiago dituzten langileei, 2. hizkuntza-eskakizuna egiaztatuta ez badaukate, 1. hizkuntza-eskakizuna egiaztatzea eskatuko zaie.
- 110d) Aurreko hiru baieztapenak okerrak dira.

OSAKIDETZA

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

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

KATEGORIA:

FAK. ESP. BARNE MEDIKUNTZAKO MEDIKUA

CATEGORÍA:

FAC. ESP. MÉDICO MEDICINA INTERNA

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

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

- 1 **¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES CUADROS DOLOROSOS, QUE MEJORAN CON LOS ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS, NO HA DEMOSTRADO QUE LO HAGA POR SU EFECTO ANALGÉSICO?**
- 1a) Neuralgia postherpética.
1b) Dorsalgia baja crónica.
1c) Migraña.
1d) Cefalea tensional.
- 2 **UN PACIENTE DE 86 AÑOS ACUDE A LA CONSULTA POR DOLOR POSTHERPÉTICO CONSIDERABLE. DE ENTRE LOS SIGUIENTES FÁRMACOS ¿CUÁL CONSIDERARÍA COMO PRIMERA ELECCIÓN EN ESTE CASO?**
- 2a) Anticonvulsionantes (tipo Gabapentina o Pregabalina).
2b) Antidepresivos tricíclicos.
2c) Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina/noradrenalina.
2d) Antiarrítmicos (tipo Mexiletina).
- 3 **UN VARÓN DE 60 AÑOS, SIN ANTECEDENTES DE INTERÉS, ACUDE AL SERVICIO DE URGENCIAS POR DOLOR ABDOMINAL SORDO Y CONSTANTE EN CUADRANTE INFERIOR IZQUIERDO DE 5 DÍAS DE EVOLUCIÓN. EN LA EXPLORACIÓN SE OBSERVA FIEBRE DE 38.5°C, Y DOLOR A LA PALPACIÓN EN LA ZONA REFERIDA CON LIGERO PERITONISMO. PRESENTA LEUCOCITOSIS MODERADA CON DESVIACIÓN IZQUIERDA. SE REALIZA TAC ABDOMINAL PARA CONFIRMAR LA SOSPECHA OBSERVADA. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES CIERTA?**
- 3a) En esta situación la sensibilidad y especificidad del TAC abdominal para confirmar la enfermedad es del 97%.
3b) La gravedad del cuadro clínico descrito según la clasificación de Hinchey estaría en II-III.
3c) En caso que fuera clasificado con Estadio I de Hinchey el paciente sería controlado en su domicilio con tratamiento antibiótico oral.
3d) En caso de estadio III de Hinchey NO suele requerir cirugía de urgencia.
- 4 **¿PARA EL DIAGNÓSTICO DE CUÁL DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES SE UTILIZAN LOS CRITERIOS DE ROMA III?**
- 4a) Síndrome de dolor abdominal funcional.
4b) Síndrome de atrapamiento del nervio cutáneo anterior.
4c) Síndrome del intestino irritable.
4d) Pancreatitis crónica no alcohólica.
- 5 **DE ENTRE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES SOBRE EL DOLOR TORÁCICO, ¿CUÁL ES CARACTERÍSTICA DE ISQUEMIA MIOCÁRDICA?**
- 5a) Localización principal del dolor en el centro del abdomen o en la región abdominal inferior.
5b) Dolor constante que persiste durante muchas horas.
5c) Episodios de dolor muy breve que duran unos pocos segundos o menos.
5d) Dolor cuya intensidad aumenta a lo largo de un período de pocos minutos.

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

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

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

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

8 UN VARÓN DE 28 AÑOS INGRESA EN URGENCIAS POR PÉRDIDA DE CONCIENCIA. EN LA EXPLORACIÓN SE APRECIA UN COMA PROFUNDO CON PUPILAS DILATADAS Y FIJAS. ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES ES EL DIAGNÓSTICO MÁS PROBABLE?

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

9 UNA MUJER DE 86 AÑOS SIN ANTECEDENTES DE INTERÉS, EXCEPTO PÉRDIDA LIGERA DE MEMORIA, ES TRASLADADA A URGENCIAS PORQUE EN LOS ÚLTIMOS 5 DÍAS DE FORMA AGUDA HA PRESENTADO INCOHERENCIAS, PENSAMIENTO DESORGANIZADO Y OCASIONALMENTE FABULACIÓN. NO HA MODIFICADO SU MEDICACIÓN. ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES PRUEBAS SERÍA NECESARIO REALIZAR EN LA VALORACIÓN INICIAL?

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

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

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

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

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

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

- 12a) Se debe de comenzar con rtPA (activador del plasminógeno tisular recombinante) en las primeras 4,5 horas del inicio del episodio, solo si el paciente muestra signos de recuperación.
- 12b) Se debe de comenzar con ácido acetilsalicílico (AAS) en las primeras 24 horas.
- 12c) La heparina de bajo peso molecular es una alternativa a la AAS en el ACV isquémico.
- 12d) Se debe contactar urgentemente con el equipo de ictus para evaluar todos los ictus agudos isquémicos aunque hayan pasado 4 horas del comienzo del episodio.

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

- 13a) Una demencia que comienza por la amnesia episódica y se sigue de otros defectos apráxicos y agnósicos, sugiere una enfermedad de Alzheimer por el predominio habitual temporolímbico de las lesiones.
- 13b) En las demencias frontotemporales los trastornos de la personalidad y de la conducta serán tardíos y dominantes al margen de su base patológica.
- 13c) Los principales síntomas de las demencias «subcorticales» se deben a la disfunción de los lóbulos frontales por alteración de los circuitos frontobasales y se encuentran en el grupo de las demencias frontotemporales.
- 13d) El principal objetivo del Mini mental state examination (MMSE) es el de descartar estados de delirio o confusión, confirmar el deterioro cognitivo global y descartar la seudodemencia depresiva.

14 UNA MUJER DE 68 AÑOS, SIN ANTECEDENTES DE INTERÉS, ES LLEVADA A CONSULTA POR DETERIORO PROGRESIVO DE LA MEMORIA DE 20 MESES DE EVOLUCIÓN. LA FAMILIA REFIERE QUE EMPEZÓ CON LENTITUD DE MEMORIA EN SU COMPORTAMIENTO DIARIO, DESINTERÉS PROGRESIVO Y TENDENCIA AL LLANTO. UN AÑO MAS TARDE FUE DIAGNOSTICADA DE ENFERMEDAD DE PARKINSON Y TRATADA CON L-DOPA QUE ABANDONÓ POR ALUCINACIONES. POSTERIORMENTE SIGUIÓ CON DELIRIOS PARANOICOS Y OCASIONALMENTE ALUCINACIONES VISUALES ALTERNANDO CON COMPORTAMIENTO NORMAL Y PENSAMIENTO ESTRUCTURADO. EN LA EXPLORACIÓN DESTACABA HIPOMIMIA FACIAL, LENGUAJE MONOCORDE, ENLENTECIMIENTO DE LA MARCHA Y LIGERO TEMBLOR DE REPOSO DE LAS MANOS. EL MMSE FUE DE 19/35 SOBRE TODO A EXPENSAS DE CÁLCULO, COPIA DE GRÁFICOS Y ORIENTACIÓN TEMPORAL. ¿CUÁL DE LOS DIAGNÓSTICOS SIGUIENTES ES EL MÁS PROBABLE?

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



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

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

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

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

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

- 17a) En los hombres con adenocarcinoma MTX hay que medir la concentración sérica de PSA.
- 17b) En las mujeres con adenocarcinoma MTX hay que considerar la posibilidad de realizar una mamografía o Resonancia mamaria.
- 17c) En pacientes mayores de 70 años con carcinoma poco diferenciado hay que medir las concentraciones séricas de gonadotropina coriónica humana y de a-fetoproteína (AFP).
- 17d) En pacientes con carcinoma escamoso MTX que afecta a los ganglios inguinales hay que realizar una inspección minuciosa de todas las estructuras peritoneales, que incluya una endoscopia, una evaluación urológica y una exploración de la pelvis en las mujeres.

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

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

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

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

- 20 UN VARÓN DE 38 AÑOS ACUDE A URGENCIAS POR UN CUADRO SUGESTIVO DE ARTRITIS DE RODILLA DERECHA CON IMPOTENCIA FUNCIONAL Y FIEBRE DE 38°C. UNA SEMANA ANTES HABÍA PRESENTADO DIARREA AUTOLIMITADA. EN LA EXPLORACIÓN SE OBSERVA DERRAME ARTICULAR QUE TRAS ARTROCENTESIS SE OBTIENEN 50 CC DE LÍQUIDO TURBIO Y LOS SIGUIENTES PARÁMETROS ANALÍTICOS: 45.000/MM LEUCOCITOS (92% NEUTRÓFILOS), GLUCOSA DE 47 MG/DL, TINCIÓN DE GRAM NEGATIVA. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES CIERTA?**
- 20a) El tratamiento antibiótico se debe iniciar una vez conocido el resultado del cultivo de líquido articular.
- 20b) Es aconsejable realizar artrocentesis cada 5 días para aliviar los síntomas y evitar la destrucción articular.
- 20c) La negatividad de la tinción de Gram descarta que se trate de una artritis séptica por Gram (+).
- 20d) La tinción de Gram es positiva en el 50% de las artritis producidas por Gram negativos.
- 21 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES CIERTA RESPECTO A LA ARTRITIS REUMATOIDE (AR)?**
- 21a) El Factor Reumatoide es característico de la AR y es positivo en más del 85% de los pacientes en fases tempranas de la enfermedad.
- 21b) Los anticuerpos Anti-péptidos cíclicos citrulinados (ACPA) tienen una alta sensibilidad en la AR.
- 21c) El FR o el ACPA son altamente predictivos de la enfermedad erosiva de la AR.
- 21d) Se deben de realizar pruebas genéticas para el diagnóstico diferencial de la Enfermedad.
- 22 UN VARÓN DE 64 AÑOS DE EDAD, SIN ANTECEDENTES PREVIOS DE INTERÉS, CONSULTA POR DEBILIDAD MUSCULAR PROGRESIVA DE 4 MESES DE EVOLUCIÓN, QUE EN EL MOMENTO ACTUAL, LE DIFICULTA CONSIDERABLEMENTE EL SUBIR Y BAJAR ESCALERAS. EN LA EXPLORACIÓN FÍSICA LLAMA LA ATENCIÓN LA PRESENCIA DE LESIONES PAPULOERITEMATOSAS SOBRE LOS NUDILLOS DE AMBAS MANOS, CONFIRMÁNDOSE QUE SE TRATA DE PAPULAS DE GOTTRON. TODAS MENOS UNA DE LAS SIGUIENTES PRUEBAS COMPLEMENTARIAS NOS PODRÍAN AYUDAR A DEFINIR MEJOR EL CUADRO CLÍNICO DE LA PACIENTE. SEÑALELA.**
- 22a) Arteriografía del Tronco Celíaco.
- 22b) TAC Tóraco-abdomino-pélvico.
- 22c) Exploración Urológica.
- 22d) Anticuerpos antisintetasa.
- 23 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES SOBRE EL USO DE FÁRMACOS EN EL TRATAMIENTO DE SOSTÉN DE LA SARCOIDOSIS ES FALSA?**
- 23a) La prednisona: Utilización en enfermedad pulmonar aguda.
- 23b) Metotrexate: En sarcoidosis solo ha demostrado su eficacia como ahorrador de esteroides.
- 23c) Infliximab: Utilización en enfermedad crónica pulmonar.
- 23d) Hidroxicloroquina: Más eficaz en enfermedad cutánea.

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

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

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

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

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

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

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

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

28 UNA MUJER DE 60 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL E HIPOTIROIDISMO EN TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO, ACUDIÓ A CONSULTAS POR LA APARICIÓN, EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, DE PLACAS ERITEMATOSAS, EDEMATOSAS E INDURADAS AL TACTO, EN ANTEBRAZOS Y PIERNAS. NO TENÍA OTROS ANTECEDENTES DE INTERÉS SALVO EL ESFUERZO REALIZADO CON MOTIVO DEL CAMBIO DE DOMICILIO POCO ANTES DE COMENZAR EL CUADRO CLÍNICO. EN LA EXPLORACIÓN NO SE OBSERVARON ALTERACIÓN DE LA APERTURA BUCAL, ESCLERODACTILIA NI DEBILIDAD MUSCULAR; NEGABA SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES, RENALES O FENÓMENO DE RAYNAUD. EL LABORATORIO MOSTRABA 11 % (800/MM) DE EOSINÓFILOS EN SANGRE EN SANGRE PERIFÉRICA, VSG DE 80 MM Y TSH ELEVADA. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES LA MÁS CORRECTA?

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

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

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

30 UNA MUJER DE 21 AÑOS DE EDAD CONSULTA TRAS HABERSE APRECIADO, DE FORMA CASUAL, ADENOPATÍAS INGUINALES EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS. AUNQUE TIENE VIDA SEXUAL ACTIVA NIEGA PRÁCTICAS DE RIESGO, ASÍ MISMO NO REFIERE CLÍNICA LOCAL NI OTROS DATOS SUGERENTES DE INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL ASÍ COMO TAMPOCO CLÍNICA GENERAL. EN LA EXPLORACIÓN SE APRECIAN 3-4 ADENOPATÍAS BILATERALES DE 1 CM DE DIÁMETRO MAYOR, BLANDAS, MÓVILES, NO DOLOROSAS. NO SE APRECIA NINGUNA LESIÓN CUTÁNEA EN MIEMBROS INFERIORES, ANO O PERINÉ. EL HEMOGRAMA ES NORMAL. LA PACIENTE NO ESTÁ MUY PREOCUPADA TRAS DE HABLAR CON EL MÉDICO. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES EXPLORACIONES DEBERÍA SER LA SIGUIENTE?

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

31 UN VARÓN DE 62 AÑOS ES EVALUADO POR ANEMIA. TIENE LOS SIGUIENTES PARÁMETROS: HEMOGLOBINA DE 9,0 G/DL (VALOR DE HEMOGLOBINA NORMAL, 15 G/DL), HEMATOCRITO DE 27% (HEMATOCRITO NORMAL 45%), VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO (VCM) DE 88 FL, HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA (HCM) DE 28 PG Y CONCENTRACIÓN DE HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA (CHCM) DEL 30%. SU RECUENTO DE RETICULOCITOS ES DEL 9 %. ¿CÚAL ES SU ÍNDICE DE PRODUCCIÓN DE RETICULOCITOS?

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

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

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

- 33 EN EL DIAGNÓSTICO DE FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO (FOD) ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES CIERTA RESPECTO A LA UTILIZACIÓN DE LA TOMOGRAFÍA DE EMISIÓN DE POSITRONES (PET) COMBINADA CON TAC PET/TAC?**
- 33a) El PET/TAC tiene una sensibilidad del 80% vs la Gammagrafía marcada con indio tan solo del 25%.
- 33b) Respecto a las ventajas del PET sobre gammagrafías es que tiene más resolución, un alto grado de exactitud en el esqueleto central pero menos sensibilidad en infecciones leves crónicas.
- 33c) Las tasas de utilidad en el diagnóstico del PET/TAC en la FOD NO alcanzan más del 40%.
- 33d) En pacientes con FOD, la captación aumentada de médula ósea sugiere una enfermedad hematológica.
- 34 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES CIERTA SOBRE EL PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES CON FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDA (FOD) NO FILIADA EN PAÍSES DESARROLLADOS?**
- 34a) La mayoría de los casos de FOD se debe a enfermedades tratables.
- 34b) En período de seguimiento de seis (6) meses a pacientes con FOD no diagnosticada la mortalidad alcanza el 15%.
- 34c) NO es rara la necesidad de tratar de forma empírica con antibióticos, antituberculostáticos o glucocorticoides a pacientes de larga evolución con FOD.
- 34d) El linfoma NO Hodgkin asociado a FOD se acompaña de una desproporcionada alta mortalidad.
- 35 RESPECTO A LA EPIDEMIOLOGÍA DE INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA (IRAS) ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES SOBRE LAS MISMAS NO ES CIERTA?**
- 35a) La incidencia anual de IRAS tanto en Europa como en EEUU es de aproximadamente 1 de cada 14-20 pacientes ingresados (4%).
- 35b) Las IRAS es una de las 10 primeras causas de muerte en EEUU.
- 35c) Los patógenos más frecuentemente identificados en infecciones relacionadas con dispositivos e intervenciones son *S. aureus*, género *Enterococcus*, *E coli* y *S epidermidis*.
- 35d) Las IRAS con medidas preventivas pueden reducirse hasta el 35 al 40%.
- 36 SOBRE LAS RECOMENDACIONES DESTINADAS A PREVENIR Y CONTROLAR LA INFECCIÓN HOSPITALARIA, TODAS LAS SIGUIENTES EXCEPTO UNA SON DE GRADO I (EFICIENCIA COMPROBADA). SEÑÁLELA.**
- 36a) Educación e información.
- 36b) Profilaxis antibiótica preoperatoria.
- 36c) Buena técnica quirúrgica y prácticas asépticas en el quirófano.
- 36d) Correcto lavado de manos.

- 37 UN PACIENTE DE 38 AÑOS ACUDE A URGENCIAS POR FIEBRE DE HASTA 39°C DE 36 HORAS DE EVOLUCIÓN. NO TENÍA ANTECEDENTES DE INTERÉS SALVO QUE FUE ESPLENECTOMIZADO DE FORMA URGENTE, TRAS UN ACCIDENTE DE MOTO, HACE 6 MESES. EL PACIENTE NO RECUERDA CON CERTEZA SI FUE O NO VACUNADO. ESTANDO ASINTOMÁTICO Y 36 HORAS ANTES DEL INGRESO COMENZÓ CON MALESTAR GENERAL, FIEBRE DE HASTA 39°C, DUDOSA TIRITONA, TOS LIGERA SIN EXPECTORACIÓN Y CEFALEA. EPIDEMIOLOGÍA NEGATIVA. EN LA EXPLORACIÓN SE OBSERVA FIEBRE DE 38,7°C, TENSIÓN ARTERIAL 98/60 MM HG, FRECUENCIA CARDIACA 120 LATIDOS X', FRECUENCIA RESPIRATORIA 20 X', NO DATOS MENÍNGEOS NI OTRO FOCO INICIAL DE SOSPECHA. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES FALSA?**
- 37a) Dentro de los factores de riesgo más importantes en este tipo de pacientes son las edades extremas de la vida y el tiempo transcurrido desde la esplenectomía.
- 37b) El defecto inmunológico específico en la asplenia o hipoesplenia, es la reducción de la formación de anticuerpos proteínicos y el mayor riesgo de infección por gérmenes encapsulados.
- 37c) Si el paciente estuviera vacunado los gérmenes implicados más habituales serían el Staphylococcus y bacterias entéricas gram (-).
- 37d) El tratamiento empírico de elección, si el paciente NO estuviera vacunado sería: Ceftriaxona (2 g c/12 h) y además Vancomicina (15 mg/kg c/12 h).
- 38 UNA MUJER DE 27 AÑOS PARAGUAYA, HA SIDO DIAGNÓSTICA DE TUBERCULOSIS PULMONAR CON AISLAMIENTO EN ESPUTO DE MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS. SE INICIA TRATAMIENTO CON PAUTA CUÁDRUPLE DIARIA TUBERCULOSTÁTICOS A DOSIS ESTÁNDAR (ISONIACIDA (INH), RIFAMPICINA (RIF), ETAMBUTOL (EMB) Y PIRAZINAMIDA (PZA)). EN EL DÍA 29 DEL TRATAMIENTO SE RECIBE EL INFORME DE RESISTENCIAS OBSERVÁNDOSE QUE EL MYCOBACTERIUM ES RESISTENTE A ISONIAZIDA. ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES REGÍMENES DE TRATAMIENTO ES EL MÁS ADECUADO EN ESTE CASO?**
- 38a) Interrumpir INH y seguir con RIF, EMB y PZA hasta completar los 6 meses previstos.
- 38b) Interrumpir INH y seguir con RIF, EMB y PZA 9 meses y Estreptomicina 2 meses.
- 38c) Interrumpir INH y seguir con RIF, EMB y PZA durante 12 meses.
- 38d) Interrumpir INH y seguir con RIF, EMB y PZA durante 12 meses y una quinolona 2 meses.
- 39 UN VARÓN DE 35 AÑOS ACUDE A CONSULTAS EXTERNAS AL APRECIARSE DE FORMA CASUAL UNA MASA EN LA ZONA CERVICAL IZQUIERDA. LA HISTORIA CLÍNICA ERA ANODINA, SIN DATOS EPIDEMIOLÓGICOS DE INFECCIÓN NI SÍNTOMAS CONSTITUCIONALES. EN LA EXPLORACIÓN FÍSICA SOLO ERA DESTACABLE UNA MASA (GANGLIOS) ENROJECIDA NO DOLOROSA, CONSISTENCIA FIRME EN EL BORDE SUPERIOR DEL ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO IZQUIERDO. SE COMPRUEBA QUE ES UNA LINFADENITIS POR MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS. ¿CUÁL DE LAS RESPUESTAS SIGUIENTES ES CORRECTA?**
- 39a) La evolución de la linfadenitis, incluso con dolor, supuración y fistulización después de comenzar el tratamiento, significa fracaso del mismo obligando a modificar el mismo.
- 39b) La aparición de nuevos nódulos después de comenzar el tratamiento ocurre en el 25-30%.
- 39c) NO están indicados los corticoides en este tipo de Tuberculosis extrapulmonar.
- 39d) El tratamiento es con 4 fármacos (INH, RIF, EMB y PZA) 4 meses.

- 40 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES CIERTA SOBRE LAS INFECCIONES URINARIAS (ITU)?**
- 40a) Por encima de los 65 años al menos el 20% de los varones y el 30% de las mujeres tienen ITUs.
40b) Un sedimento urinario sin bacteriuria hace improbable una ITU.
40c) Un 10% de las mujeres tienen ITUs cada año.
40d) La carencia de circuncisión NO aumenta el riesgo de ITU en adultos jóvenes.
- 41 UNA MUJER DE 52 AÑOS, SEXUALMENTE ACTIVA, REFIERE EPISODIOS DE INFECCIONES URINARIAS (ITU) DE REPETICIÓN EN LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS (3 O MÁS/ANUAL), A PESAR DEL TRATAMIENTO HABITUAL COMPLETO EN CADA EPISODIO DE LA ITU. LA SINTOMATOLOGÍA, CON MUCHA FRECUENCIA COMIENZA EN LAS SIGUIENTES 24 HORAS DEL COITO. ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES TRATAMIENTOS ES EL MÁS EFECTIVO, EN ESTE CASO, PARA DISMINUIR ESTOS EPISODIOS?**
- 41a) Vaciamiento de la vejiga, inmediatamente después del coito.
41b) Dadas las infecciones tan frecuentes, comenzar con tratamiento antibiótico profiláctico diario a largo plazo.
41c) Quimioprofilaxis con dosis-única, tomada inmediatamente después del coito.
41d) NO es útil conocer el antibiograma para realizar la quimioprofilaxis.
- 42 UNA MUJER DE 54 AÑOS DE EDAD, TRABAJADORA SOCIAL, REFIERE QUE DESDE HACE DOS AÑOS PRESENTA FATIGA INTENSA, DOLORS MUSCULARES GENERALIZADOS E INESPECÍFICOS, ARTRALGIAS, INSOMNIO RECURRENTE, DISMINUCIÓN DE CONCENTRACIÓN EN SU TRABAJO Y “CALAMBRES MUSCULARES OCASIONALES”. LE HAN VISTO NUMEROSOS MÉDICOS HABIENDO DESCARTADO, CON ALTA FIABILIDAD PATOLOGÍA MÉDICA, DEPRESIÓN MAYOR, ESQUIZOFRENIA O CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD SUSTANCIAL. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES RESPUESTAS ES CIERTA EN LA POSIBLE ENFERMEDAD DE LA PACIENTE?**
- 42a) Probablemente la enferma NO tenga antecedentes en la infancia, alteraciones por estrés social ni falta de apoyo personal.
42b) Para ayudar a la enferma y disminuir los síntomas genuinos, NO debemos reconocer el impacto de los mismos en el funcionamiento diario de la persona.
42c) La recuperación completa de la enfermedad a largo plazo es frecuente sin tratamiento.
42d) Las terapias NO farmacológicas pueden ser extremadamente útiles en este tipo de paciente, entre ellas la terapia de ejercicio graduado aeróbico.

43 UN VARÓN DE 34 AÑOS ACUDE A URGENCIAS POR TOS, SENSACIÓN DE FALTA DE AIRE Y EDEMAS CONSIDERABLES LOCALIZADOS EN CARA, PARPADOS Y MANO DERECHA. ES LA TERCERA VEZ QUE ACUDE AL HOSPITAL EN LOS ÚLTIMOS 4 MESES, UNA DE LAS VECES POR DOLOR ABDOMINAL. DESDE HACE VARIOS AÑOS LE HA OCURRIDO EN DIVERSAS OCASIONES. ASÍ MISMO DICE QUE HA ESTADO EN TRATAMIENTO CON ANTIHISTAMÍNICOS Y OCASIONALMENTE CON CORTICOIDES. NIEGA INGESTA DE ALIMENTOS SOSPECHOSOS Y NO TOMA MEDICAMENTOS. LAS LESIONES EDEMATOSAS NO SON, NI HAN SIDO NUNCA, DOLOROSAS NI PRURIGINOSAS. NO DA TIEMPO A PREGUNTARLE MÁS PORQUE EL ENFERMO EMPEORA DE SU DISNEA Y SE PLANTEA LA INTUBACIÓN O UNA TRAQUEOTOMÍA. MIENTRAS TANTO, ¿CUÁL SERÍA EL TRATAMIENTO MAS ADECUADO EN ESTA SITUACIÓN?

- 43a) Adrenalina racémica administrada en la vía respiratoria por nebulización y mediante inyecciones intramusculares (0,2-0,3 ml al 1:1.000 a intervalos de 20-30 min).
- 43b) Adrenalina como en la respuesta anterior y Metilprednisolona en pulsos a dosis elevadas.
- 43c) Dos unidades de Plasma fresco congelado.
- 43d) Icatibant 30 mg subcutánea.

44 INDIQUE LA ASOCIACIÓN MÁS ADECUADA DE LAS INMUNODEFICIENCIAS SIGUIENTES.

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

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

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

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

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

- 47 **UN HOMBRE DE 24 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTAS POR DISURIA Y QUEMAZÓN EN EL MEATO URETRAL CON PRESENCIA DE UNA SECRECIÓN BLANQUECINA, QUE SALE A TRAVÉS DEL MEATO DESDE HACE TRES DÍAS. EL PACIENTE HA TENIDO UNA RELACIÓN SEXUAL RECIENTE SIN PROTECCIÓN. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES RESPUESTAS ES FALSA?**
- 47a) La tinción de Gram del exudado uretral es una prueba diagnóstica rápida y simple para documentar tanto la uretritis como la presencia o ausencia de infección gonocócica.
- 47b) Se realizará tratamiento empírico con ceftriaxona intramuscular y azitromicina vía oral en dosis únicas, en espera de los resultados microbiológicos.
- 47c) Si se ha aislado *Neisseria gonorrhoeae*, dado que cada vez hay más resistencias bacterianas al tratamiento, se deben realizar pruebas a las 3 semanas para confirmar la curación.
- 47d) Cabe esperar que la azitromicina cure la mayoría de los casos de uretritis no gonocócicas.
- 48 **¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES CORRECTA RESPECTO AL DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS?**
- 48a) La RPR es un test cardiolipídico que tiene una sensibilidad de 95-98% para el diagnóstico de la sífilis primaria.
- 48b) La tinción mediante inmunofluorescencia directa de extensiones fijadas es más apropiada que la microscopia de campo oscuro para examinar las lesiones cutáneas húmedas.
- 48c) Las pruebas treponémicas es posible que sean las únicas pruebas positivas en pacientes con sífilis cardiovascular o neurológica.
- 48d) El RPR o el VDRL aunque son útiles para el diagnóstico de sífilis NO lo son para monitorizar la respuesta terapéutica.
- 49 **UN HOMBRE DE 51 AÑOS ES LLEVADO A URGENCIAS PORQUE HA SIDO ENCONTRADO EN SU CASA BRADIPSÍQUICO, TIRITANDO, CON Tª 35,6, SUDOROSO. REFIEREN QUE DESDE EL DÍA ANTERIOR SE QUEJABA DE POLAQUIURIA Y DISURIA. ENTRE LOS ANTECEDENTES DESTACA QUE ES DIABÉTICO, TRATADO EN TRATAMIENTO CON ANTIDIABÉTICOS ORALES, E HIPERTENSO PARA LO QUE TOMA UN IECA. EN LA EXPLORACIÓN SE OBSERVA UN PACIENTE CON TENDENCIA AL SUEÑO AUNQUE RESPONDE A LAS PREGUNTAS SENCILLAS, SIN FOCALIDAD NEUROLÓGICA. LA TEMPERATURA SE MANTIENE EN 35,6º, FRECUENCIA CARDIACA DE 118 LATIDOS/MIN, TA 84/50 MM HG, FRECUENCIA RESPIRATORIA 22 RESPIRACIONES/MIN, RELLENO CAPILAR >2 SEGUNDOS; EL ABDOMEN PARECE DOLOROSO EN HIPOGASTRIO Y EN FOSA RENAL DCHA. SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL. MARQUE LA RESPUESTA INCORRECTA.**
- 49a) Posiblemente se trate de un shock séptico, aunque no sepamos que tenga una hipotensión refractaria, dado que hay que esperar la respuesta de su hipotensión a la administración de líquidos IV.
- 49b) La Dopamina es el fármaco vasopresor de elección para el shock séptico.
- 49c) Entre las pruebas complementarias destaca un lactato >5,6 mmol/L (0.5-2.2 mmol/L); Esto nos indica que el paciente tiene una inadecuada perfusión tisular en ese momento.
- 49d) La administración precoz de fluidos IV a dosis de 30 ml/kg/ de salino al 0,9% es esencial para mantener una adecuada perfusión tisular, siendo la meta conseguir mantener una presión arterial media >65 mm Hg o una TAS por encima de 90 mm Hg.

50 ENTRE EL 20-35% CON SEPTICEMIA GRAVE Y ENTRE EL 40-60% DE ELLOS QUE SE ENCUENTRAN EN SHOCK SÉPTICO FALLECEN EN EL PRIMER MES DE SEGUIMIENTO. SE HAN UTILIZADO DIFERENTES TRATAMIENTOS PARA INTENTAR REDUCIR DICHA MORTALIDAD. ¿CUÁL DE LAS ALTERNATIVAS SIGUIENTES ES CIERTA EN LOS PACIENTES CON SHOCK SÉPTICO?

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

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

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

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

- 52a) El aclaramiento de fármacos eliminados por los riñones puede reducirse en un 50%.
- 52b) Los fármacos eliminados principalmente por el hígado suelen precisar un ajuste de la dosis por la edad.
- 52c) Debido a la posibilidad de un aumento de la sensibilidad del órgano diana en ancianos, solo debe usarse la dosis mínima eficaz.
- 52d) Como su masa muscular es menor y tienen más grasa respecto al peso corporal total, son más sensibles a los efectos de los fármacos hidrosolubles y sufren efectos prolongados de los liposolubles.

53 UN VARÓN DE 78 AÑOS ES ATENDIDO EN URGENCIAS POR SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO DE 24 HORAS DE EVOLUCIÓN. NO TIENE ANTECEDENTES DE INTERÉS SALVO FIBRILACIÓN AURICULAR EN TRATAMIENTO CON ACENOCUMAROL Y OCASIONALMENTE TOMA AINES POR ARTROSIS DE CADERA DERECHA. LA HISTORIA CLÍNICA ES ANODINA DESTACANDO QUE NO TENÍA CLÍNICA URINARIA, NO HABÍA HABIDO EPISODIOS DE ATRAGANTAMIENTO NI DATOS EPIDEMIOLOGICOS DE INFECCIÓN. EN LA EXPLORACIÓN DESTACA: UN PACIENTE QUE INTENTA COLABORAR PERO CON DATO DE FABULACIÓN Y DESORIENTACIÓN. Tª 36.5°C; TA 120/MM HG, FC 95 X', FC 20 X'. SAT DE O2: 89%. EN LA ANALÍTICA SOLO ES RELEVANTE 10.200 LEUCOCITOS (85% POLIMORFONUCLEARES). EN LA RX DE TÓRAX SE APRECIA CONDENSACIÓN EN LID Y DUDOSO EL LMD. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES CIERTA?

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

- 54 VARÓN DE 29 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE ULCERAS ORALES DE REPETICIÓN MENORES DE 1 CM RELACIONADOS CON DUDOSA ALERGIA A FRUTOS SECOS. DESDE HACE VARIOS AÑOS REFIERE EPISODIOS DE DIFICULTAD PARA DEGLUTIR, A VECES INCLUSO SALIVA, ACOMPAÑADO, EN OCASIONES, DE DOLOR RETROESTERNAL ATÍPICO QUE SE HAN RESUELTO ESPONTÁNEAMENTE EN MENOS DE ½ HORA. EN OTRAS OCASIONES HA PRESENTADO PIROSIS, NÁUSEAS Y VÓMITOS. NUNCA HA QUERIDO REALIZARSE GASTROSCOPIA Y HA TOMADO INNUMERABLES VECES INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES CON RESULTADOS VARIABLES. ACUDE A URGENCIAS REFIRIENDO SENSACIÓN DE DETENCIÓN DE ALIMENTOS A NIVEL RETROESTERNAL CON PRÁCTICA INCAPACIDAD PARA DEGLUTIR SU PROPIA SALIVA, QUE HAN CEDIDO DE FORMA ESPONTÁNEA EN POCOS MINUTOS. ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES ES EL DIAGNOSTICO MÁS PROBABLE?
- 54a) Acalasia.
54b) Esófago de Barret.
54c) Esofagitis eosinófila.
54d) Anillo esofágico distal (Schazki).
- 55 UNA MUJER DE 47 AÑOS CONSULTA POR DIFICULTAD PARA TRAGAR LÍQUIDOS Y EN OCASIONES SÓLIDOS DE 2 AÑOS DE EVOLUCIÓN, INTERMITENTE, ACOMPAÑADA DE MOLESTIAS EPIGÁSTRICAS, PERO ESPECIALMENTE LE PREOCUPA LA PRESENCIA DE DOLOR INTENSO RETROESTERNAL BAJO IRRADIADO EN OCASIONES A AMBOS BRAZOS Y/O MANDÍBULA, ESPONTÁNEO O DESENCADENADO POR VINO TINTO Y LÍQUIDOS CALIENTES. LA DURACIÓN DEL DOLOR SUELE SER DE UNOS 10 MINUTOS Y A VECES HASTA 30 MINUTOS, ¿CUÁL DE LAS AFIRMACIONES SIGUIENTES ES FALSA?
- 55a) Dadas las características del dolor, y el contexto del mismo, NO se deben hacer más estudios para descartar cardiopatía isquémica.
55b) NO hay estudios con evidencia suficiente para tratamiento médico con Antagonistas del calcio ni nitratos.
55c) La trazodona sí ha demostrado utilidad en esta enfermedad.
55d) En casos de disfagia grave se puede valorar cirugía.
- 56 INGRESA UN VARÓN EN URGENCIAS POR HEMATEMESIS DE 3 HORAS DE EVOLUCIÓN. ENTRE LOS ANTECEDENTES DESTACA UNA HISTORIA DE DOLOR RECURRENTE EPIGÁSTRICO TRATADO DE FORMA INTERMITENTE CON INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES. EN LAS 2 ÚLTIMAS SEMANAS Y POR INFLAMACIÓN EN RODILLA IZQUIERDA HA ESTADO AINES. AL INGRESO EL PACIENTE ESTÁ SUDOROSO, CON SENSACIÓN DE MAREO (HA INTENTADO LEVANTARSE Y HA ESTADO A PUNTO DE CAERSE); NO SABE LA CANTIDAD DE HEMATEMESIS, PERO ASEGURA QUE MUCHO, TRAE UNA SÁBANA EMPAPADA DE SANGRE. EL PACIENTE ESTA SUDOROSO, FRIO, TAS DE 95, FC 120 X'. SAT O2 94%. FR 16 X'. PENDIENTE DE ANALÍTICA ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES CORRECTA??
- 56a) La endoscopia se debe de realizar inmediatamente.
56b) En estas situaciones, tanto en Intensivos como Urgencias la administración de altas dosis de Inhibidores de la bomba de protones (IBP) ha demostrado disminuir la mortalidad.
56c) En estas situaciones, tanto en Intensivos como Urgencias la administración de altas dosis de IBP ha demostrado disminuir el número de transfusiones y la necesidad de cirugía.
56d) La mejor forma de practicar la endoscopia en este caso, sería cuando el paciente estuviera con la TAS >100 mm Hg, Frecuencia cardíaca <100 x' e ingresado en intensivos.

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

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

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

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

59 UN PACIENTE CON COLITIS ULCEROSA ES REMITIDO A CONSULTAS PARA SU VALORACIÓN PREVIA ANTES DE COMENZAR CON TRATAMIENTO ANTI-TNF, ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES FALSA RESPECTO A LA UTILIZACIÓN DE ESTOS FÁRMACOS EN ESTA ENFERMEDAD?

- 59a) Es esencial la realización de una prueba tuberculínica y una radiografía de tórax antes de iniciar el tratamiento, y si es positiva hacer tratamiento profiláctico antituberculoso.
- 59b) Se debe evaluar el estado en cuanto a la Hepatitis B y vacunar antes del tratamiento si fuera necesario.
- 59c) Los anti-TNF solo están indicados para la inducción de la remisión en las formas moderadas o graves de la enfermedad.
- 59d) Pueden exacerbar los síntomas de Insuficiencia cardíaca en pacientes grado II-IV de la NYHA.

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

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

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

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

- 62 UN PACIENTE DE 67 AÑOS DIAGNOSTICADO DE CIRROSIS HEPÁTICA, INGRESA EN EL HOSPITAL POR UN CUADRO CLÍNICO DE 5 DÍAS DE EVOLUCIÓN CON MALESTAR GENERAL, ANOREXIA, FIEBRE DE 37,6°C, DISTENSIÓN ABDOMINAL PROGRESIVA Y EN LAS ÚLTIMAS HORAS ENLENTECIMIENTO CEREBRAL. EN LA EXPLORACIÓN DESTACA ASTERIXIS LIGERA Y ASCITIS MODERADA. ENTRE OTRAS PRUEBAS SE REALIZA PARACENTESIS DIAGNÓSTICA CON LÍQUIDO LIGERAMENTE TURBIO, LDH NORMAL, GLUCOSA 100 MG/DL Y 500 CÉLULAS (CON 60% DE PMN, 40% DE LINFOCITOS). LA CREATININA EN PLASMA ES 1,2 MG/DL ¿CUÁL DE LAS OPCIONES SIGUIENTES ES LA MÁS APROPIADA EN ESTE PACIENTE EN ESTE MOMENTO?
- 62a) Tratamiento con cefalosporina de tercera generación (cefotaxima o ceftriaxona) y albúmina intravenosa de forma inmediata.
- 62b) Paracentesis evacuadora y reposición de albúmina.
- 62c) Tratamiento con una cefalosporina de tercera generación más las medidas de soporte generales.
- 62d) Lactulosa y administrar la albúmina.
- 63 UNA PACIENTE DE 56 AÑOS DE EDAD CON CIRROSIS ALCOHÓLICA DE LARGA EVOLUCIÓN INGRESA EN EL HOSPITAL POR SEGUNDA VEZ EN 10 DÍAS POR DETERIORO GENERAL Y AUMENTO DEL PERÍMETRO ABDOMINAL DE RÁPIDA EVOLUCIÓN. LA ATENCIÓN EN URGENCIAS PREVIA FUE POR DISNEA QUE FUE ACHACADA A ASCITIS POR LO QUE LE REALIZARON UNA PARACENTESIS EVACUADORA DE 6 LITROS, MEJORANDO LA CLÍNICA Y ENVIADA A SU DOMICILIO. LA CREATININA PLASMÁTICA EN EL INGRESO PREVIO FUE DE 1,1 MG/DL. EN EL MOMENTO ACTUAL TIENE MOLESTIAS ABDOMINALES INESPECÍFICAS CON ASCITIS A TENSIÓN. LA PACIENTE NIEGA AUMENTO DE LAS DOSIS DE ESPIROLACTONA, FIEBRE, SANGRADO, INGESTA DE FÁRMACOS NI NINGUNA OTRA CAUSA APARENTE DE DESCOMPENSACION. LA TA ES DE 120/80 MM HG. EN LA ANALÍTICA ACTUAL LLAMA LA ATENCION: NA 123 MEQ/L, CREATININA PLASMÁTICA 2,4 MG/DL. SEDIMENTO URINARIO: SIN ALTERACIONES SIGNIFICATIVAS. PARACENTESIS SIN SOSPECHA DE PERITONITIS BACTERIANA. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES LA MÁS CORRECTA EN NUESTRO MEDIO?
- 63a) El tratamiento debería basarse en la administración de Vasopresina más albúmina.
- 63b) El tratamiento debería basarse en la administración de Terlipresina más albúmina.
- 63c) La mortalidad de esta situación está en torno al 50% en la primera semana.
- 63d) La causa más probable de la enfermedad sea un shock hipovolémico encubierto.
- 64 DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES RESPECTO A LA ANOREXIA NERVIOSA ¿CUÁL DE ELLAS ES FALSA?
- 64a) En pacientes NO tratados la mortalidad alcanza el 5/1000.
- 64b) Es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes.
- 64c) Se debe incrementar relativamente rápido el peso para evitar el Síndrome de Realimentación.
- 64d) Dentro de los efectos endocrinos se encuentra la hipercortisolemia.

- 65 UN MUJER DE 57 AÑOS PRESENTA DISNEA DE ESFUERZOS DE 5 MESES DE EVOLUCIÓN, ESTANDO EN EL MOMENTO ACTUAL CON DISNEA MODERADA. ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES RESULTADOS ES COMPATIBLE CON MIASTENIA GRAVIS?
NOTA: TLC (CAPACIDAD PULMONAR TOTAL); RV: VOLUMEN RESIDUAL; FVC: CAPACIDAD VITAL FORZADA; FEV1: VOLUMEN RESPIRATORIO FORZADO EN 1 SEGUNDO; RAW: RESISTENCIA A LAS VÍAS RESPIRATORIAS.**
- 65a) TLC: 75%; FEV1/FCV: Normal; RV: 120%; Raw: 1.
65b) TLC: 60%; FEV1/FCV: Normal: RV: 60%; Raw: 1.
65c) TLC: 95%; FEV1/FCV: Normal. RV: 100%. Raw: 1.
65d) TLC:120%; FEV1/FCV: Bajo. RV: 210%. Raw: 1,5.
- 66 EN CIERTAS ENFERMEDADES INTERSTICIALES EL ANÁLISIS MICROSCÓPICO DEL LAVADO BRONCOALVEOLAR (BAL) ES ÚTIL PARA LA ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES ASOCIACIONES ES CORRECTA RESPECTO AL BAL?**
- 66a) Neumonitis por hipersensibilidad: Linfocitosis intensa (>50%).
66b) Sarcoidosis: Linfocitosis con cociente CD4/CD8 >2,5.
66c) Proteinosis alveolar: Neumocitos tipo II hiperplásicos atípicos.
66d) Neumonía organizativa: Material alveolar positivo por la tinción con ácido periódico de Schiff.
- 67 UNA MUJER DE 56 AÑOS ACUDE AL HOSPITAL POR DISNEA, FUNDAMENTALMENTE AL EJERCICIO, DE 1 AÑO DE EVOLUCIÓN. HACE UNOS AÑOS PRESENTÓ MOLESTIAS ARTICULARES ACUDIENDO A UN REUMATÓLOGO QUE LE RECETÓ CORTICOIDES Y AINES DURANTE UNOS MESES CEDIENDO EL CUADRO CLÍNICO SIN SABER EL DIAGNÓSTICO, ASÍ MISMO LE HA VISTO UN OFTALMÓLOGO POR SEQUEDAD EN LOS OJOS. LA EXPLORACIÓN DEMUESTRA CREPITANTES BILATERALES EN AMBAS BASES. LAS PRUEBAS DE FUNCIÓN RESPIRATORIA SON SUGESTIVAS DE RESTRICCIÓN PULMONAR. ¿QUÉ ESPERARÍA VER EN EL TAC?**
- 67a) Consolidación parcheada subpleural o peribronquial con o sin nódulos.
67b) Nódulos centrolobulillares difusos, en vidrio esmerilado, engrosamiento de paredes septales broncovasculares y quistes de pared fina.
67c) Reticulación subpleural basal periférica con panalización, bronquiectasias por tracción.
67d) Atenuación en vidrio esmerilado periférica, basal, subpleural y simétrica con líneas irregulares y consolidación; conservación subpleural.
- 68 LA HIPERTENSIÓN PULMONAR GRUPO IV O HIPERTENSIÓN PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA (HPTEC) CONSTITUYE UN SUBGRUPO FRECUENTE CON TODAS LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS EXCEPTO UNA. SEÑÁLELA.**
- 68a) La HPTEC se debe a una obstrucción crónica de las arterias pulmonares principales tras una embolia pulmonar, siendo una complicación a largo plazo de las embolias pulmonares.
68b) El TAC representa la principal herramienta para el diagnóstico de la enfermedad.
68c) Existen factores de riesgo que favorecen esta enfermedad tales como la esplenectomía y la enfermedad intestinal inflamatoria.
68d) El tratamiento de elección de la HPTEC es la cirugía.

- 69 **UN PACIENTE DE 37 AÑOS INGRESA EN EL HOSPITAL POR CLÍNICA DE 48 HORAS DE EVOLUCIÓN DE FIEBRE DE 39°C, TOS CON EXPECTORACIÓN PURULENTO SIN HEMOPTISIS Y DOLOR DE CARACTERÍSTICAS PLEURALES EN HEMITÓRAX DERECHO, LA RX INICIAL DEMUESTRA UN MÍNIMO DERRAME PARANEUMÓNICO. EL ENFERMO ES TRATADO CON ANTIBIOTERAPIA MEJORANDO. EL QUINTO DÍA REFIERE DISNEA CON AUMENTO DE LA FIEBRE JUNTO CON UN CLARO AUMENTO DEL DERRAME PLEURAL. SE REALIZA TORACOCENTESIS DIAGNÓSTICA. LOS CRITERIOS PARA EFECTUAR UN PROCEDIMIENTO MÁS INVASOR QUE LA TORACENTESIS (POR ORDEN DE IMPORTANCIA CRECIENTE) SON LOS SIGUIENTES. ELIJA LA RESPUESTA MÁS CORRECTA.**
- 69a) Líquido pleural (LP) loculado; pH LP < 7,20; Glucosa LP < de 60 mg/dl, Gram o cultivo LP (+): empiema.
- 69b) Gram ó cultivo LP (+); pH LP < 7,20; Glucosa LP < de 60; LP loculado; empiema.
- 69c) pH LP < 7,20; Glucosa LP < de 60; Gram ó cultivo LP (+) LP loculado; empiema.
- 69d) Glucosa LP < de 60; pH <7,20; Gram o cultivo LP (+); LP loculado; empiema.
- 70 **TODAS LAS ENFERMEDADES SIGUIENTES PUEDEN DAR DERRAME PLEURAL. ¿CUÁL DE LAS AFIRMACIONES RESPECTO AL TIPO DE DERRAME QUE PRODUCEN NO ES CIERTA?**
- 70a) La Artritis reumatoide y el LES suelen dar un exudado con glucosa baja y ph <7,20.
- 70b) Característicamente el Mixedema da trasudado.
- 70c) El Síndrome de Cava Superior da un trasudado.
- 70d) El Síndrome de Meigs habitualmente es un trasudado.
- 71 **¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES RESPECTO AL OXÍGENO COMPLEMENTARIO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RESPIRATORIA CRÓNICA NO ES CORRECTA?**
- 71a) Es el único elemento terapéutico que ha reducido la mortalidad en el EPOC.
- 71b) Ha reducido la mortalidad del EPOC cuando se administra a pacientes con signos de hipertensión pulmonar independiente de la saturación de O₂ (Sat O₂) en reposo.
- 71c) Ha reducido la mortalidad del EPOC cuando se administra a pacientes con hipoxemia en reposo (Sat O₂ < de 88-90%) con Insuficiencia Cardíaca derecha.
- 71d) Los beneficios sobre la mortalidad son proporcionales al número de horas/día de utilización.
- 72 **UN PACIENTE ASMÁTICO DE 26 AÑOS LLEVA 6 MESES SIN ACUDIR A SU ESPECIALISTA. EL TRATAMIENTO HABITUAL ES ANÁRQUICO BASADO EN TERBUTALINA INHALADA A DEMANDA Y DESDE HACE 2 MESES SU MÉDICO DE FAMILIA LE HA RECETADO UN INHALADOR QUE NO RECUERDA Y OCASIONALMENTE PREDNISONA ORAL. EN LOS ÚLTIMOS 2 MESES TIENE SINTOMATOLOGÍA DIURNA A DIARIO Y NOCTURNA 1 A 2 VECES A LA SEMANA, SIN CLARA LIMITACIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA. LE REALIZAN UNA ESPIROMETRÍA DONDE SE OBSERVA UNA FEV₁ 65%. ¿QUÉ TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO LE RECOMENDARÍA EN ESTA SITUACIÓN?**
- 72a) Seguir con el tratamiento a demanda de terbutalina y añadirle un corticoide inhalado a dosis bajas (200 mcg/12 horas de budesonida) y volver en 3 meses.
- 72b) El mismo esquema anterior pero controlando al paciente en 2-6 semanas.
- 72c) Seguir con el tratamiento a demanda de terbutalina, añadirle un corticoide inhalado a dosis intermedias (400 mcg/12 de budesonida) y control trimestral.
- 72d) Terbutalina a demanda y añadir una combinación de glucocorticoides a dosis bajas y un agonista b₂ de de larga duración (budesonida/formoterol) y control a las 2-6 semanas.

- 73 LOS PÉPTIDOS NATRIURÉTICOS SON BIOMARCADORES ÚTILES PARA EL DIAGNÓSTICO Y LA DETERMINACIÓN DE LA GRAVEDAD Y EL PRONÓSTICO DE LA IC, Y, PROBABLEMENTE, TAMBIÉN PARA SU TRATAMIENTO. LOS PÉPTIDOS NATRIURÉTICOS MÁS UTILIZADOS SON EL PÉPTIDO NATRIURÉTICO DE TIPO B (BNP) (CEREBRAL) Y SU EQUIVALENTE PROPEPTÍDICO DE ESCISIÓN AMINOTERMINAL, LA PORCIÓN N-TERMINAL DEL PROPÉPTIDO NATRIURÉTICO DE TIPO B (NT-PRO-BNP). ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES NO ES CIERTA RESPECTO AL NT-pro-BNP EN INSUFICIENCIA CARDÍACA (IC) AGUDA?**
- 73a) Se debe considerar siempre el contexto del paciente dados los diferentes factores que pueden modificar los niveles de NT-pro-BNP (edad, obesidad, situación función renal, etc.).
- 73b) Para *descartar* la IC descompensada aguda la sensibilidad, cuando el NT-pro-BNP está por debajo de 300 pg/ml es del 99% y tiene un valor predictivo positivo del 99%.
- 73c) Para *Identificar* la IC descompensada aguda la sensibilidad, cuando e NT-pro-BNP es mayor de 900 pg/ml, es del 90 % y el valor predictivo positivo es del 94%.
- 73d) Para la evaluación del paciente ambulatorio disneico, los valores e interpretación de BNP o NT-pro-BNP son semejantes que en la fase aguda hospitalaria.
- 74 EN UNA REVISIÓN PARA ASEGURAR A UN VARÓN DE 36 AÑOS EN UNA COMPAÑÍA ASEGURADORA, ADEMÁS DE LA EXPLORACIÓN GENERAL, QUE FUE NORMAL, LE REALIZARON, ENTRE OTRAS, SEROLOGÍA FRENTE A HEPATITIS B CON LOS SIGUIENTES RESULTADOS: HBSAG (+); ANTI-HBS (-); HBEAG (-); ANTI-HBE (+); ANTI-HBC IGM (-); ANTI-HBC IGG (+); REPLICACION DNA VHB (+). ¿CUÁL ES EL DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE EN RELACIÓN CON EL VIRUS DE HEPATITIS B?**
- 74a) Paciente vacunado.
- 74b) Infección crónica.
- 74c) Infección aguda.
- 74d) Portador asintomático.
- 75 EN UN PACIENTE CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO Y ELEVACIÓN DEL ST (IAMEST) Y SI EL PACIENTE ES CANDIDATO A REPERFUSIÓN, DADO QUE LA MORTALIDAD ESTÁ RELACIONADA CON EL RETRASO DEL TIEMPO DE INTERVENCIÓN ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES FALSA?**
- 75a) La intervención coronaria percutánea (IPC) primaria es el método de reperfusión recomendado cuando el personal experimentado puede efectuarla.
- 75b) Cuando se prevé un tiempo mayor a 60 minutos para la realización de la IPC se debe de comenzar con tratamiento fibrinolítico.
- 75c) El ácido acetilsalicílico (de 162 a 325 mg) debe administrarse antes de la ICP primaria.
- 75d) En general NO se ha constatado disminución de la mortalidad cuando se administra fibrinolítico de rutina entre las 12 y las 24 h siguientes a la aparición de síntomas.
- 76 ¿RESPECTO A LA ENDOCARDITIS BACTERIANA CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES CIERTA?**
- 76a) Los criterios de Duke modificados, en el momento presente, apenas tienen valor con las actuales técnicas de diagnóstico.
- 76b) La insuficiencia mitral asociada a prolapso degenerativo de la válvula mitral, es el segundo trastorno predisponente más frecuente de Endocarditis bacteriana.
- 76c) Cuando en hemocultivo se aísla Streptococcus gallolyticus, hay que descartar una neoplasia de colon.
- 76d) En las endocarditis con hemocultivos negativos, los microorganismos más posiblemente implicados que pertenecen a esta categoría son hongos, Coxiella burnetii, Bartonella spp., Brucella spp. y los microorganismos HACEK.



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

- 77a) La formación de las primeras lesiones ateroscleróticas parece deberse a la acumulación localizada de lipoproteínas (cLDL sobre todo) en ciertas regiones de la íntima. Esa “estría grasa” constituye la lesión inicial de la aterosclerosis.
- 77b) El centro necrótico de las placas de ateroma establecidas está producido, entre otros, por apoptosis de células espumosas.
- 77c) El remodelamiento arterial durante la formación del ateroma (crecimiento abluminal) explica parte de la variabilidad en la expresión clínica de la enfermedad aterosclerótica.
- 77d) El ateroma en crecimiento NO invade la luz arterial hasta que la carga de la placa aterosclerótica supera el 60%. Por ello, durante gran parte de su evolución el ateroma NO produce estenosis capaz de limitar la perfusión hística.

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

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

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

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

- 80** UNA MUJER DE 70 AÑOS INGRESA POR SÍNDROME GENERAL DE UNOS MESES DE EVOLUCIÓN Y QUE ÚLTIMAMENTE SE LEVANTA DE LA CAMA CON MANOS Y CARA HINCHADA. ESTABA DIAGNOSTICADA DE HTA EN TRATAMIENTO CON IECAS. LA FUNCIÓN RENAL ERA NORMAL. EN LA EXPLORACIÓN SE OBSERVA HTA DE 160/90 MM HG Y EDEMAS EN 1/3 INFERIOR DE PIERNAS. ANALÍTICAMENTE, DESTACA UNA TASA DE FILTRADO GLOMERULAR (GFR) DE 45 ML/MIN, CREATININA PLASMÁTICA DE 1,4 MG/DL Y UNA PROTEINURIA DE 5 G/24 HORAS. EN LA BIOPSIA RENAL SE IDENTIFICA ENGROSAMIENTO UNIFORME DE LA MEMBRANA BASAL EN TODAS LAS ASAS CAPILARES PERIFÉRICAS. HAY UN 30% DE GLOMÉRULOS AFECTADOS. EN EL ESTUDIO DE INMUNOFLORESCENCIA DIRECTA EN EL GLOMÉRULO SE OBSERVAN DEPÓSITOS GRANULARES DIFUSOS DE IGG ++ Y C3 ++, Y POR MICROSCOPIA ELECTRÓNICA SE IDENTIFICAN DEPÓSITOS SUBEPITELIALES ELECTRODENSOS. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES SOBRE ESTA ENFERMEDAD ES FALSA?
- 80a) Es la causa más frecuente de Síndrome nefrótico en los ancianos.
80b) Se asocia en un 25% a un cáncer hematológico y enfermedades autoinmunes.
80c) El grado de atrofia tubular o la fibrosis intersticial anticipan la progresión de la enfermedad mejor que la etapa de la glomerulopatía.
80d) El pronóstico lo marcan sexo masculino, la edad, hipertensión y persistencia de la proteinuria.
- 81** UN VARÓN DE 51 AÑOS, SANO, ES REMITIDO A CONSULTA POR HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA) DE RECIENTE COMIENZO. EL PACIENTE HACÍA CONTROLES HABITUALES EN LA EMPRESA, NUNCA HABÍA TENIDO HTA Y EN EL ÚLTIMO CONTROL LE OBSERVARON (COMPROBADO REPETIDAS VECES Y EN SU DOMICILIO) UNA TENSION ARTERIAL SISTÓLICA DE 165 MM HG Y UNA DIASTÓLICA DE 98 MM HG. NO TIENE HISTORIA FAMILIAR DE HTA NI OTROS FACTORES DE RIESGO EXCEPTO FUMADOR DE 10 PAQUETES/AÑO. EN EL FONDO DE OJO SE LE OBSERVA ESTRECHAMIENTO ARTERIOLAR Y ALGÚN CRUCE ARTERIO-VENOSO. EL PACIENTE ESTÁ TOMANDO DIETA TIPO MEDITERRÁNEA SIN SAL Y HACE EJERCICIO HABITUAL. ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES ANTIHIPERTENSIVOS NO LE ADMINISTRARÍA HASTA COMPLETAR ESTUDIO?
- 81a) Beta-bloqueantes.
81b) Alfa-bloqueantes.
81c) Inhibidores de la ECA.
81d) Antagonistas del calcio.
- 82** UN VARÓN DE 57 AÑOS CON DIABETES DE 4 AÑOS DE EVOLUCIÓN, EN TRATAMIENTO CON ANTIDIABÉTICOS ORALES E HIPERTENSO EN TRATAMIENTO CON ENALAPRIL ACUDE A LA CONSULTA PARA QUE SE LE RECOMIENDE CUALES DEBEN SER SUS OBJETIVOS TERAPÉUTICOS RESPECTO A SU NIVEL DE TENSION ARTERIAL (TA), SU CIFRA DE GLUCEMIA EN AYUNAS (GA) Y LOS NIVELES DE LIPOPROTEÍNAS DE BAJA DENSIDAD PORQUE SABE QUE EL CONTROL DE LOS MISMOS MEJORARÁ SU PRONÓSTICO FUTURO. EL PACIENTE YA CONOCE QUE EL OBJETIVO DE CONTROL DE LA HEMOGLOBINA A1C DEBE DE SER < DE 7%. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES LA MEJOR OPCIÓN?
- 82b) Glucosa en ayunas entre 80-100 mg/dl; TA <140/90 mm Hg; LDL < 70 mg/dl.
82b) Glucosa en ayunas entre 80-130 mg/dl; TA <130/90 mm Hg; LDL < 70 mg/dl.
82c) Glucosa en ayunas entre 80-130 mg/dl; TA <140/90 mm Hg; LDL < 100 mg/dl.
82d) Glucosa en ayunas entre 80-100 mg/dl; TA <130/90 mm Hg; LDL < 100 mg/dl.

- 83 UNA MUJER DE 37 AÑOS ACUDE A LA CONSULTA PORQUE DESDE HACE 2 MESES, NOTA TAQUICARDIA A MAS DE 120 POR MINUTO AL PONERSE DE PIE QUE DESAPARECE AL SENTARSE O TUMBARSE. EN OCASIONES HA TENIDO CUADROS PRESINCOPALES CON EL ORTOSTATISMO (DEBILIDAD, OBNUBILACIÓN LEVE) Y EN OTRAS OCASIONES PALPITACIONES O NÁUSEAS Y SENSACIÓN DE FATIGA, TRAS EL ESTUDIO EXHAUSTIVO DE LA PACIENTE NO SE ENCUENTRA NINGUNA CAUSA APARENTE SECUNDARIA QUE PUDIERA PRODUCIR EL CUADRO CLÍNICO. ¿CUÁL ES EL DIAGNÓSTICO MÁS PROBABLE?**
- 83a) Síndrome POTS.
83b) Inicio de una Atrofia de múltiples aparatos y sistemas.
83c) Síndrome de insuficiencia pura del sistema autónomo.
83d) Forma inhabitual de comienzo de Hipotensión ortostática.
- 84 LAS ENFERMEDADES POR DEPÓSITO LISOSOMAL SE CARACTERIZAN POR MANIFESTACIONES CLÍNICAS RELACIONADAS CON SU DEFECTO ESPECÍFICO Y/O POR EL ACÚMULO DE DETERMINADAS SUSTANCIAS DE SU METABOLISMO EN DIFERENTES ORGANOS Y TEJIDOS. ¿CÚAL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES CIERTA?**
- 84a) Las enfermedades lisosomales conocidas se transmiten como carácter autosómico recesivo o ligadas al cromosoma X excepto la enfermedad de Fabry, el Síndrome de Hunter y la enfermedad de Danon.
84b) En los pacientes con enfermedad de Tay-Sachs de comienzo tardío, los hallazgos motores pueden manifestarse años antes de la aparición de las alteraciones psiquiátricas.
84c) En la Enfermedad de Fabry no hay unanimidad en cuanto a criterios de tratamiento sustitutivo, salvo que NO está indicado en la insuficiencia renal que es irreversible.
84d) El tratamiento sustitutivo de la Enfermedad de Gaucher ha conseguido corregir los síntomas neurológicos de las formas neuronopáticas de la enfermedad.
- 85 EL MAYOR CONOCIMIENTO DEL GENOMA HUMANO, LA UTILIZACIÓN DE GSWA Y OTRAS TÉCNICAS ESTÁ PERMITIENDO QUE LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS ESTÉ DIRECTAMENTE INFLUIDA Y SE VEA MEJORADA POR LAS TECNOLOGÍAS MOLECULARES. ¿CUÁL DE LAS RELACIONES SIGUIENTES ENTRE EL TIPO DE PRUEBA, BIOMARCADOR, Y ENFERMEDAD ES FALSA?**
- 85a) Como prueba de riesgo se utilizan el BRCA1 y BRCA2 en paciente con cáncer de mama.
85b) Como prueba diagnóstica se utiliza "Cancer TYPE ID" para el carcinoma primario de origen desconocido.
85c) En Farmacogenómica se utilizan los biomarcadores EGFR y KRAS para la elección del panitumumab para el tratamiento del cáncer de colon.
85d) Como prueba pronóstica se utiliza el Oncotype DX en el cáncer de ovario.
- 86 ENTRE LAS TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS HABITUALES UTILIZADAS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DE UN INTERNISTA, ENTRE OTRAS, ESTÁN LA TORACOCENTESIS (TCs) Y LA PUNCIÓN LUMBAR (PL). ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES RESPUESTAS ES VERDAD?**
- 86a) La introducción de la aguja en la TCs se debe realizar de 5-10 cmts por debajo del borde superior del derrame, sobre línea axilar posterior y NO por debajo del 9 espacio intercostal.
86b) Tanto en la PL como en la TCs una contraindicación absoluta es la infección en la piel de la zona y plaquetas por debajo de 60.000/mm.
86c) Para evitar el edema de expansión en la TCs. NO se debería realizar una TCs mayor de 1000 cc por sesión.
86d) En la PL post-punción la cefalea ocurre en el 10-30% de los casos; suele comenzar a las 24-48 horas y puede durar hasta 2 semanas.

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

- 87a) En un contraste de hipótesis estadístico el valor " p " se refiere a la probabilidad de observar los resultados del estudio, u otros más alejados de la hipótesis nula, si la hipótesis alternativa fuera cierta.
- 87b) La utilización de la técnica estadística de la regresión múltiple permite establecer qué variables independientes influyen en las variables dependientes.
- 87c) El Número de pacientes a tratar (NNT) necesario para evitar un efecto adverso de un tratamiento, en un estudio determinado, es la unidad (1) dividido entre la Reducción Relativa de riesgo.
- 87d) En estudio de casos y controles, cuanto más lejos esté el estadístico Odds Ratio de la unidad menos fuerte será la relación (positiva o negativa) de la variable que se está estudiando.

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

- 88a) La anemia preoperatoria con hematocrito $<39\%$ en hombres y $< 36\%$ en mujeres se asocia de forma independiente a un aumento de la morbilidad/mortalidad a los 30 días.
- 88b) En el período postoperatorio, en los pacientes estables y sin enfermedad cardiovascular, NO aumenta la mortalidad si la hemoglobina es $> 6,5$ g/dl.
- 88c) En pacientes estables puede plantearse la transfusión con valores de hemoglobina de 6-7 g/dl.
- 88d) En pacientes con posible isquemia cardíaca activa, pueden estar indicadas las transfusiones para alcanzar una hemoglobina de 10-11 g/dl.

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

- 89a) Los marcadores clínicos para valorar el riesgo se basan en 6 grupos de enfermedades y se les clasifica en cuatro grupos de riesgo, (RCRI 0 a RCRI 3).
- 89b) A cada uno de los marcadores se les da un punto y con el resultado se puede calcular, de forma predictiva, el riesgo de presentar graves problemas cardíacos (paro cardíaco, fibrilación ventricular, bloqueo completo, etc.).
- 89c) La utilidad del índice es la posibilidad de identificar pacientes con 3 o más elementos de predicción, expuestos a mayor riesgo.
- 89d) El RCRI 3 indica que el paciente tendrá un riesgo del 15 al 20% de enfermedad cardíaca grave.

90 TODAS LAS SIGUIENTES CUESTIONES SE TIENEN QUE ABORDAR EN LA ATENCIÓN DE ENFERMOS EN SITUACIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS. ¿PERO CUÁL DE ELLAS ES "CONDICIÓN SINE QUA NON"?

- 90a) Conseguir que el paciente aborde el final de su vida cómodo y sin dolor.
- 90b) Evaluar exhaustivamente la decisión con especial interés en el estado psicológico del enfermo.
- 90c) Garantizar que el tratamiento se corresponda con los valores del paciente.
- 90d) Atención adecuada al sufrimiento de los cuidadores.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

98 EL ABORDAJE DE LAS LISTAS DE ESPERA:

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

99 DIGA CUÁL DE ESTAS AFIRMACIONES ES FALSA:

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

- 100 DEL ANÁLISIS D.A.F.O. SOBRE EL MODELO DE COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA DIGA CUÁL DE ESTAS CONCLUSIONES ES CIERTA:**
- 100a) Existe un amplio consenso respecto del modelo de atención socio sanitaria y su coordinación interna.
 - 100b) La actual financiación resulta suficiente pero necesita dotarse de mecanismos de coordinación interinstitucional.
 - 100c) La implantación de la historia clínica y social compartida constituye el mayor logro de la coordinación socio sanitaria.
 - 100d) Las tres afirmaciones anteriores son falsas.

PREGUNTAS RESERVA

- 101 UNA MUJER DE 63 AÑOS ACUDE A URGENCIAS POR DISNEA PROGRESIVA DE VARIOS MESES DE EVOLUCIÓN HASTA HACERSE DISNEA DE REPOSO CON ORTOPNEA Y DISNEA PAROXÍSTICA NOCTURNA. ASÍ MISMO REFIERE QUE EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS TIENE MOLESTIAS EN HIPOCONDRIO DERECHO Y ALGUNOS EDEMAS EN EXTREMIDADES INFERIORES. LA EXPLORACIÓN ES COMPATIBLE CON INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA DESCOMPENSADA. EN EL ECG NO SE OBSERVAN DATOS DE ISQUEMIA MIOCÁRDICA. ENTRE OTRAS PRUEBAS PENDIENTES DE RESULTADO, SE LE REALIZA UNA ECOGRAFÍA TRANSTORÁCICA DESTACANDO: FRACCIÓN DE EYECCIÓN 38, VENTRÍCULO IZQUIERDO 62 MM, Y CRECIMIENTO BIAURICULAR. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES ES LA MENOS PROBABLE QUE SEA RESPONSABLE DEL CUADRO CLÍNICO?**
- 101a) Miocardiopatía tiroidea.
 - 101b) Miocardiopatía amiloidea.
 - 101c) Miocardiopatía mitocondrial.
 - 101d) Miocardiopatía vírica.
- 102 UN VARÓN DE 56 AÑOS DIAGNOSTICADO DE PREDIABETES E HIPERCOLESTEROLÉMICO MAL CONTROLADO PRESENTA MOLESTIAS ATÍPICAS EN REGIÓN RETROESTERNAL. SE LE HACE UNA PRUEBA DE ESFUERZO MEDIANTE TAPIZ RODANTE Y PROTOCOLO DE BRUCE. EN REPOSO TIENE FRECUENCIA CARDÍACA (FC) DE 87 LATIDOS POR MINUTO Y TENSIÓN ARTERIAL (TA) DE 127/78 MM HG, DURANTE LA PRUEBA SE OBSERVA QUE EL PACIENTE, DESPUÉS DE 9 MINUTOS DE ESFUERZO, PRESENTA UNA FC DE 140 LATIDOS POR MINUTO; TA 124/80 MM HG, Y DESCENSO DEL ST EN CARA ANTERIOR DE 1 MM, EL PACIENTE NO PRESENTA MOLESTIAS, PALPITACIONES, MAREO NI HAY OTRAS ALTERACIONES ELECTROCARDIOGRÁFICAS ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES RESPUESTAS ES LA CORRECTA?**
- 102a) Es una prueba de esfuerzo falsamente positiva y debería repetirse la prueba.
 - 102b) Prueba de esfuerzo positiva con probablemente poca afectación coronaria por NO presentar clínica acompañante.
 - 102c) Prueba de esfuerzo positiva con importante mal pronóstico.
 - 102d) Prueba de esfuerzo negativa por respuesta inapropiada al ejercicio.

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

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

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

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

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

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

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

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

107 EN PACIENTES DIABÉTICOS CON RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR (ECV) LAS RECOMENDACIONES DE LA ASOCIACIÓN AMERICANA DE DIABETES PARA LA ADMINISTRACIÓN DE ÁCIDO ACETILSALICÍLICO (AAS) SON TODAS LAS SIGUIENTES EXCEPTO UNA. SEÑÁLELA.

- 107a) El AAS está indicado en prevención primaria en mujeres mayores de 60 años o en varones mayores de 50 años con riesgo de ECV entre 7,5% y 10%.
- 107b) El uso de AAS está indicado en Prevención primaria de eventos coronarios con un riesgo de ECV riesgo a 10 años > del 10% .
- 107c) La administración de AAS está indicada en la prevención secundaria de ECV.
- 107d) NO se ha establecido la dosis óptima de AAS aunque en general se recomiendan 75-162 mg/día.



- 108 LA HIPERGLUCEMIA ES UNA HALLAZGO FRECUENTE ENTRE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS. HASTA EL 40% DE LOS PACIENTES MÉDICO O QUIRÚRGICOS TIENEN HIPOGLUCEMIA POR DIFERENTES CAUSAS (DIABÉTICOS MAL CONTROLADOS, PACIENTES QUE NO SE CONOCÍAN DIABÉTICOS, ETC.). ES POR ELLO QUE ES NECESARIO UN CONTROL DE LOS MISMOS MIENTRAS ESTÉN HOSPITALIZADOS. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES NO ES CIERTA?**
- 108a) Los pacientes ingresados por razones diferentes a la diabetes y que comen normalmente, pueden continuar con el tratamiento ambulatorio que tenían para la diabetes, salvo contraindicación específica.
- 108b) En pacientes en unidades de no críticos, el objetivo de la glucosa en ayunas y antes de las comidas es < de 140 mg/dl; postprandial o en cualquier momento al azar <180 mg/dl. Si la glucemia en algún momento es < a 100 mg/dl se deberá ajustar la dosis de insulina.
- 108c) Los pacientes diabéticos tipo I y II en tratamiento insulínico deben seguir con la dosis de insulina que tenían en su domicilio.
- 108d) Los pacientes que deben ayunar para pruebas diagnósticas o tratamientos, deben interrumpir todos los tratamientos antidiabéticos no insulínicos.
- 109 DENTRO DE LAS HERRAMIENTAS QUE SE UTILIZAN DE FORMA SISTEMÁTICA PARA EL CRIBADO DE PERSONAS CON CONDICIÓN CRÓNICA AVANZADA (CCA) CON PRONÓSTICO DE VIDA LIMITADO ESTÁ EL INSTRUMENTO NECPAL-CCOMS. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES CIERTA EN RELACIÓN CON DICHO INSTRUMENTO?**
- 109a) Establecer un pronóstico del paciente para los próximos 6 meses y diseñar un abordaje apropiado.
- 109b) Marcar las bases para las necesidades de intervención de un equipo especializado.
- 109c) Identificar pacientes con necesidad de atención paliativa.
- 109d) Solo es aplicable para pacientes con al menos 2 enfermedades crónicas.
- 110 EN RELACIÓN CON LOS PERFILES LINGÜÍSTICOS, DIGA CUAL DE ESTAS AFIRMACIONES ES CIERTA:**
- 110a) Alcanzar los perfiles lingüísticos dentro de las fechas de preceptividad previstas constituye uno de los objetivos principales del II Plan de uso del Euskera.
- 110b) Todos los efectivos de Osakidetza-Servicio vasco de salud, tanto de unidades sanitarias como de unidades no sanitarias, tendrán asignado el perfil lingüístico 2.
- 110c) Al personal que a la fecha de aprobación del II Plan de uso del Euskera haya superado los 45 años y no tenga acreditado el perfil lingüístico 2, se les exigirá la acreditación del perfil 1.
- 110d) Las tres afirmaciones anteriores son falsas.

OSAKIDETZA

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

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

KATEGORIA:

FAK. ESP. BARNE MEDIKUNTZAKO MEDIKUA

CATEGORÍA:

FAC. ESP. MÉDICO MEDICINA INTERNA

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

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

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

- 1a) El cociente de linfocitos T CD4/Linfocitos T CD8 indica el grado de competencia del sistema inmunitario en ese momento.
- 1b) Las mujeres deben recibir el tratamiento antirretroviral óptimo sin importar el grado de gestación.
- 1c) Las concentraciones plasmáticas de RNA del VIH indican la magnitud de la replicación y la tasa de destrucción de linfocitos T CD4.
- 1d) La cantidad de fármacos disponible es limitada. Cualquier decisión sobre el tratamiento antirretroviral repercute en las opciones futuras para el paciente.

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

- 2a) Pinchazo percutáneo en trabajador sanitario.
- 2b) Coito anal insertivo.
- 2c) Sexo oral insertivo o receptivo.
- 2d) Compartir juguetes sexuales.

3 UN HOMBRE DE 24 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTAS POR DISURIA Y QUEMAZÓN EN EL MEATO URETRAL CON PRESENCIA DE UNA SECRECIÓN BLANQUECINA, QUE SALE A TRAVÉS DEL MEATO DESDE HACE TRES DÍAS. EL PACIENTE HA TENIDO UNA RELACIÓN SEXUAL RECIENTE SIN PROTECCIÓN. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES RESPUESTAS ES FALSA?

- 3a) La tinción de Gram del exudado uretral es una prueba diagnóstica rápida y simple para documentar tanto la uretritis como la presencia o ausencia de infección gonocócica.
- 3b) Se realizará tratamiento empírico con ceftriaxona intramuscular y azitromicina vía oral en dosis únicas, en espera de los resultados microbiológicos.
- 3c) Si se ha aislado Neisseria gonorrhoeae, dado que cada vez hay más resistencias bacterianas al tratamiento, se deben realizar pruebas a las 3 semanas para confirmar la curación.
- 3d) Cabe esperar que la azitromicina cure la mayoría de los casos de uretritis no gonocócicas.

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

- 4a) La RPR es un test cardiolipídico que tiene una sensibilidad de 95-98% para el diagnóstico de la sífilis primaria.
- 4b) La tinción mediante inmunofluorescencia directa de extensiones fijadas es más apropiada que la microscopia de campo oscuro para examinar las lesiones cutáneas húmedas.
- 4c) Las pruebas treponémicas es posible que sean las únicas pruebas positivas en pacientes con sífilis cardiovascular o neurológica.
- 4d) El RPR o el VDRL aunque son útiles para el diagnóstico de sífilis NO lo son para monitorizar la respuesta terapéutica.

- 5 UN HOMBRE DE 51 AÑOS ES LLEVADO A URGENCIAS PORQUE HA SIDO ENCONTRADO EN SU CASA BRADIPSÍQUICO, TIRITANDO, CON Tª 35,6, SUDOROSO. REFIEREN QUE DESDE EL DÍA ANTERIOR SE QUEJABA DE POLAQUIURIA Y DISURIA. ENTRE LOS ANTECEDENTES DESTACA QUE ES DIABÉTICO, TRATADO EN TRATAMIENTO CON ANTIDIABÉTICOS ORALES, E HIPERTENSO PARA LO QUE TOMA UN IECA. EN LA EXPLORACIÓN SE OBSERVA UN PACIENTE CON TENDENCIA AL SUEÑO AUNQUE RESPONDE A LAS PREGUNTAS SENCILLAS, SIN FOCALIDAD NEUROLÓGICA. LA TEMPERATURA SE MANTIENE EN 35,6º, FRECUENCIA CARDIACA DE 118 LATIDOS/MIN, TA 84/50 MM HG, FRECUENCIA RESPIRATORIA 22 RESPIRACIONES/MIN, RELLENO CAPILAR >2 SEGUNDOS; EL ABDOMEN PARECE DOLOROSO EN HIPOGASTRIO Y EN FOSA RENAL DCHA. SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL. MARQUE LA RESPUESTA INCORRECTA.
- 5a) Posiblemente se trate de un shock séptico, aunque no sepamos que tenga una hipotensión refractaria, dado que hay que esperar la respuesta de su hipotensión a la administración de líquidos IV.
- 5b) La Dopamina es el fármaco vasopresor de elección para el shock séptico.
- 5c) Entre las pruebas complementarias destaca un lactato >5,6 mmol/L (0.5-2.2 mmol/L); Esto nos indica que el paciente tiene una inadecuada perfusión tisular en ese momento.
- 5d) La administración precoz de fluidos IV a dosis de 30 ml/kg/ de salino al 0,9% es esencial para mantener una adecuada perfusión tisular, siendo la meta conseguir mantener una presión arterial media >65 mm Hg o una TAS por encima de 90 mm Hg.
- 6 ENTRE EL 20-35% CON SEPTICEMIA GRAVE Y ENTRE EL 40-60% DE ELLOS QUE SE ENCUENTRAN EN SHOCK SÉPTICO FALLECEN EN EL PRIMER MES DE SEGUIMIENTO. SE HAN UTILIZADO DIFERENTES TRATAMIENTOS PARA INTENTAR REDUCIR DICHA MORTALIDAD. ¿CUÁL DE LAS ALTERNATIVAS SIGUIENTES ES CIERTA EN LOS PACIENTES CON SHOCK SÉPTICO?
- 6a) La administración de bicarbonato cuando el pH es menor de 7,2 mejora la hemodinámica.
- 6b) La Administración de Inmunoglobulinas ha demostrado mejorar la morbilidad.
- 6c) La Eritropoyetina es de utilidad en el Shock séptico con anemias graves (Hgb < 7).
- 6d) La Hidrocortisona acelera la recuperación del Shock séptico sin prolongar la supervivencia.
- 7 TODOS LOS ANTIBIÓTICOS TIENEN POTENCIALMENTE EFECTOS SECUNDARIOS. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES NO ES CORRECTA?
- 7a) Azitromicina: Puede alargar el QTc y aumentar la mortalidad cardiovascular.
- 7b) Daptomicina: Puede producir miopatías; se debe pedir CPK de control en tratamientos prolongados.
- 7c) Algunos antibióticos sistémicos tienen la posibilidad de alterar la flora intestinal e inducir una infección por *Clostridium difficile*.
- 7d) Tetraciclinas y Gluciliclinas: Pueden dar fotosensibilidad y molestias del tubo digestivo.
- 8 UNA DE LAS SIGUIENTES CONSIDERACIONES GENERALES PARA EL USO DE MEDICAMENTOS EN EL ANCIANO NO ES CIERTA.
- 8a) El aclaramiento de fármacos eliminados por los riñones puede reducirse en un 50%.
- 8b) Los fármacos eliminados principalmente por el hígado suelen precisar un ajuste de la dosis por la edad.
- 8c) Debido a la posibilidad de un aumento de la sensibilidad del órgano diana en ancianos, solo debe usarse la dosis mínima eficaz.
- 8d) Como su masa muscular es menor y tienen más grasa respecto al peso corporal total, son más sensibles a los efectos de los fármacos hidrosolubles y sufren efectos prolongados de los liposolubles.

9 UN VARÓN DE 78 AÑOS ES ATENDIDO EN URGENCIAS POR SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO DE 24 HORAS DE EVOLUCIÓN. NO TIENE ANTECEDENTES DE INTERÉS SALVO FIBRILACIÓN AURICULAR EN TRATAMIENTO CON ACENOCUMAROL Y OCASIONALMENTE TOMA AINES POR ARTROSIS DE CADERA DERECHA. LA HISTORIA CLÍNICA ES ANODINA DESTACANDO QUE NO TENÍA CLÍNICA URINARIA, NO HABÍA HABIDO EPISODIOS DE ATRAGANTAMIENTO NI DATOS EPIDEMIOLÓGICOS DE INFECCIÓN. EN LA EXPLORACIÓN DESTACA: UN PACIENTE QUE INTENTA COLABORAR PERO CON DATO DE FABULACIÓN Y DESORIENTACIÓN. Tª 36.5°C; TA 120/MM HG, FC 95 X', FC 20 X'. SAT DE O2: 89%. EN LA ANALÍTICA SOLO ES RELEVANTE 10.200 LEUCOCITOS (85% POLIMORFONUCLEARES). EN LA RX DE TÓRAX SE APRECIA CONDENSACIÓN EN LID Y DUDOSO EL LMD. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES CIERTA?

- 9a) La neumonía en el anciano tiene una incidencia semejante a la de los individuos de edad media.
- 9b) Los gérmenes habitualmente implicados en este caso serían el Streptococcus pneumoniae, y bacterias anaerobias y bacilos entéricos gram (-).
- 9c) El tratamiento de elección en este caso es una cefalosporina de tercera generación.
- 9d) NO hay clara evidencia de que en pacientes ancianos, la vacunación contra la gripe y la administración de vacuna neumocócica polisacárida baje la mortalidad.

10 VARÓN DE 29 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE ULCERAS ORALES DE REPETICIÓN MENORES DE 1 CM RELACIONADOS CON DUDOSA ALERGIA A FRUTOS SECOS. DESDE HACE VARIOS AÑOS REFIERE EPISODIOS DE DIFICULTAD PARA DEGLUTIR, A VECES INCLUSO SALIVA, ACOMPAÑADO, EN OCASIONES, DE DOLOR RETROESTERNAL ATÍPICO QUE SE HAN RESUELTO ESPONTÁNEAMENTE EN MENOS DE ½ HORA. EN OTRAS OCASIONES HA PRESENTADO PIROSIS, NÁUSEAS Y VÓMITOS. NUNCA HA QUERIDO REALIZARSE GASTROSCOPIA Y HA TOMADO INNUMERABLES VECES INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES CON RESULTADOS VARIABLES. ACUDE A URGENCIAS REFIRIENDO SENSACIÓN DE DETENCIÓN DE ALIMENTOS A NIVEL RETROESTERNAL CON PRÁCTICA INCAPACIDAD PARA DEGLUTIR SU PROPIA SALIVA, QUE HAN CEDIDO DE FORMA ESPONTÁNEA EN POCOS MINUTOS. ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES ES EL DIAGNOSTICO MÁS PROBABLE?

- 10a) Acalasia.
- 10b) Esófago de Barret.
- 10c) Esofagitis eosinófila.
- 10d) Anillo esofágico distal (Schazki).

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

- 11a) Dadas las características del dolor, y el contexto del mismo, NO se deben hacer más estudios para descartar cardiopatía isquémica.
- 11b) NO hay estudios con evidencia suficiente para tratamiento médico con Antagonistas del calcio ni nitratos.
- 11c) La trazodona sí ha demostrado utilidad en esta enfermedad.
- 11d) En casos de disfagia grave se puede valorar cirugía.

12 **INGRESA UN VARÓN EN URGENCIAS POR HEMATEMESIS DE 3 HORAS DE EVOLUCIÓN. ENTRE LOS ANTECEDENTES DESTACA UNA HISTORIA DE DOLOR RECURRENTE EPIGÁSTRICO TRATADO DE FORMA INTERMITENTE CON INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES. EN LAS 2 ÚLTIMAS SEMANAS Y POR INFLAMACIÓN EN RODILLA IZQUIERDA HA ESTADO AINES. AL INGRESO EL PACIENTE ESTÁ SUDOROSO, CON SENSACIÓN DE MAREO (HA INTENTADO LEVANTARSE Y HA ESTADO A PUNTO DE CAERSE); NO SABE LA CANTIDAD DE HEMATEMESIS, PERO ASEGURA QUE MUCHO, TRAE UNA SÁBANA EMPAPADA DE SANGRE. EL PACIENTE ESTA SUDOROSO, FRIO, TAS DE 95, FC 120 X'. SAT O2 94%. FR 16 X'. PENDIENTE DE ANALÍTICA ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES CORRECTA??**

- 12a) La endoscopia se debe de realizar inmediatamente.
- 12b) En estas situaciones, tanto en Intensivos como Urgencias la administración de altas dosis de Inhibidores de la bomba de protones (IBP) ha demostrado disminuir la mortalidad.
- 12c) En estas situaciones, tanto en Intensivos como Urgencias la administración de altas dosis de IBP ha demostrado disminuir el número de transfusiones y la necesidad de cirugía.
- 12d) La mejor forma de practicar la endoscopia en este caso, sería cuando el paciente estuviera con la TAS >100 mm Hg, Frecuencia cardíaca <100 x' e ingresado en intensivos.

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

- 13a) En el caso de hematoquecia grave, una vez realizada colonoscopia urgente sin identificación de la fuente de sangrado la siguiente prueba es Endoscopia alta.
- 13b) En el caso de melenas sin identificación del origen del sangrado el siguiente paso es colonoscopia con exploración del ileon terminal.
- 13c) En el caso de melenas sin fuente identificada, tras la endoscopia con cápsula se debe hacer enteroscopia profunda.
- 13d) El rendimiento diagnóstico de los métodos endoscópicos en este contexto, en manos expertas, está en torno al 70%.

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

- 14a) El tabaquismo puede aumentar la incidencia de la Colitis Ulcerosa.
- 14b) La apendicectomía reduce el riesgo de la Enfermedad de Crohn del 13 a 26%.
- 14c) La EII cuando empieza en la infancia tiene una evolución más favorable.
- 14d) Si dos progenitores tienen EII, cada hijo/a tiene una probabilidad de 36% de afectarse.

15 **UN PACIENTE CON COLITIS ULCEROSA ES REMITIDO A CONSULTAS PARA SU VALORACIÓN PREVIA ANTES DE COMENZAR CON TRATAMIENTO ANTI-TNF, ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES FALSA RESPECTO A LA UTILIZACIÓN DE ESTOS FÁRMACOS EN ESTA ENFERMEDAD?**

- 15a) Es esencial la realización de una prueba tuberculínica y una radiografía de tórax antes de iniciar el tratamiento, y si es positiva hacer tratamiento profiláctico antituberculoso.
- 15b) Se debe evaluar el estado en cuanto a la Hepatitis B y vacunar antes del tratamiento si fuera necesario.
- 15c) Los anti-TNF solo están indicados para la inducción de la remisión en las formas moderadas o graves de la enfermedad.
- 15d) Pueden exacerbar los síntomas de Insuficiencia cardíaca en pacientes grado II-IV de la NYHA.

- 16 DE LOS SIGUIENTES VIRUS RESPONSABLES DE HEPATITIS VIRAL AGUDA. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES SOBRE SU PROBABILIDAD DE EVOLUCIÓN CRÓNICA ES CIERTA?**
- 16a) Hepatitis B: Entre el 5-10%.
 - 16b) Hepatitis C: Entre el 30 y 40%.
 - 16c) Hepatitis D: En el 90% en casos de sobreinfección.
 - 16d) Hepatitis E: Con frecuencia en pacientes inmunodeprimidos.
- 17 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES SOBRE LA HEPATOPATÍA GRASA NO ALCOHÓLICA (HGNA) ES CIERTA?**
- 17a) En el mundo occidental es la segunda causa de trasplante hepático.
 - 17b) Está relacionada claramente con el síndrome metabólico y la obesidad, pero NO relacionada con seguridad con la Diabetes mellitus tipo 2.
 - 17c) Se estima que casi 1/3 de los adultos de occidente tienen HGNA.
 - 17d) Las estatinas NO mejora significativamente la HGNA.
- 18 UN PACIENTE DE 67 AÑOS DIAGNOSTICADO DE CIRROSIS HEPÁTICA, INGRESA EN EL HOSPITAL POR UN CUADRO CLÍNICO DE 5 DÍAS DE EVOLUCIÓN CON MALESTAR GENERAL, ANOREXIA, FIEBRE DE 37,6°C, DISTENSIÓN ABDOMINAL PROGRESIVA Y EN LAS ÚLTIMAS HORAS ENLENTECIMIENTO CEREBRAL. EN LA EXPLORACIÓN DESTACA ASTERIXIS LIGERA Y ASCITIS MODERADA. ENTRE OTRAS PRUEBAS SE REALIZA PARACENTESIS DIAGNÓSTICA CON LÍQUIDO LIGERAMENTE TURBIO, LDH NORMAL, GLUCOSA 100 MG/DL Y 500 CÉLULAS (CON 60% DE PMN, 40% DE LINFOCITOS). LA CREATININA EN PLASMA ES 1,2 MG/DL ¿CUÁL DE LAS OPCIONES SIGUIENTES ES LA MÁS APROPIADA EN ESTE PACIENTE EN ESTE MOMENTO?**
- 18a) Tratamiento con cefalosporina de tercera generación (cefotaxima o ceftriaxona) y albúmina intravenosa de forma inmediata.
 - 18b) Paracentesis evacuadora y reposición de albúmina.
 - 18c) Tratamiento con una cefalosporina de tercera generación más las medidas de soporte generales.
 - 18d) Lactulosa y administrar la albúmina.
- 19 UNA PACIENTE DE 56 AÑOS DE EDAD CON CIRROSIS ALCOHÓLICA DE LARGA EVOLUCIÓN INGRESA EN EL HOSPITAL POR SEGUNDA VEZ EN 10 DÍAS POR DETERIORO GENERAL Y AUMENTO DEL PERÍMETRO ABDOMINAL DE RÁPIDA EVOLUCIÓN. LA ATENCIÓN EN URGENCIAS PREVIA FUE POR DISNEA QUE FUE ACHACADA A ASCITIS POR LO QUE LE REALIZARON UNA PARACENTESIS EVACUADORA DE 6 LITROS, MEJORANDO LA CLÍNICA Y ENVIADA A SU DOMICILIO. LA CREATININA PLASMÁTICA EN EL INGRESO PREVIO FUE DE 1,1 MG/DL. EN EL MOMENTO ACTUAL TIENE MOLESTIAS ABDOMINALES INESPECÍFICAS CON ASCITIS A TENSIÓN. LA PACIENTE NIEGA AUMENTO DE LAS DOSIS DE ESPIROLACTONA, FIEBRE, SANGRADO, INGESTA DE FÁRMACOS NI NINGUNA OTRA CAUSA APARENTE DE DESCOMPENSACION. LA TA ES DE 120/80 MM HG. EN LA ANALÍTICA ACTUAL LLAMA LA ATENCION: NA 123 MEQ/L, CREATININA PLASMÁTICA 2,4 MG/DL. SEDIMENTO URINARIO: SIN ALTERACIONES SIGNIFICATIVAS. PARACENTESIS SIN SOSPECHA DE PERITONITIS BACTERIANA. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES LA MÁS CORRECTA EN NUESTRO MEDIO?**
- 19a) El tratamiento debería basarse en la administración de Vasopresina más albúmina.
 - 19b) El tratamiento debería basarse en la administración de Terlipresina más albúmina.
 - 19c) La mortalidad de esta situación está en torno al 50% en la primera semana.
 - 19d) La causa más probable de la enfermedad sea un shock hipovolémico encubierto.



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

- 20a) En pacientes NO tratados la mortalidad alcanza el 5/1000.
- 20b) Es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes.
- 20c) Se debe incrementar relativamente rápido el peso para evitar el Síndrome de Realimentación.
- 20d) Dentro de los efectos endocrinos se encuentra la hipercortisolemia.

21 UN MUJER DE 57 AÑOS PRESENTA DISNEA DE ESFUERZOS DE 5 MESES DE EVOLUCIÓN, ESTANDO EN EL MOMENTO ACTUAL CON DISNEA MODERADA. ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES RESULTADOS ES COMPATIBLE CON MIASTENIA GRAVIS?

NOTA: TLC (CAPACIDAD PULMONAR TOTAL); RV: VOLUMEN RESIDUAL; FVC: CAPACIDAD VITAL FORZADA; FEV1: VOLUMEN RESPIRATORIO FORZADO EN 1 SEGUNDO; RAW: RESISTENCIA A LAS VÍAS RESPIRATORIAS.

- 21a) TLC: 75%; FEV1/FCV: Normal; RV: 120%; Raw: 1.
- 21b) TLC: 60%; FEV1/FCV: Normal; RV: 60%; Raw: 1.
- 21c) TLC: 95%; FEV1/FCV: Normal. RV: 100%. Raw: 1.
- 21d) TLC:120%; FEV1/FCV: Bajo. RV: 210%. Raw: 1,5.

22 EN CIERTAS ENFERMEDADES INTERSTICIALES EL ANÁLISIS MICROSCÓPICO DEL LAVADO BRONCOALVEOLAR (BAL) ES ÚTIL PARA LA ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES ASOCIACIONES ES CORRECTA RESPECTO AL BAL?

- 22a) Neumonitis por hipersensibilidad: Linfocitosis intensa (>50%).
- 22b) Sarcoidosis: Linfocitosis con cociente CD4/CD8 >2,5.
- 22c) Proteinosis alveolar: Neumocitos tipo II hiperplásicos atípicos.
- 22d) Neumonía organizativa: Material alveolar positivo por la tinción con ácido periódico de Schiff.

23 UNA MUJER DE 56 AÑOS ACUDE AL HOSPITAL POR DISNEA, FUNDAMENTALMENTE AL EJERCICIO, DE 1 AÑO DE EVOLUCIÓN. HACE UNOS AÑOS PRESENTÓ MOLESTIAS ARTICULARES ACUDIENDO A UN REUMATÓLOGO QUE LE RECETÓ CORTICOIDES Y AINES DURANTE UNOS MESES CEDIENDO EL CUADRO CLÍNICO SIN SABER EL DIAGNÓSTICO, ASÍ MISMO LE HA VISTO UN OFTALMÓLOGO POR SEQUEDAD EN LOS OJOS. LA EXPLORACIÓN DEMUESTRA CREPITANTES BILATERALES EN AMBAS BASES. LAS PRUEBAS DE FUNCIÓN RESPIRATORIA SON SUGESTIVAS DE RESTRICCIÓN PULMONAR. ¿QUÉ ESPERARÍA VER EN EL TAC?

- 23a) Consolidación parcheada subpleural o peribronquial con o sin nódulos.
- 23b) Nódulos centrolobulillares difusos, en vidrio esmerilado, engrosamiento de paredes septales broncovasculares y quistes de pared fina.
- 23c) Reticulación subpleural basal periférica con panalización, bronquiectasias por tracción.
- 24d) Atenuación en vidrio esmerilado periférica, basal, subpleural y simétrica con líneas irregulares y consolidación; conservación subpleural.

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

- 24a) La HPTEC se debe a una obstrucción crónica de las arterias pulmonares principales tras una embolia pulmonar, siendo una complicación a largo plazo de las embolias pulmonares.
- 24b) El TAC representa la principal herramienta para el diagnóstico de la enfermedad.
- 24c) Existen factores de riesgo que favorecen esta enfermedad tales como la esplenectomía y la enfermedad intestinal inflamatoria.
- 24d) El tratamiento de elección de la HPTEC es la cirugía.

- 25 **UN PACIENTE DE 37 AÑOS INGRESA EN EL HOSPITAL POR CLÍNICA DE 48 HORAS DE EVOLUCIÓN DE FIEBRE DE 39°C, TOS CON EXPECTORACIÓN PURULENTO SIN HEMOPTISIS Y DOLOR DE CARACTERÍSTICAS PLEURALES EN HEMITÓRAX DERECHO, LA RX INICIAL DEMUESTRA UN MÍNIMO DERRAME PARANEUMÓNICO. EL ENFERMO ES TRATADO CON ANTIBIOTERAPIA MEJORANDO. EL QUINTO DÍA REFIERE DISNEA CON AUMENTO DE LA FIEBRE JUNTO CON UN CLARO AUMENTO DEL DERRAME PLEURAL. SE REALIZA TORACOCENTESIS DIAGNÓSTICA. LOS CRITERIOS PARA EFECTUAR UN PROCEDIMIENTO MÁS INVASOR QUE LA TORACENTESIS (POR ORDEN DE IMPORTANCIA CRECIENTE) SON LOS SIGUIENTES. ELIJA LA RESPUESTA MÁS CORRECTA.**
- 25a) Líquido pleural (LP) loculado; pH LP < 7,20; Glucosa LP< de 60 mg/dl, Gram o cultivo LP (+): empiema.
- 25b) Gram ó cultivo LP (+); pH LP < 7,20; Glucosa LP< de 60; LP loculado; empiema.
- 25c) pH LP < 7,20; Glucosa LP< de 60; Gram ó cultivo LP (+) LP loculado; empiema.
- 25d) Glucosa LP< de 60; pH <7,20; Gram o cultivo LP (+); LP loculado; empiema.
- 26 **TODAS LAS ENFERMEDADES SIGUIENTES PUEDEN DAR DERRAME PLEURAL. ¿CUÁL DE LAS AFIRMACIONES RESPECTO AL TIPO DE DERRAME QUE PRODUCEN NO ES CIERTA?**
- 26a) La Artritis reumatoide y el LES suelen dar un exudado con glucosa baja y ph <7,20.
- 26b) Característicamente el Mixedema da trasudado.
- 26c) El Síndrome de Cava Superior da un trasudado.
- 26d) El Síndrome de Meigs habitualmente es un trasudado.
- 27 **¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES RESPECTO AL OXÍGENO COMPLEMENTARIO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RESPIRATORIA CRÓNICA NO ES CORRECTA?**
- 27a) Es el único elemento terapéutico que ha reducido la mortalidad en el EPOC.
- 27b) Ha reducido la mortalidad del EPOC cuando se administra a pacientes con signos de hipertensión pulmonar independiente de la saturación de O2 (Sat O2) en reposo.
- 27c) Ha reducido la mortalidad del EPOC cuando se administra a pacientes con hipoxemia en reposo (Sat O2< de 88-90%) con Insuficiencia Cardíaca derecha.
- 27d) Los beneficios sobre la mortalidad son proporcionales al número de horas/día de utilización.
- 28 **UN PACIENTE ASMÁTICO DE 26 AÑOS LLEVA 6 MESES SIN ACUDIR A SU ESPECIALISTA. EL TRATAMIENTO HABITUAL ES ANÁRQUICO BASADO EN TERBUTALINA INHALADA A DEMANDA Y DESDE HACE 2 MESES SU MÉDICO DE FAMILIA LE HA RECETADO UN INHALADOR QUE NO RECUERDA Y OCASIONALMENTE PREDNISONA ORAL. EN LOS ÚLTIMOS 2 MESES TIENE SINTOMATOLOGÍA DIURNA A DIARIO Y NOCTURNA 1 A 2 VECES A LA SEMANA, SIN CLARA LIMITACIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA. LE REALIZAN UNA ESPIROMETRÍA DONDE SE OBSERVA UNA FEV1 65%. ¿QUÉ TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO LE RECOMENDARÍA EN ESTA SITUACIÓN?**
- 28a) Seguir con el tratamiento a demanda de terbutalina y añadirle un corticoide inhalado a dosis bajas (200 mcg/12 horas de budesonida) y volver en 3 meses.
- 28b) El mismo esquema anterior pero controlando al paciente en 2-6 semanas.
- 28c) Seguir con el tratamiento a demanda de terbutalina, añadirle un corticoide inhalado a dosis intermedias (400 mcg/12 de budesonida) y control trimestral.
- 28d) Terbutalina a demanda y añadir una combinación de glucocorticoides a dosis bajas y un agonista b2 de de larga duración (budesonida/formoterol) y control a las 2-6 semanas.



- 29 LOS PÉPTIDOS NATRIURÉTICOS SON BIOMARCADORES ÚTILES PARA EL DIAGNÓSTICO Y LA DETERMINACIÓN DE LA GRAVEDAD Y EL PRONÓSTICO DE LA IC, Y, PROBABLEMENTE, TAMBIÉN PARA SU TRATAMIENTO. LOS PÉPTIDOS NATRIURÉTICOS MÁS UTILIZADOS SON EL PÉPTIDO NATRIURÉTICO DE TIPO B (BNP) (CEREBRAL) Y SU EQUIVALENTE PROPEPTÍDICO DE ESCISIÓN AMINOTERMINAL, LA PORCIÓN N-TERMINAL DEL PROPÉPTIDO NATRIURÉTICO DE TIPO B (NT-PRO-BNP). ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES NO ES CIERTA RESPECTO AL NT-pro-BNP EN INSUFICIENCIA CARDÍACA (IC) AGUDA?**
- 29a) Se debe considerar siempre el contexto del paciente dados los diferentes factores que pueden modificar los niveles de NT-pro-BNP (edad, obesidad, situación función renal, etc.).
- 29b) Para *descartar* la IC descompensada aguda la sensibilidad, cuando el NT-pro-BNP está por debajo de 300 pg/ml es del 99% y tiene un valor predictivo positivo del 99%.
- 29c) Para *Identificar* la IC descompensada aguda la sensibilidad, cuando e NT-pro-BNP es mayor de 900 pg/ml, es del 90 % y el valor predictivo positivo es del 94%.
- 29d) Para la evaluación del paciente ambulatorio disneico, los valores e interpretación de BNP o NT-pro-BNP son semejantes que en la fase aguda hospitalaria.
- 30 EN UNA REVISIÓN PARA ASEGURAR A UN VARÓN DE 36 AÑOS EN UNA COMPAÑÍA ASEGURADORA, ADEMÁS DE LA EXPLORACIÓN GENERAL, QUE FUE NORMAL, LE REALIZARON, ENTRE OTRAS, SEROLOGÍA FRENTE A HEPATITIS B CON LOS SIGUIENTES RESULTADOS: HBSAG (+); ANTI-HBS (-); HBEAG (-); ANTI-HBE (+); ANTI-HBC IGM (-); ANTI-HBC IGG (+); REPLICACION DNA VHB (+). ¿CUÁL ES EL DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE EN RELACIÓN CON EL VIRUS DE HEPATITIS B?**
- 30a) Paciente vacunado.
- 30b) Infección crónica.
- 30c) Infección aguda.
- 30d) Portador asintomático.
- 31 EN UN PACIENTE CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO Y ELEVACIÓN DEL ST (IAMEST) Y SI EL PACIENTE ES CANDIDATO A REPERFUSIÓN, DADO QUE LA MORTALIDAD ESTÁ RELACIONADA CON EL RETRASO DEL TIEMPO DE INTERVENCIÓN ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES FALSA?**
- 31a) La intervención coronaria percutánea (IPC) primaria es el método de reperfusión recomendado cuando el personal experimentado puede efectuarla.
- 31b) Cuando se prevé un tiempo mayor a 60 minutos para la realización de la IPC se debe de comenzar con tratamiento fibrinolítico.
- 31c) El ácido acetilsalicílico (de 162 a 325 mg) debe administrarse antes de la ICP primaria.
- 31d) En general NO se ha constatado disminución de la mortalidad cuando se administra fibrinolítico de rutina entre las 12 y las 24 h siguientes a la aparición de síntomas.
- 32 ¿RESPECTO A LA ENDOCARDITIS BACTERIANA CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES CIERTA?**
- 32a) Los criterios de Duke modificados, en el momento presente, apenas tienen valor con las actuales técnicas de diagnóstico.
- 32b) La insuficiencia mitral asociada a prolapso degenerativo de la válvula mitral, es el segundo trastorno predisponente más frecuente de Endocarditis bacteriana.
- 32c) Cuando en hemocultivo se aísla Streptococcus gallolyticus, hay que descartar una neoplasia de colon.
- 32d) En las endocarditis con hemocultivos negativos, los microorganismos más posiblemente implicados que pertenecen a esta categoría son hongos, Coxiella burnetii, Bartonella spp., Brucella spp. y los microorganismos HACEK.

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

- 33a) La formación de las primeras lesiones ateroscleróticas parece deberse a la acumulación localizada de lipoproteínas (cLDL sobre todo) en ciertas regiones de la íntima. Esa “estría grasa” constituye la lesión inicial de la aterosclerosis.
- 33b) El centro necrótico de las placas de ateroma establecidas está producido, entre otros, por apoptosis de células espumosas.
- 33c) El remodelamiento arterial durante la formación del ateroma (crecimiento abluminal) explica parte de la variabilidad en la expresión clínica de la enfermedad aterosclerótica.
- 33d) El ateroma en crecimiento NO invade la luz arterial hasta que la carga de la placa aterosclerótica supera el 60%. Por ello, durante gran parte de su evolución el ateroma NO produce estenosis capaz de limitar la perfusión hística.

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

- 34a) La hipercolesterolemia familiar combinada caracterizada por aumento del LDL y Triglicéridos es responsable del 10% de arteriopatías coronarias prematuras.
- 34b) La hipercolesterolemia familiar heterocigótica que afecta al 1:500 personas es responsable del 5% de los infartos de miocardio prematuros.
- 34c) La diabetes, la obesidad, el hipotiroidismo y un consumo excesivo de alcohol probablemente sean las causas secundarias más habituales del metabolismo anormal de los lípidos.
- 34d) La hipertrigliceridemia familiar se caracteriza por una hiperproducción primaria de triglicéridos. La relación entre este trastorno y el riesgo cardiovascular es incierta.

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

- 35a) Predominantemente pANCA (+) con patrón perinuclear y especificidad antigénica para mieloperoxidasa (MPO). Glomerulonefritis (GN) necrosante focal extracapilar inmunonegativa. En el 40% de los pacientes infiltrados pulmonares sin cavitación.
- 35b) Predominantemente cANCA (+) antiPR3. (GN) necrosante focal extracapilar inmunonegativa con vasculitis granulomatosa en pulmón y en riñón (en menos del 10%). Paucinmune.
- 35c) ANCA's negativos; NO afectación renal por inmunocomplejos, microaneurismas arteriales.
- 35d) ANCA's negativos, GN mesangial proliferativa con depósitos de IgM, C4 en asas capilares.

- 36** UNA MUJER DE 70 AÑOS INGRESA POR SÍNDROME GENERAL DE UNOS MESES DE EVOLUCIÓN Y QUE ÚLTIMAMENTE SE LEVANTA DE LA CAMA CON MANOS Y CARA HINCHADA. ESTABA DIAGNOSTICADA DE HTA EN TRATAMIENTO CON IECAS. LA FUNCIÓN RENAL ERA NORMAL. EN LA EXPLORACIÓN SE OBSERVA HTA DE 160/90 MM HG Y EDEMAS EN 1/3 INFERIOR DE PIERNAS. ANALÍTICAMENTE, DESTACA UNA TASA DE FILTRADO GLOMERULAR (GFR) DE 45 ML/MIN, CREATININA PLASMÁTICA DE 1,4 MG/DL Y UNA PROTEINURIA DE 5 G/24 HORAS. EN LA BIOPSIA RENAL SE IDENTIFICA ENGROSAMIENTO UNIFORME DE LA MEMBRANA BASAL EN TODAS LAS ASAS CAPILARES PERIFÉRICAS. HAY UN 30% DE GLOMÉRULOS AFECTADOS. EN EL ESTUDIO DE INMUNOFLORESCENCIA DIRECTA EN EL GLOMÉRULO SE OBSERVAN DEPÓSITOS GRANULARES DIFUSOS DE IGG ++ Y C3 ++, Y POR MICROSCOPIA ELECTRÓNICA SE IDENTIFICAN DEPÓSITOS SUBEPITELIALES ELECTRODENSOS. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES SOBRE ESTA ENFERMEDAD ES FALSA?
- 36a) Es la causa más frecuente de Síndrome nefrótico en los ancianos.
 36b) Se asocia en un 25% a un cáncer hematológico y enfermedades autoinmunes.
 36c) El grado de atrofia tubular o la fibrosis intersticial anticipan la progresión de la enfermedad mejor que la etapa de la glomerulopatía.
 36d) El pronóstico lo marcan sexo masculino, la edad, hipertensión y persistencia de la proteinuria.
- 37** UN VARÓN DE 51 AÑOS, SANO, ES REMITIDO A CONSULTA POR HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA) DE RECIENTE COMIENZO. EL PACIENTE HACÍA CONTROLES HABITUALES EN LA EMPRESA, NUNCA HABÍA TENIDO HTA Y EN EL ÚLTIMO CONTROL LE OBSERVARON (COMPROBADO REPETIDAS VECES Y EN SU DOMICILIO) UNA TENSIÓN ARTERIAL SISTÓLICA DE 165 MM HG Y UNA DIASTÓLICA DE 98 MM HG. NO TIENE HISTORIA FAMILIAR DE HTA NI OTROS FACTORES DE RIESGO EXCEPTO FUMADOR DE 10 PAQUETES/AÑO. EN EL FONDO DE OJO SE LE OBSERVA ESTRECHAMIENTO ARTERIOLAR Y ALGÚN CRUCE ARTERIO-VENOSO. EL PACIENTE ESTÁ TOMANDO DIETA TIPO MEDITERRÁNEA SIN SAL Y HACE EJERCICIO HABITUAL. ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES ANTIHIPERTENSIVOS NO LE ADMINISTRARÍA HASTA COMPLETAR ESTUDIO?
- 37a) Beta-bloqueantes.
 37b) Alfa-bloqueantes.
 37c) Inhibidores de la ECA.
 37d) Antagonistas del calcio.
- 38** UN VARÓN DE 57 AÑOS CON DIABETES DE 4 AÑOS DE EVOLUCIÓN, EN TRATAMIENTO CON ANTIDIABÉTICOS ORALES E HIPERTENSO EN TRATAMIENTO CON ENALAPRIL ACUDE A LA CONSULTA PARA QUE SE LE RECOMIENDE CUALES DEBEN SER SUS OBJETIVOS TERAPÉUTICOS RESPECTO A SU NIVEL DE TENSIÓN ARTERIAL (TA), SU CIFRA DE GLUCEMIA EN AYUNAS (GA) Y LOS NIVELES DE LIPOPROTEÍNAS DE BAJA DENSIDAD PORQUE SABE QUE EL CONTROL DE LOS MISMOS MEJORARÁ SU PRONÓSTICO FUTURO. EL PACIENTE YA CONOCE QUE EL OBJETIVO DE CONTROL DE LA HEMOGLOBINA A1C DEBE DE SER < DE 7%. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES LA MEJOR OPCIÓN?
- 38a) Glucosa en ayunas entre 80-100 mg/dl; TA <140/90 mm Hg; LDL < 70 mg/dl.
 38b) Glucosa en ayunas entre 80-130 mg/dl; TA <130/90 mm Hg; LDL < 70 mg/dl.
 38c) Glucosa en ayunas entre 80-130 mg/dl; TA <140/90 mm Hg; LDL < 100 mg/dl.
 38d) Glucosa en ayunas entre 80-100 mg/dl; TA <130/90 mm Hg; LDL < 100 mg/dl.

- 39 UNA MUJER DE 37 AÑOS ACUDE A LA CONSULTA PORQUE DESDE HACE 2 MESES, NOTA TAQUICARDIA A MAS DE 120 POR MINUTO AL PONERSE DE PIE QUE DESAPARECE AL SENTARSE O TUMBARSE. EN OCASIONES HA TENIDO CUADROS PRESINCOPALES CON EL ORTOSTATISMO (DEBILIDAD, OBNUBILACIÓN LEVE) Y EN OTRAS OCASIONES PALPITACIONES O NÁUSEAS Y SENSACIÓN DE FATIGA, TRAS EL ESTUDIO EXHAUSTIVO DE LA PACIENTE NO SE ENCUENTRA NINGUNA CAUSA APARENTE SECUNDARIA QUE PUDIERA PRODUCIR EL CUADRO CLÍNICO. ¿CUÁL ES EL DIAGNÓSTICO MÁS PROBABLE?**
- 39a) Síndrome POTS.
39b) Inicio de una Atrofia de múltiples aparatos y sistemas.
39c) Síndrome de insuficiencia pura del sistema autónomo.
39d) Forma inhabitual de comienzo de Hipotensión ortostática.
- 40 LAS ENFERMEDADES POR DEPÓSITO LISOSOMAL SE CARACTERIZAN POR MANIFESTACIONES CLÍNICAS RELACIONADAS CON SU DEFECTO ESPECÍFICO Y/O POR EL ACÚMULO DE DETERMINADAS SUSTANCIAS DE SU METABOLISMO EN DIFERENTES ORGANOS Y TEJIDOS. ¿CÚAL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES CIERTA?**
- 40a) Las enfermedades lisosomales conocidas se transmiten como carácter autosómico recesivo o ligadas al cromosoma X excepto la enfermedad de Fabry, el Síndrome de Hunter y la enfermedad de Danon.
40b) En los pacientes con enfermedad de Tay-Sachs de comienzo tardío, los hallazgos motores pueden manifestarse años antes de la aparición de las alteraciones psiquiátricas.
40c) En la Enfermedad de Fabry no hay unanimidad en cuanto a criterios de tratamiento sustitutivo, salvo que NO está indicado en la insuficiencia renal que es irreversible.
40d) El tratamiento sustitutivo de la Enfermedad de Gaucher ha conseguido corregir los síntomas neurológicos de las formas neuronopáticas de la enfermedad.
- 41 EL MAYOR CONOCIMIENTO DEL GENOMA HUMANO, LA UTILIZACIÓN DE GSWA Y OTRAS TÉCNICAS ESTÁ PERMITIENDO QUE LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS ESTÉ DIRECTAMENTE INFLUIDA Y SE VEA MEJORADA POR LAS TECNOLOGÍAS MOLECULARES. ¿CUÁL DE LAS RELACIONES SIGUIENTES ENTRE EL TIPO DE PRUEBA, BIOMARCADOR, Y ENFERMEDAD ES FALSA?**
- 41a) Como prueba de riesgo se utilizan el BRCA1 y BRCA2 en paciente con cáncer de mama.
41b) Como prueba diagnóstica se utiliza "Cancer TYPE ID" para el carcinoma primario de origen desconocido.
41c) En Farmacogenómica se utilizan los biomarcadores EGFR y KRAS para la elección del panitumumab para el tratamiento del cáncer de colon.
41d) Como prueba pronóstica se utiliza el Oncotype DX en el cáncer de ovario.
- 42 ENTRE LAS TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS HABITUALES UTILIZADAS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DE UN INTERNISTA, ENTRE OTRAS, ESTÁN LA TORACOCENTESIS (TCs) Y LA PUNCIÓN LUMBAR (PL). ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES RESPUESTAS ES VERDAD?**
- 42a) La introducción de la aguja en la TCs se debe realizar de 5-10 cmts por debajo del borde superior del derrame, sobre línea axilar posterior y NO por debajo del 9 espacio intercostal.
42b) Tanto en la PL como en la TCs una contraindicación absoluta es la infección en la piel de la zona y plaquetas por debajo de 60.000/mm.
42c) Para evitar el edema de expansión en la TCs. NO se debería realizar una TCs mayor de 1000 cc por sesión.
42d) En la PL post-punción la cefalea ocurre en el 10-30% de los casos; suele comenzar a las 24-48 horas y puede durar hasta 2 semanas.

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

- 43a) En un contraste de hipótesis estadístico el valor " p " se refiere a la probabilidad de observar los resultados del estudio, u otros más alejados de la hipótesis nula, si la hipótesis alternativa fuera cierta.
- 43b) La utilización de la técnica estadística de la regresión múltiple permite establecer qué variables independientes influyen en las variables dependientes.
- 43c) El Número de pacientes a tratar (NNT) necesario para evitar un efecto adverso de un tratamiento, en un estudio determinado, es la unidad (1) dividido entre la Reducción Relativa de riesgo.
- 43d) En estudio de casos y controles, cuanto más lejos esté el estadístico Odds Ratio de la unidad menos fuerte será la relación (positiva o negativa) de la variable que se está estudiando.

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

- 44a) La anemia preoperatoria con hematocrito $<39\%$ en hombres y $< 36\%$ en mujeres se asocia de forma independiente a un aumento de la morbilidad/mortalidad a los 30 días.
- 44b) En el período postoperatorio, en los pacientes estables y sin enfermedad cardiovascular, NO aumenta la mortalidad si la hemoglobina es $> 6,5$ g/dl.
- 44c) En pacientes estables puede plantearse la transfusión con valores de hemoglobina de 6-7 g/dl.
- 44d) En pacientes con posible isquemia cardíaca activa, pueden estar indicadas las transfusiones para alcanzar una hemoglobina de 10-11 g/dl.

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

- 45a) Los marcadores clínicos para valorar el riesgo se basan en 6 grupos de enfermedades y se les clasifica en cuatro grupos de riesgo, (RCRI 0 a RCRI 3).
- 45b) A cada uno de los marcadores se les da un punto y con el resultado se puede calcular, de forma predictiva, el riesgo de presentar graves problemas cardíacos (paro cardíaco, fibrilación ventricular, bloqueo completo, etc.).
- 45c) La utilidad del índice es la posibilidad de identificar pacientes con 3 o más elementos de predicción, expuestos a mayor riesgo.
- 45d) El RCRI 3 indica que el paciente tendrá un riesgo del 15 al 20% de enfermedad cardíaca grave.

46 TODAS LAS SIGUIENTES CUESTIONES SE TIENEN QUE ABORDAR EN LA ATENCIÓN DE ENFERMOS EN SITUACIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS. ¿PERO CUÁL DE ELLAS ES "CONDICIÓN SINE QUA NON"?

- 46a) Conseguir que el paciente aborde el final de su vida cómodo y sin dolor.
- 46b) Evaluar exhaustivamente la decisión con especial interés en el estado psicológico del enfermo.
- 46c) Garantizar que el tratamiento se corresponda con los valores del paciente.
- 46d) Atención adecuada al sufrimiento de los cuidadores.

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

- 47a) La enfermedad debe ser un problema de salud importante.
- 47b) El coste de encontrar un caso NO necesariamente debe equilibrarse con el gasto médico total.
- 47c) Debe de haber una prueba o examen para detectar la enfermedad.
- 47d) Debe de existir un tratamiento para la enfermedad.

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

- 48a) Está sometido a la evaluación del desempeño y de los resultados.
- 48b) Únicamente tienen la consideración de funciones de gestión clínica las relativas a la jefatura y coordinación de unidades y equipos sanitarios y asistenciales.
- 48c) La participación en las Unidades de Gestión Clínica es obligatoria para todos los profesionales sanitarios del centro sanitario.
- 48d) Conllevará necesariamente la compensación económica que se pacte con el órgano de gobierno del centro sanitario.

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

- 49a) Debe incorporarse a una plaza del servicio o centro que le corresponda en un plazo no superior a tres meses a contar desde el día siguiente al del nombramiento.
- 49b) La falta de incorporación a la plaza que le corresponda, dentro del plazo señalado para ello, producirá, en todo caso, el decaimiento de su derecho a obtener la condición de personal estatutario fijo.
- 49c) Con carácter previo a la incorporación deberá superar, en todo caso, un periodo de prueba.
- 49d) La falta de incorporación a la plaza que le corresponda, dentro del plazo señalado para ello, producirá el decaimiento de su derecho a obtener la condición de personal estatutario fijo, salvo que la falta de incorporación no sea imputable a la persona interesada y obedezca a causas justificadas.

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

- 50a) Únicamente puede recaer en personas que tengan la condición de personal estatutario fijo.
- 50b) Requiere el acuerdo previo del Consejo de Gobierno y su posterior publicación en el Boletín Oficial del País Vasco.
- 50c) Requiere la previa convocatoria pública en la que deberán establecerse los requisitos necesarios de capacidad y experiencia profesional.
- 50d) Tiene una duración máxima de cuatro años, prorrogable por otros cuatro.

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

- 51a) Tienen derecho a estar acompañados por familiares, así como al uso, con carácter general, de habitación individual para preservar su intimidad.
- 51b) Tienen derecho a dar su consentimiento para la intervención cuando se trate de mayores de 14 años.
- 51c) Tienen derecho a proseguir su formación escolar durante su permanencia en el hospital.
- 51d) Tienen derecho a disponer de un horario de visitas específico, en función de las peculiaridades de su hospitalización.

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

- 52a) El documento de voluntades anticipadas se puede formalizar verbalmente ante tres testigos.
- 52b) El documento de voluntades anticipadas se puede formalizar por escrito ante el funcionario o empleado público encargado del Registro Vasco de Voluntades Anticipadas.
- 52c) Toda persona mayor de edad, y que no haya sido judicialmente incapacitada para ello, puede actuar como testigo para la formalización del documento de voluntades anticipadas.
- 52d) El documento de voluntades anticipadas puede ser modificado una vez hayan transcurrido, al menos, tres meses desde su otorgamiento.

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

- 53a) Cuando los dos sexos estén representados en un 50%.
- 53b) Cuando la Presidencia y la Vicepresidencia del órgano recaigan en personas de distinto sexo.
- 53c) Cuando los dos sexos estén representados por, al menos, 1/3 de las personas que lo integran.
- 53d) Cuando los dos sexos estén representados al menos al 40%.

54 EL ABORDAJE DE LAS LISTAS DE ESPERA:

- 54a) Permite disminuir las desigualdades en salud.
- 54b) Requiere un consenso previo con las y los profesionales sanitarios.
- 54c) Requiere un análisis previo de la demanda de servicios y una reordenación de la atención primaria.
- 54d) Requiere desarrollar campañas para la concienciación a la sociedad acerca del uso de los recursos sanitarios.

55 DIGA CUÁL DE ESTAS AFIRMACIONES ES FALSA:

- 55a) El consumo excesivo de alcohol, tabaco, cannabis y policonsumo de drogas es más frecuente en hombres que en mujeres.
- 55b) El consumo de psicofármacos sin receta es más frecuente en mujeres que en hombres.
- 55c) El inicio de consumo de alcohol en Euskadi se produce, en términos generales, antes de los 14 años.
- 55d) El consumo de tabaco es mayor en los grupos sociales más desfavorecidos.

- 56 DEL ANÁLISIS D.A.F.O. SOBRE EL MODELO DE COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA DIGA CUÁL DE ESTAS CONCLUSIONES ES CIERTA:**
- 56a) Existe un amplio consenso respecto del modelo de atención sociosanitaria y su coordinación interna.
 - 56b) La actual financiación resulta suficiente pero necesita dotarse de mecanismos de coordinación interinstitucional.
 - 56c) La implantación de la historia clínica y social compartida constituye el mayor logro de la coordinación sociosanitaria.
 - 56d) Las tres afirmaciones anteriores son falsas.
- 57 ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES CUADROS DOLOROSOS, QUE MEJORAN CON LOS ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS, NO HA DEMOSTRADO QUE LO HAGA POR SU EFECTO ANALGÉSICO?**
- 57a) Neuralgia postherpética.
 - 57b) Dorsalgia baja crónica.
 - 57c) Migraña.
 - 57d) Cefalea tensional.
- 58 UN PACIENTE DE 86 AÑOS ACUDE A LA CONSULTA POR DOLOR POSTHERPÉTICO CONSIDERABLE. DE ENTRE LOS SIGUIENTES FÁRMACOS ¿CUÁL CONSIDERARÍA COMO PRIMERA ELECCIÓN EN ESTE CASO?**
- 58a) Anticonvulsionantes (tipo Gabapentina o Pregabalina).
 - 58b) Antidepresivos tricíclicos.
 - 58c) Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina/noradrenalina.
 - 58d) Antiarrítmicos (tipo Mexiletina).
- 59 UN VARÓN DE 60 AÑOS, SIN ANTECEDENTES DE INTERÉS, ACUDE AL SERVICIO DE URGENCIAS POR DOLOR ABDOMINAL SORDO Y CONSTANTE EN CUADRANTE INFERIOR IZQUIERDO DE 5 DÍAS DE EVOLUCIÓN. EN LA EXPLORACIÓN SE OBSERVA FIEBRE DE 38.5°C, Y DOLOR A LA PALPACIÓN EN LA ZONA REFERIDA CON LIGERO PERITONISMO. PRESENTA LEUCOCITOSIS MODERADA CON DESVIACIÓN IZQUIERDA. SE REALIZA TAC ABDOMINAL PARA CONFIRMAR LA SOSPECHA OBSERVADA. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES CIERTA?**
- 59a) En esta situación la sensibilidad y especificidad del TAC abdominal para confirmar la enfermedad es del 97%.
 - 59b) La gravedad del cuadro clínico descrito según la clasificación de Hinchey estaría en II-III.
 - 59c) En caso que fuera clasificado con Estadio I de Hinchey el paciente sería controlado en su domicilio con tratamiento antibiótico oral.
 - 59d) En caso de estadio III de Hinchey NO suele requerir cirugía de urgencia.
- 60 ¿PARA EL DIAGNÓSTICO DE CUÁL DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES SE UTILIZAN LOS CRITERIOS DE ROMA III?**
- 60a) Síndrome de dolor abdominal funcional.
 - 60b) Síndrome de atrapamiento del nervio cutáneo anterior.
 - 60c) Síndrome del intestino irritable.
 - 60d) Pancreatitis crónica no alcohólica.

- 61 DE ENTRE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES SOBRE EL DOLOR TORÁCICO, ¿CUÁL ES CARACTERÍSTICA DE ISQUEMIA MIOCÁRDICA?**
- 61a) Localización principal del dolor en el centro del abdomen o en la región abdominal inferior.
 - 61b) Dolor constante que persiste durante muchas horas.
 - 61c) Episodios de dolor muy breve que duran unos pocos segundos o menos.
 - 61d) Dolor cuya intensidad aumenta a lo largo de un período de pocos minutos.
- 62 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES RESPECTO A LA CEFALEA ES VERDAD?**
- 62a) El 40% de las personas con migraña tienen el primer episodio antes de los 30 años.
 - 62b) El Síndrome de Costen es una cefalea en racimos de 1 hora de duración.
 - 62c) La cefalea de tensión crónica la padece el 3% de la población.
 - 62d) El auténtico generador de un ataque de migraña parece ser el mesencéfalo.
- 63 UNA CEFALEA CLÍNICAMENTE SECUNDARIA CON TAC NORMAL DEBE DE HACERNOS SOSPECHAR TODOS LOS SIGUIENTES DIAGNÓSTICOS EXCEPTO UNO. SEÑÁLELO.**
- 63a) Aracnoiditis leptomeníngea.
 - 63b) Chiari tipo I.
 - 63c) Hipertensión intracraneal idiopática.
 - 63d) El Síndrome de SUNCT.
- 64 UN VARÓN DE 28 AÑOS INGRESA EN URGENCIAS POR PÉRDIDA DE CONCIENCIA. EN LA EXPLORACIÓN SE APRECIA UN COMA PROFUNDO CON PUPILAS DILATADAS Y FIJAS. ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES ES EL DIAGNÓSTICO MÁS PROBABLE?**
- 64a) Encefalopatía metabólica.
 - 64b) Intoxicación por alcohol metílico.
 - 64c) Lesión pontina.
 - 64d) Lesión a nivel del encéfalo.
- 65 UNA MUJER DE 86 AÑOS SIN ANTECEDENTES DE INTERÉS, EXCEPTO PÉRDIDA LIGERA DE MEMORIA, ES TRASLADADA A URGENCIAS PORQUE EN LOS ÚLTIMOS 5 DÍAS DE FORMA AGUDA HA PRESENTADO INCOHERENCIAS, PENSAMIENTO DESORGANIZADO Y OCASIONALMENTE FABULACIÓN. NO HA MODIFICADO SU MEDICACIÓN. ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES PRUEBAS SERÍA NECESARIO REALIZAR EN LA VALORACIÓN INICIAL?**
- 65a) Pruebas de función renal.
 - 65b) TAC cerebral.
 - 65c) Resonancia cerebral.
 - 65d) Urocultivo.
- 66 UN PACIENTE DE 56 AÑOS ES ATENDIDO POR SENSACIÓN DE MAREO, VÓMITOS Y MALESTAR GENERAL. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS SUGIERE LA PRESENCIA DE UN VÉRTIGO DE ORIGEN CENTRAL?**
- 66a) Nistagmo vertical-torsional mixto.
 - 66b) Inhibición del nistagmo con la fijación visual.
 - 66c) La ausencia de un signo de impulso cefálico.
 - 66d) Nistagmo unidireccional.



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

- 67a) En España los ACV son la tercera causa de invalidez permanente.
- 67b) La tasa de mortalidad por ictus en España lleva más de 20 años descendiendo de forma prácticamente paralela en ambos sexos.
- 67c) La incidencia de ACV es directamente proporcional al consumo de alcohol y al paro laboral, pero NO al analfabetismo.
- 67d) Aproximadamente el 30% de los supervivientes de un ictus tienen algún grado de incapacidad, de los que cerca del 20% requieren una hospitalización definitiva.

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

- 68a) Se debe de comenzar con rtPA (activador del plasminógeno tisular recombinante) en las primeras 4,5 horas del inicio del episodio, solo si el paciente muestra signos de recuperación.
- 68b) Se debe de comenzar con ácido acetilsalicílico (AAS) en las primeras 24 horas.
- 68c) La heparina de bajo peso molecular es una alternativa a la AAS en el ACV isquémico.
- 68d) Se debe contactar urgentemente con el equipo de ictus para evaluar todos los ictus agudos isquémicos aunque hayan pasado 4 horas del comienzo del episodio.

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

- 69a) Una demencia que comienza por la amnesia episódica y se sigue de otros defectos apráxicos y agnósicos, sugiere una enfermedad de Alzheimer por el predominio habitual temporolímbico de las lesiones.
- 69b) En las demencias frontotemporales los trastornos de la personalidad y de la conducta serán tardíos y dominantes al margen de su base patológica.
- 69c) Los principales síntomas de las demencias «subcorticales» se deben a la disfunción de los lóbulos frontales por alteración de los circuitos frontobasales y se encuentran en el grupo de las demencias frontotemporales.
- 69d) El principal objetivo del Mini mental state examination (MMSE) es el de descartar estados de delirio o confusión, confirmar el deterioro cognitivo global y descartar la pseudodemencia depresiva.

70 UNA MUJER DE 68 AÑOS, SIN ANTECEDENTES DE INTERÉS, ES LLEVADA A CONSULTA POR DETERIORO PROGRESIVO DE LA MEMORIA DE 20 MESES DE EVOLUCIÓN. LA FAMILIA REFIERE QUE EMPEZÓ CON LENTITUD DE MEMORIA EN SU COMPORTAMIENTO DIARIO, DESINTERÉS PROGRESIVO Y TENDENCIA AL LLANTO. UN AÑO MAS TARDE FUE DIAGNOSTICADA DE ENFERMEDAD DE PARKINSON Y TRATADA CON L-DOPA QUE ABANDONÓ POR ALUCINACIONES. POSTERIORMENTE SIGUIÓ CON DELIRIOS PARANOICOS Y OCASIONALMENTE ALUCINACIONES VISUALES ALTERNANDO CON COMPORTAMIENTO NORMAL Y PENSAMIENTO ESTRUCTURADO. EN LA EXPLORACIÓN DESTACABA HIPOMIMIA FACIAL, LENGUAJE MONOCORDE, ENLENTECIMIENTO DE LA MARCHA Y LIGERO TEMBLOR DE REPOSO DE LAS MANOS. EL MMSE FUE DE 19/35 SOBRE TODO A EXPENSAS DE CÁLCULO, COPIA DE GRÁFICOS Y ORIENTACIÓN TEMPORAL. ¿CUÁL DE LOS DIAGNÓSTICOS SIGUIENTES ES EL MÁS PROBABLE?

- 70a) Enfermedad de Parkinson.
- 70b) Enfermedad de Alzheimer.
- 70c) Demencia con cuerpos de Lewy.
- 70d) Demencia frontotemporal.

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

- 71a) Mujeres con adenocarcinoma que afecta a ganglios axilares: Tratar como Carcinoma de mama estadio III o IV.
- 71b) Mujeres con adenocarcinoma seroso papilar en la cavidad peritoneal: Tratar como Carcinoma de ovario grado III.
- 71c) Carcinoma de células escamosas de ganglios cervicales: Tratar como Cáncer de cabeza y cuello estadio IV.
- 71d) Metástasis única: Tratamiento local con cirugía o radioterapia y quimioterapia posterior.

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

- 72a) Estos síndromes se observan hasta en el 15% de los pacientes (sin incluir la caquexia).
- 72b) Hasta dos tercios de los síndromes paraneoplásicos aparecen antes de diagnosticarse una neoplasia maligna asociada.
- 72c) Cuando la Acanthosis *nigricans* aparece en adultos (especialmente cuando incluye lesiones mucosas) está estrechamente asociada a neoplasias malignas del tubo digestivo.
- 72d) La osteoartropatía hipertrófica puede afectar al 20% de los pacientes con adenocarcinoma pulmonar.

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

- 73a) En los hombres con adenocarcinoma MTX hay que medir la concentración sérica de PSA.
- 73b) En las mujeres con adenocarcinoma MTX hay que considerar la posibilidad de realizar una mamografía o Resonancia mamaria.
- 73c) En pacientes mayores de 70 años con carcinoma poco diferenciado hay que medir las concentraciones séricas de gonadotropina coriónica humana y de a-fetoproteína (AFP).
- 73d) En pacientes con carcinoma escamoso MTX que afecta a los ganglios inguinales hay que realizar una inspección minuciosa de todas las estructuras peritoneales, que incluya una endoscopia, una evaluación urológica y una exploración de la pelvis en las mujeres.

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

- 74a) Ciclofosfamida.
- 74b) Ciclosporina.
- 74c) Micofenolato.
- 74d) Belimumab.

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

- 75a) La incidencia de la enfermedad en USA es de 276 casos por millón de habitantes.
- 75b) Los anticuerpos Antitopoisomerasa son un marcador de la enfermedad pulmonar intersticial.
- 75c) Los anticuerpos anticentrómero son muy frecuentes en la esclerosis cutánea difusa.
- 75d) El subtipo clínico (enfermedad limitada vs difusa) y el auto anticuerpo específico presente NO se correlacionan con la gravedad de la enfermedad.

- 76 **UN VARÓN DE 38 AÑOS ACUDE A URGENCIAS POR UN CUADRO SUGESTIVO DE ARTRITIS DE RODILLA DERECHA CON IMPOTENCIA FUNCIONAL Y FIEBRE DE 38°C. UNA SEMANA ANTES HABÍA PRESENTADO DIARREA AUTOLIMITADA. EN LA EXPLORACIÓN SE OBSERVA DERRAME ARTICULAR QUE TRAS ARTROCENTESIS SE OBTIENEN 50 CC DE LÍQUIDO TURBIO Y LOS SIGUIENTES PARÁMETROS ANALÍTICOS: 45.000/MM LEUCOCITOS (92% NEUTRÓFILOS), GLUCOSA DE 47 MG/DL, TINCIÓN DE GRAM NEGATIVA. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES CIERTA?**
- 76a) El tratamiento antibiótico se debe iniciar una vez conocido el resultado del cultivo de líquido articular.
- 76b) Es aconsejable realizar artrocentesis cada 5 días para aliviar los síntomas y evitar la destrucción articular.
- 76c) La negatividad de la tinción de Gram descarta que se trate de una artritis séptica por Gram (+).
- 76d) La tinción de Gram es positiva en el 50% de las artritis producidas por Gram negativos.
- 77 **¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES CIERTA RESPECTO A LA ARTRITIS REUMATOIDE (AR)?**
- 77a) El Factor Reumatoide es característico de la AR y es positivo en más del 85% de los pacientes en fases tempranas de la enfermedad.
- 77b) Los anticuerpos Anti-péptidos cíclicos citrulinados (ACPA) tienen una alta sensibilidad en la AR.
- 77c) El FR o el ACPA son altamente predictivos de la enfermedad erosiva de la AR.
- 77d) Se deben de realizar pruebas genéticas para el diagnóstico diferencial de la Enfermedad.
- 78 **UN VARÓN DE 64 AÑOS DE EDAD, SIN ANTECEDENTES PREVIOS DE INTERÉS, CONSULTA POR DEBILIDAD MUSCULAR PROGRESIVA DE 4 MESES DE EVOLUCIÓN, QUE EN EL MOMENTO ACTUAL, LE DIFICULTA CONSIDERABLEMENTE EL SUBIR Y BAJAR ESCALERAS. EN LA EXPLORACIÓN FÍSICA LLAMA LA ATENCIÓN LA PRESENCIA DE LESIONES PAPULOERITEMATOSAS SOBRE LOS NUDILLOS DE AMBAS MANOS, CONFIRMÁNDOSE QUE SE TRATA DE PAPULAS DE GOTTRON. TODAS MENOS UNA DE LAS SIGUIENTES PRUEBAS COMPLEMENTARIAS NOS PODRÍAN AYUDAR A DEFINIR MEJOR EL CUADRO CLÍNICO DE LA PACIENTE. SEÑALELA.**
- 78a) Arteriografía del Tronco Celíaco.
- 78b) TAC Tóraco-abdomino-pélvico.
- 78c) Exploración Urológica.
- 78d) Anticuerpos antisintetasa.
- 79 **¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES SOBRE EL USO DE FÁRMACOS EN EL TRATAMIENTO DE SOSTÉN DE LA SARCOIDOSIS ES FALSA?**
- 79a) La prednisona: Utilización en enfermedad pulmonar aguda.
- 79b) Metotrexate: En sarcoidosis solo ha demostrado su eficacia como ahorrador de esteroides.
- 79c) Infliximab: Utilización en enfermedad crónica pulmonar.
- 79d) Hidroxicloroquina: Más eficaz en enfermedad cutánea.

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

- 80a) La afectación cardíaca es la más frecuente en la AA y la Renal en la AL.
- 80b) La afectación renal en ambas amiloidosis es semejante, pero tiene peor pronóstico en el tipo AL.
- 80c) La presencia de macroglosia es muy rara, pero cuando ocurre en el contexto de sospecha de amiloidosis, es casi patognomónica de AA.
- 80d) El pronóstico de la enfermedad es generalmente peor en la AA sistémica que en la AL.

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

- 81a) Intoxicación por vitamina D.
- 81b) Hipertiroidismo.
- 81c) Hipercalcemia de las enfermedades granulomatosas (como sarcoidosis).
- 81d) Hipercalcemia hipocalciúrica familiar.

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

- 82b) El tratamiento agudo solo está justificado si hay síntomas graves de la enfermedad.
- 82b) NO se debe tratar en caso de elevaciones de Calcio por encima de 12 mg/dl y asintomático.
- 82c) El Cinacalcet puede estar indicado tanto en hiperparatiroidismo primario como secundario.
- 82d) El Denosumab NO ha probado su eficacia en la hipercalcemia tumoral persistente.

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

- 83a) NO se observa un deterioro importante de la densitometría ósea hasta al menos un año de tratamiento.
- 83b) En estos pacientes sin fracturas, los suplementos de calcio y vitamina D son suficientes para prevenir la disminución de la masa ósea.
- 83c) La Teriparatida es peor alternativa que los bifosfonatos para el tratamiento de esta osteoporosis por glucocorticoides.
- 83d) Las tasas de fractura aumentan también con dosis de prednisona tan bajas como 2,5 mg diarios.

84 UNA MUJER DE 60 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL E HIPOTIROIDISMO EN TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO, ACUDIÓ A CONSULTAS POR LA APARICIÓN, EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, DE PLACAS ERITEMATOSAS, EDEMATOSAS E INDURADAS AL TACTO, EN ANTEBRAZOS Y PIERNAS. NO TENÍA OTROS ANTECEDENTES DE INTERÉS SALVO EL ESFUERZO REALIZADO CON MOTIVO DEL CAMBIO DE DOMICILIO POCO ANTES DE COMENZAR EL CUADRO CLÍNICO. EN LA EXPLORACIÓN NO SE OBSERVARON ALTERACIÓN DE LA APERTURA BUCAL, ESCLERODACTILIA NI DEBILIDAD MUSCULAR; NEGABA SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES, RENALES O FENÓMENO DE RAYNAUD. EL LABORATORIO MOSTRABA 11 % (800/MM) DE EOSINÓFILOS EN SANGRE EN SANGRE PERIFÉRICA, VSG DE 80 MM Y TSH ELEVADA. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES LA MÁS CORRECTA?

- 84a) Se trata del comienzo de una Morfea con una biopsia indistinguible de esclerodermia.
- 84b) Seguramente ha presentado una reacción a algunos de los medicamentos que tomaba.
- 84c) Hay que buscar antecedentes de ingesta de triptófano.
- 84d) La enferma muy probablemente responderá de forma favorable a dosis altas de corticoides.

- 85** **TODAS LAS CAUSAS SIGUIENTES. EXCEPTO UNA, SON ENFERMEDADES QUE PUEDEN DAR ESPLENOMEGALIA MASIVA (BAZO MAYOR DE 8 CMTS. POR DEBAJO DEL REBORDE COSTAL IZQUIERDO). SEÑÁLELA.**
- 85a) Obstrucción de la vena esplénica.
85b) Anemia Hemolítica.
85c) Sarcoidosis.
85d) Mielofibrosis con metaplasia mieloide.
- 86** **UNA MUJER DE 21 AÑOS DE EDAD CONSULTA TRAS HABERSE APRECIADO, DE FORMA CASUAL, ADENOPATÍAS INGUINALES EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS. AUNQUE TIENE VIDA SEXUAL ACTIVA NIEGA PRÁCTICAS DE RIESGO, ASÍ MISMO NO REFIERE CLÍNICA LOCAL NI OTROS DATOS SUGERENTES DE INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL ASÍ COMO TAMPOCO CLÍNICA GENERAL. EN LA EXPLORACIÓN SE APRECIAN 3-4 ADENOPATÍAS BILATERALES DE 1 CM DE DIÁMETRO MAYOR, BLANDAS, MÓVILES, NO DOLOROSAS. NO SE APRECIA NINGUNA LESIÓN CUTÁNEA EN MIEMBROS INFERIORES, ANO O PERINÉ. EL HEMOGRAMA ES NORMAL. LA PACIENTE NO ESTÁ MUY PREOCUPADA TRAS DE HABLAR CON EL MÉDICO. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES EXPLORACIONES DEBERÍA SER LA SIGUIENTE?**
- 86a) Serología de lúes dada la edad de la paciente, a pesar de lo que explica la paciente.
86b) Exploración ginecológica a fin de descartar un cáncer de ovario.
86c) Por las características clínicas parece tratarse de unos ganglios normales. NO hacer más pruebas y controlar en varias semanas.
86d) Realizar serología vírica para descartar enfermedad relacionada al menos VEB, CMV.
- 87** **UN VARÓN DE 62 AÑOS ES EVALUADO POR ANEMIA. TIENE LOS SIGUIENTES PARÁMETROS: HEMOGLOBINA DE 9,0 G/DL (VALOR DE HEMOGLOBINA NORMAL, 15 G/DL), HEMATOCRITO DE 27% (HEMATOCRITO NORMAL 45%), VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO (VCM) DE 88 FL, HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA (HCM) DE 28 PG Y CONCENTRACIÓN DE HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA (CHCM) DEL 30%. SU RECUENTO DE RETICULOCITOS ES DEL 9 %. ¿CÚAL ES SU ÍNDICE DE PRODUCCIÓN DE RETICULOCITOS?**
- 87a) 2,7.
87b) 0.27.
87c) 27.
87d) 0,5.
- 88** **DE LAS AFIRMACIONES SIGUIENTES PARA EL DIAGNÓSTICO DE ANEMIA, MARQUE LA CORRECTA:**
- 88a) El ADE (RDW en inglés) o amplitud eritrocitaria se correlaciona con el grado de anisocitosis.
88b) En las anemias ferropénicas el ADE está disminuido.
88c) Los cuerpos de Holley-Jolly se suelen ver en anemias hemolíticas.
88d) Los Dacriocitos son característicos de las anemias megaloblásticas.

- 89 EN EL DIAGNÓSTICO DE FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO (FOD) ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES CIERTA RESPECTO A LA UTILIZACIÓN DE LA TOMOGRAFÍA DE EMISIÓN DE POSITRONES (PET) COMBINADA CON TAC PET/TAC?**
- 89a) El PET/TAC tiene una sensibilidad del 80% vs la Gammagrafía marcada con indio tan solo del 25%.
- 89b) Respecto a las ventajas del PET sobre gammagrafías es que tiene más resolución, un alto grado de exactitud en el esqueleto central pero menos sensibilidad en infecciones leves crónicas.
- 89c) Las tasas de utilidad en el diagnóstico del PET/TAC en la FOD NO alcanzan más del 40%.
- 89d) En pacientes con FOD, la captación aumentada de médula ósea sugiere una enfermedad hematológica.
- 90 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES CIERTA SOBRE EL PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES CON FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDA (FOD) NO FILIADA EN PAÍSES DESARROLLADOS?**
- 90a) La mayoría de los casos de FOD se debe a enfermedades tratables.
- 90b) En período de seguimiento de seis (6) meses a pacientes con FOD no diagnosticada la mortalidad alcanza el 15%.
- 90c) NO es rara la necesidad de tratar de forma empírica con antibióticos, antituberculostáticos o glucocorticoides a pacientes de larga evolución con FOD.
- 90d) El linfoma NO Hodgkin asociado a FOD se acompaña de una desproporcionada alta mortalidad.
- 91 RESPECTO A LA EPIDEMIOLOGÍA DE INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA (IRAS) ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES SOBRE LAS MISMAS NO ES CIERTA?**
- 91a) La incidencia anual de IRAS tanto en Europa como en EEUU es de aproximadamente 1 de cada 14-20 pacientes ingresados (4%).
- 91b) Las IRAS es una de las 10 primeras causas de muerte en EEUU.
- 91c) Los patógenos más frecuentemente identificados en infecciones relacionadas con dispositivos e intervenciones son *S. aureus*, género *Enterococcus*, *E coli* y *S epidermidis*.
- 91d) Las IRAS con medidas preventivas pueden reducirse hasta el 35 al 40%.
- 92 SOBRE LAS RECOMENDACIONES DESTINADAS A PREVENIR Y CONTROLAR LA INFECCIÓN HOSPITALARIA, TODAS LAS SIGUIENTES EXCEPTO UNA SON DE GRADO I (EFICIENCIA COMPROBADA). SEÑÁLELA.**
- 92a) Educación e información.
- 92b) Profilaxis antibiótica preoperatoria.
- 92c) Buena técnica quirúrgica y prácticas asépticas en el quirófano.
- 92d) Correcto lavado de manos.

- 93 UN PACIENTE DE 38 AÑOS ACUDE A URGENCIAS POR FIEBRE DE HASTA 39°C DE 36 HORAS DE EVOLUCIÓN. NO TENÍA ANTECEDENTES DE INTERÉS SALVO QUE FUE ESPLENECTOMIZADO DE FORMA URGENTE, TRAS UN ACCIDENTE DE MOTO, HACE 6 MESES. EL PACIENTE NO RECUERDA CON CERTEZA SI FUE O NO VACUNADO. ESTANDO ASINTOMÁTICO Y 36 HORAS ANTES DEL INGRESO COMENZÓ CON MALESTAR GENERAL, FIEBRE DE HASTA 39°C, DUDOSA TIRITONA, TOS LIGERA SIN EXPECTORACIÓN Y CEFALEA. EPIDEMIOLOGÍA NEGATIVA. EN LA EXPLORACIÓN SE OBSERVA FIEBRE DE 38,7°C, TENSIÓN ARTERIAL 98/60 MM HG, FRECUENCIA CARDIACA 120 LATIDOS X', FRECUENCIA RESPIRATORIA 20 X', NO DATOS MENÍNGEOS NI OTRO FOCO INICIAL DE SOSPECHA. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES FALSA?**
- 93a) Dentro de los factores de riesgo más importantes en este tipo de pacientes son las edades extremas de la vida y el tiempo transcurrido desde la esplenectomía.
- 93b) El defecto inmunológico específico en la asplenia o hipoesplenia, es la reducción de la formación de anticuerpos proteínicos y el mayor riesgo de infección por gérmenes encapsulados.
- 93c) Si el paciente estuviera vacunado los gérmenes implicados más habituales serían el Staphylococcus y bacterias entéricas gram (-).
- 93d) El tratamiento empírico de elección, si el paciente NO estuviera vacunado sería: Ceftriaxona (2 g c/12 h) y además Vancomicina (15 mg/kg c/12 h).
- 94 UNA MUJER DE 27 AÑOS PARAGUAYA, HA SIDO DIAGNÓSTICA DE TUBERCULOSIS PULMONAR CON AISLAMIENTO EN ESPUTO DE MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS. SE INICIA TRATAMIENTO CON PAUTA CUÁDRUPLE DIARIA TUBERCULOSTÁTICOS A DOSIS ESTÁNDAR (ISONIACIDA (INH), RIFAMPICINA (RIF), ETAMBUTOL (EMB) Y PIRAZINAMIDA (PZA)). EN EL DÍA 29 DEL TRATAMIENTO SE RECIBE EL INFORME DE RESISTENCIAS OBSERVÁNDOSE QUE EL MYCOBACTERIUM ES RESISTENTE A ISONIAZIDA. ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES REGÍMENES DE TRATAMIENTO ES EL MÁS ADECUADO EN ESTE CASO?**
- 94a) Interrumpir INH y seguir con RIF, EMB y PZA hasta completar los 6 meses previstos.
- 94b) Interrumpir INH y seguir con RIF, EMB y PZA 9 meses y Estreptomicina 2 meses.
- 94c) Interrumpir INH y seguir con RIF, EMB y PZA durante 12 meses.
- 94d) Interrumpir INH y seguir con RIF, EMB y PZA durante 12 meses y una quinolona 2 meses.
- 95 UN VARÓN DE 35 AÑOS ACUDE A CONSULTAS EXTERNAS AL APRECIARSE DE FORMA CASUAL UNA MASA EN LA ZONA CERVICAL IZQUIERDA. LA HISTORIA CLÍNICA ERA ANODINA, SIN DATOS EPIDEMIOLÓGICOS DE INFECCIÓN NI SÍNTOMAS CONSTITUCIONALES. EN LA EXPLORACIÓN FÍSICA SOLO ERA DESTACABLE UNA MASA (GANGLIOS) ENROJECIDA NO DOLOROSA, CONSISTENCIA FIRME EN EL BORDE SUPERIOR DEL ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO IZQUIERDO. SE COMPRUEBA QUE ES UNA LINFADENITIS POR MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS. ¿CUÁL DE LAS RESPUESTAS SIGUIENTES ES CORRECTA?**
- 95a) La evolución de la linfadenitis, incluso con dolor, supuración y fistulización después de comenzar el tratamiento, significa fracaso del mismo obligando a modificar el mismo.
- 95b) La aparición de nuevos nódulos después de comenzar el tratamiento ocurre en el 25-30%.
- 95c) NO están indicados los corticoides en este tipo de Tuberculosis extrapulmonar.
- 95d) El tratamiento es con 4 fármacos (INH, RIF, EMB y PZA) 4 meses.



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

- 96a) Por encima de los 65 años al menos el 20% de los varones y el 30% de las mujeres tienen ITUs.
- 96b) Un sedimento urinario sin bacteriuria hace improbable una ITU.
- 96c) Un 10% de las mujeres tienen ITUs cada año.
- 96d) La carencia de circuncisión NO aumenta el riesgo de ITU en adultos jóvenes.

97 UNA MUJER DE 52 AÑOS, SEXUALMENTE ACTIVA, REFIERE EPISODIOS DE INFECCIONES URINARIAS (ITU) DE REPETICIÓN EN LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS (3 O MÁS/ANUAL), A PESAR DEL TRATAMIENTO HABITUAL COMPLETO EN CADA EPISODIO DE LA ITU. LA SINTOMATOLOGÍA, CON MUCHA FRECUENCIA COMIENZA EN LAS SIGUIENTES 24 HORAS DEL COITO. ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES TRATAMIENTOS ES EL MÁS EFECTIVO, EN ESTE CASO, PARA DISMINUIR ESTOS EPISODIOS?

- 97a) Vaciamiento de la vejiga, inmediatamente después del coito.
- 97b) Dadas las infecciones tan frecuentes, comenzar con tratamiento antibiótico profiláctico diario a largo plazo.
- 97c) Quimioprofilaxis con dosis-única, tomada inmediatamente después del coito.
- 97d) NO es útil conocer el antibiograma para realizar la quimioprofilaxis.

98 UNA MUJER DE 54 AÑOS DE EDAD, TRABAJADORA SOCIAL, REFIERE QUE DESDE HACE DOS AÑOS PRESENTA FATIGA INTENSA, DOLORS MUSCULARES GENERALIZADOS E INESPECÍFICOS, ARTRALGIAS, INSOMNIO RECURRENTE, DISMINUCIÓN DE CONCENTRACIÓN EN SU TRABAJO Y “CALAMBRES MUSCULARES OCASIONALES”. LE HAN VISTO NUMEROSOS MÉDICOS HABIENDO DESCARTADO, CON ALTA FIABILIDAD PATOLOGÍA MÉDICA, DEPRESIÓN MAYOR, ESQUIZOFRENIA O CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD SUSTANCIAL. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES RESPUESTAS ES CIERTA EN LA POSIBLE ENFERMEDAD DE LA PACIENTE?

- 98a) Probablemente la enferma NO tenga antecedentes en la infancia, alteraciones por estrés social ni falta de apoyo personal.
- 98b) Para ayudar a la enferma y disminuir los síntomas genuinos, NO debemos reconocer el impacto de los mismos en el funcionamiento diario de la persona.
- 98c) La recuperación completa de la enfermedad a largo plazo es frecuente sin tratamiento.
- 98d) Las terapias NO farmacológicas pueden ser extremadamente útiles en este tipo de paciente, entre ellas la terapia de ejercicio graduado aeróbico.

- 99 UN VARÓN DE 34 AÑOS ACUDE A URGENCIAS POR TOS, SENSACIÓN DE FALTA DE AIRE Y EDEMAS CONSIDERABLES LOCALIZADOS EN CARA, PARPADOS Y MANO DERECHA. ES LA TERCERA VEZ QUE ACUDE AL HOSPITAL EN LOS ÚLTIMOS 4 MESES, UNA DE LAS VECES POR DOLOR ABDOMINAL. DESDE HACE VARIOS AÑOS LE HA OCURRIDO EN DIVERSAS OCASIONES. ASÍ MISMO DICE QUE HA ESTADO EN TRATAMIENTO CON ANTIHISTAMÍNICOS Y OCASIONALMENTE CON CORTICOIDES. NIEGA INGESTA DE ALIMENTOS SOSPECHOSOS Y NO TOMA MEDICAMENTOS. LAS LESIONES EDEMATOSAS NO SON, NI HAN SIDO NUNCA, DOLOROSAS NI PRURIGINOSAS. NO DA TIEMPO A PREGUNTARLE MÁS PORQUE EL ENFERMO EMPEORA DE SU DISNEA Y SE PLANTEA LA INTUBACIÓN O UNA TRAQUEOTOMÍA. MIENTRAS TANTO, ¿CUÁL SERÍA EL TRATAMIENTO MAS ADECUADO EN ESTA SITUACIÓN?
- 99a) Adrenalina racémica administrada en la vía respiratoria por nebulización y mediante inyecciones intramusculares (0,2-0,3 ml al 1:1.000 a intervalos de 20-30 min).
99b) Adrenalina como en la respuesta anterior y Metilprednisolona en pulsos a dosis elevadas.
99c) Dos unidades de Plasma fresco congelado.
99d) Icatibant 30 mg subcutánea.
- 100 **INDIQUE LA ASOCIACIÓN MÁS ADECUADA DE LAS INMUNODEFICIENCIAS SIGUIENTES.**
- 100a) Defecto de adhesión leucocitaria: Infecciones cutáneas graves y fenómenos autoinmunidad.
100b) Inmunodeficiencia Común Variable: Infecciones de repetición por bacterias encapsuladas.
100c) Déficit del complemento: Infecciones por virus y bacterias catalasa positivas.
100d) Déficit de la fagocitosis: Infecciones de víricas de repetición y salmonelosis.

PREGUNTAS RESERVA

- 101 UNA MUJER DE 63 AÑOS ACUDE A URGENCIAS POR DISNEA PROGRESIVA DE VARIOS MESES DE EVOLUCIÓN HASTA HACERSE DISNEA DE REPOSO CON ORTOPNEA Y DISNEA PAROXÍSTICA NOCTURNA. ASÍ MISMO REFIERE QUE EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS TIENE MOLESTIAS EN HIPOCONDRIO DERECHO Y ALGUNOS EDEMAS EN EXTREMIDADES INFERIORES. LA EXPLORACIÓN ES COMPATIBLE CON INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA DESCOMPENSADA. EN EL ECG NO SE OBSERVAN DATOS DE ISQUEMIA MIOCÁRDICA. ENTRE OTRAS PRUEBAS PENDIENTES DE RESULTADO, SE LE REALIZA UNA ECOGRAFÍA TRANSTORÁCICA DESTACANDO: FRACCIÓN DE EYECCIÓN 38, VENTRÍCULO IZQUIERDO 62 MM, Y CRECIMIENTO BIAURICULAR. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES ES LA MENOS PROBABLE QUE SEA RESPONSABLE DEL CUADRO CLÍNICO?
- 101a) Miocardiopatía tiroidea.
101b) Miocardiopatía amiloidea.
101c) Miocardiopatía mitocondrial.
101d) Miocardiopatía vírica.

102 UN VARÓN DE 56 AÑOS DIAGNOSTICADO DE PREDIABETES E HIPERCOLESTEROLÉMICO MAL CONTROLADO PRESENTA MOLESTIAS ATÍPICAS EN REGIÓN RETROESTERNAL. SE LE HACE UNA PRUEBA DE ESFUERZO MEDIANTE TAPIZ RODANTE Y PROTOCOLO DE BRUCE. EN REPOSO TIENE FRECUENCIA CARDÍACA (FC) DE 87 LATIDOS POR MINUTO Y TENSIÓN ARTERIAL (TA) DE 127/78 MM HG, DURANTE LA PRUEBA SE OBSERVA QUE EL PACIENTE, DESPUÉS DE 9 MINUTOS DE ESFUERZO, PRESENTA UNA FC DE 140 LATIDOS POR MINUTO; TA 124/80 MM HG, Y DESCENSO DEL ST EN CARA ANTERIOR DE 1 MM, EL PACIENTE NO PRESENTA MOLESTIAS, PALPITACIONES, MAREO NI HAY OTRAS ALTERACIONES ELECTROCARDIOGRÁFICAS ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES RESPUESTAS ES LA CORRECTA?

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

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

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

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

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

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

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



- 106 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES SOBRE EL CONTROL AMBULATORIO CONTINUO DE LA PRESIÓN ARTERIAL DURANTE 24 HORAS (MAPA) ES FALSA?**
- 106a) Está indicado en el diagnóstico de Presión arterial elevada en consulta, en pacientes NO tratados sin lesión de órganos diana y con bajo riesgo cardiovascular.
- 106b) Esta indicado en Presiones arteriales normales en pacientes no tratados o tratados con lesión de órganos diana o alto riesgo cardiovascular.
- 106c) Está indicado en sospecha de hipertensión nocturna en pacientes con apnea del sueño, nefropatía crónica o diabetes.
- 106d) Alrededor del 30% de los pacientes con presiones arteriales elevadas en consulta registran presiones domiciliarias o ambulatorias normales.
- 107 EN PACIENTES DIABÉTICOS CON RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR (ECV) LAS RECOMENDACIONES DE LA ASOCIACIÓN AMERICANA DE DIABETES PARA LA ADMINISTRACIÓN DE ÁCIDO ACETILSALICÍLICO (AAS) SON TODAS LAS SIGUIENTES EXCEPTO UNA. SEÑÁLELA.**
- 107a) El AAS está indicado en prevención primaria en mujeres mayores de 60 años o en varones mayores de 50 años con riesgo de ECV entre 7,5% y 10%.
- 107b) El uso de AAS está indicado en Prevención primaria de eventos coronarios con un riesgo de ECV riesgo a 10 años > del 10% .
- 107c) La administración de AAS está indicada en la prevención secundaria de ECV.
- 107d) NO se ha establecido la dosis óptima de AAS aunque en general se recomiendan 75-162 mg/día.
- 108 LA HIPERGLUCEMIA ES UNA HALLAZGO FRECUENTE ENTRE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS. HASTA EL 40% DE LOS PACIENTES MÉDICO O QUIRÚRGICOS TIENEN HIPOGLUCEMIA POR DIFERENTES CAUSAS (DIABÉTICOS MAL CONTROLADOS, PACIENTES QUE NO SE CONOCÍAN DIABÉTICOS, ETC.). ES POR ELLO QUE ES NECESARIO UN CONTROL DE LOS MISMOS MIENTRAS ESTÉN HOSPITALIZADOS. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES NO ES CIERTA?**
- 108a) Los pacientes ingresados por razones diferentes a la diabetes y que comen normalmente, pueden continuar con el tratamiento ambulatorio que tenían para la diabetes, salvo contraindicación específica.
- 108b) En pacientes en unidades de no críticos, el objetivo de la glucosa en ayunas y antes de las comidas es < de 140 mg/dl; postprandial o en cualquier momento al azar <180 mg/dl. Si la glucemia en algún momento es < a 100 mg/dl se deberá ajustar la dosis de insulina.
- 108c) Los pacientes diabéticos tipo I y II en tratamiento insulínico deben seguir con la dosis de insulina que tenían en su domicilio.
- 108d) Los pacientes que deben ayunar para pruebas diagnósticas o tratamientos, deben interrumpir todos los tratamientos antidiabéticos no insulínicos.
- 109 DENTRO DE LAS HERRAMIENTAS QUE SE UTILIZAN DE FORMA SISTEMÁTICA PARA EL CRIBADO DE PERSONAS CON CONDICIÓN CRÓNICA AVANZADA (CCA) CON PRONÓSTICO DE VIDA LIMITADO ESTÁ EL INSTRUMENTO NECPAL-CCOMS. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES CIERTA EN RELACIÓN CON DICHO INSTRUMENTO?**
- 109a) Establecer un pronóstico del paciente para los próximos 6 meses y diseñar un abordaje apropiado.
- 109b) Marcar las bases para las necesidades de intervención de un equipo especializado.
- 109c) Identificar pacientes con necesidad de atención paliativa.
- 109d) Solo es aplicable para pacientes con al menos 2 enfermedades crónicas.



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

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