

sescam

Servicio de Salud de Castilla-La Mancha



Castilla-La Mancha

Facultativo/a Especialista de Área Medicina Interna

28/02/2026

Procesos selectivos convocados mediante Resolución de 23/06/2025 (D.O.C.M. nº 138, de 21 de julio), de la Dirección General de Recursos Humanos y Transformación del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (Sescam).

INSTRUCCIONES:

1. No abra este cuestionario hasta que se le indique.
2. Utilice bolígrafo negro o azul. Antes de comenzar, lea detenidamente las instrucciones que figuran al dorso de la "Hoja de Examen".
3. Este cuestionario consta de 100 preguntas y 5 de reserva. Si observa alguna anomalía en la impresión del cuestionario solicite su sustitución.
4. Compruebe siempre que el número de respuesta que señale en la "Hoja de Examen" es el que corresponde con el número de pregunta del cuestionario.
5. Todas las preguntas de este cuestionario tienen el mismo valor y una sola respuesta correcta.
6. Las respuestas deberán ser marcadas en la "Hoja de Examen" teniendo en cuenta estas instrucciones y las contenidas en la propia "Hoja de Examen".
7. El tiempo de realización de este ejercicio es de 120 minutos. Para aquellas personas con discapacidad que hayan solicitado adaptación, la duración concreta se ha establecido según el tipo de discapacidad y de acuerdo con la normativa vigente.
8. Este cuestionario puede utilizarse en su totalidad como borrador, pudiendo llevarse el mismo una vez finalizada la prueba.
9. No está permitido el uso de calculadora, libros, documentación, teléfono móvil, relojes inteligentes o cualquier otro dispositivo electrónico.
10. No olvide firmar la "Hoja de Examen" en el lugar reservado al efecto.

Grupo: A01
008

1. De acuerdo con el Estatuto de Autonomía de Castilla-La Mancha, la iniciativa legislativa corresponde a:

- a) al Tribunal Superior de Justicia
- b) a las Cortes
- c) al Presidente
- d) a los Diputados a través de sus grupos Parlamentarios y al Consejo de Gobierno

2. El análisis de la realidad social que surge al considerar las diferentes situaciones condiciones, aspiraciones y necesidades de las mujeres y de los hombres, atendiendo a los distintos modos y valores en los que han sido socializados, se denomina:

- a) Transversalidad de género.
- b) Impacto de género.
- c) Perspectiva de género.
- d) Lenguaje no sexista.

3. Es una actuación de salud pública del Sistema Sanitario de Castilla La Mancha:

- a) La evaluación y garantía de calidad de las actividades y servicios.
- b) Conocer e informar la memoria anual del Servicio de Salud de Castilla La Mancha.
- c) La atención sociosanitaria en colaboración con los servicios sociales.
- d) El desarrollo de laboratorios de salud pública que permitan apoyar investigaciones sobre riesgos biológicos, físicos y químicos.

4. En el registro de pacientes en lista de espera de Castilla-La Mancha, se inscribirán todos los pacientes que:

- a) Soliciten una atención sanitaria general de carácter programado y urgente
- b) Necesiten recibir una atención sanitaria especializada urgente
- c) Soliciten una atención sanitaria especializada programada no urgente
- d) Necesiten recibir una atención sanitaria especializada no programada y urgente

5. Según establece la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, en caso de existencia de plaza vacante, transcurridos tres años desde el nombramiento del personal estatutario interino:

- a) Se producirá el fin de la relación de interinidad, en todos los casos.
- b) La vacante solo podrá ser ocupada por personal estatutario fijo
- c) De forma excepcional, el personal estatutario interino podrá permanecer en la plaza, siempre que se haya publicado la correspondiente convocatoria dentro del plazo de los tres años, desde la fecha del nombramiento de personal estatutario interino.
- d) No se producirá el fin de la relación de interinidad, en ningún caso.

6. Según lo establecido en la Ley 5/2010, de 24 de junio, sobre derechos y deberes en materia de salud de Castilla-La Mancha, la información previa al consentimiento informado se facilitará, por regla general, de forma verbal:

- a) En todos los casos.
- b) Se prestará por escrito en los casos de intervención quirúrgica.
- c) Se prestará por escrito en los procedimientos que no impliquen riesgos o inconvenientes.
- d) En ningún caso.

7. Según lo establecido en el Decreto 24/2011, de 12 de abril, de la documentación sanitaria en Castilla-La Mancha, los centros, servicios y establecimientos sanitarios tienen la obligación de conservar las historias clínicas:

- a) Un mínimo de diez años contados desde la fecha de alta de cada proceso asistencial.
- b) No podrán ser destruidos a partir de los diez años las radiografías y otros documentos iconográficos.
- c) Un mínimo de cinco años contados desde la fecha de alta de cada proceso asistencial.
- d) Podrán ser destruidos a partir de los cinco años las hojas de alta voluntaria

8. Varón de 60 años con fiebre intermitente oscilando entre 38,5 y 39,2 °C durante 3 semanas, pérdida de peso de 4 kg y molestias articulares leves. Hemocultivos x 2, serologías comunes (Brucella, VIH, VHB/VHC, CMV, VEB), TAC toracoabdominal con contraste y ecografía abdominal no revelan hallazgos significativos. La PCR y la VSG están elevadas persistentemente. Considerando la evidencia actual, ¿cuál es la afirmación más apropiada sobre el uso de FDG-PET/TC en este contexto de fiebre de origen desconocido (FOD)?

- a) Debe reservarse como recurso de tercera línea solo si ya han fracasado todas las exploraciones invasivas.
- b) Está indicada como prueba complementaria de mediana prioridad, pero no se recomienda su uso antes de biopsias aleatorias (médula, hígado).
- c) Su uso relativamente precoz tras estudios de imagen convencionales negativos puede aumentar el rendimiento diagnóstico y disminuir el número de procedimientos invasivos.
- d) No debe usarse en pacientes con sospecha de infección por microorganismos fúngicos o micobacterias porque su sensibilidad diagnóstica es solo del 30%.

9. Aunque el “bundle de la hora 1” enfatiza la administración precoz de antibióticos, la literatura reciente ha cuestionado su aplicación uniforme. Considerando la evidencia sobre mortalidad asociada a la demora y las recomendaciones actuales de guías internacionales, ¿cuál de las siguientes afirmaciones refleja con mayor precisión el consenso actual?

- a) La administración de antibióticos dentro de la primera hora reduce la mortalidad en todos los pacientes con sospecha de sepsis, independientemente de la presencia de shock, foco infeccioso o grado de certeza diagnóstica, por lo que no debe retrasarse para completar estudios iniciales.
- b) En pacientes con shock séptico, la administración de antibióticos en la primera hora se asocia de forma consistente con menor mortalidad ajustada; en sepsis sin shock, la evidencia es menos concluyente, permitiendo un intervalo diagnóstico breve y variable según estabilidad clínica y probabilidad de infección.
- c) Los estudios que muestran aumento de mortalidad por retraso en antibióticos están significativamente afectados por sesgo de gravedad, lo que limita su aplicabilidad clínica; por ello, las guías actuales no establecen recomendaciones temporales estrictas incluso en shock séptico.
- d) Dado que el beneficio de antibióticos precoces depende del foco infeccioso, la prioridad debe centrarse en la identificación etiológica inicial, aceptando retrasos prolongados en pacientes hemodinámicamente estables hasta disponer de datos microbiológicos o de imagen.

10. Según las guías y evidencia actual, en un paciente ingresado por neumonía adquirida en la comunidad con insuficiencia respiratoria grave y factores de riesgo (edad > 62 años, Diabetes Mellitus, EPOC...), tras la obtención de hemocultivos, se plantea ampliar el estudio microbiológico inicial para optimizar la cobertura empírica. ¿Cuál es la estrategia diagnóstica inicial más adecuada en las primeras 24 horas?

- a) Realizar cultivo y tinción de Gram de esputo de buena calidad siempre que sea posible y solicitar antígeno urinario para *Streptococcus pneumoniae*, añadiendo antígeno de *Legionella* solo si existen factores epidemiológicos específicos.
- b) Combinar hemocultivos con cultivo y Gram de esputo de buena calidad, incorporar técnicas moleculares rápidas (PCR multiplex) en muestra respiratoria o exudado nasofaríngeo para bacterias atípicas y virus respiratorios y añadir antígenos urinarios para *Streptococcus pneumoniae* y *Legionella pneumophila* en el contexto de NAC grave, sin retrasar el inicio del tratamiento antibiótico.
- c) Priorizar pruebas rápidas con mayor sensibilidad diagnóstica (PCR multiplex respiratoria y antígenos urinarios) y omitir el cultivo de esputo inicial, dado su rendimiento limitado y su escasa influencia en el ajuste terapéutico precoz.
- d) Solicitar cultivo de esputo y antígenos urinarios de forma sistemática, reservando las técnicas moleculares respiratorias para pacientes con sospecha clínica de infección viral o fracaso al tratamiento inicial

- 11. Respecto a los exámenes microbiológicos en la neumonía adquirida en la comunidad, una de las siguientes afirmaciones es CIERTA**
- a) Los hemocultivos son positivos en alrededor del 20% de los pacientes que requieren ingreso hospitalario
 - b) La tinción de Gram de esputo es escasamente sensible, pero tiene una elevada especificidad
 - c) Las guías de ATS/IDSA 2019 recomiendan realizar exámenes microbiológicos a todos los pacientes con NAC en urgencias, independientemente de si van a ser tratados ambulatoriamente o ingresados en el hospital
 - d) La principal limitación del antígeno de Legionella en orina es que solo es útil para diagnosticar los casos producidos por Legionella pneumophila serogrupo 6
- 12. Estando de guardia le avisa microbiología de aislamiento en hemocultivos de Staphylococcus aureus resistente a la meticilina. Se trata de un paciente portador de válvula protésica mitral ingresado por sospecha de infección de orina, en tratamiento actual con ceftriaxona. Ante la sospecha de endocarditis sobre dicha válvula usted solicita ecocardiograma transtorácico/transesofágico. ¿Qué antibioterapia indicaría para el tratamiento inicial?**
- a) Daptomicina (o vancomicina) asociada a cefazolina (o fosfomicina).
 - b) Daptomicina (o vancomicina) en monoterapia.
 - c) Daptomicina (o vancomicina) asociada a cefazolina (o fosfomicina) y rifampicina.
 - d) Linezolid
- 13. Según las recomendaciones actuales de la ESC 2023, en un paciente varón de 58 años con endocarditis infecciosa sobre válvula aórtica nativa por Staphylococcus aureus meticilín-sensible, con vegetación móvil de 14 mm y regurgitación aórtica moderada que, tras 48 horas de antibioterapia dirigida, persiste con disnea progresiva y signos de congestión pulmonar leve, sin hipotensión ni shock. ¿Cuál es la conducta más adecuada?**
- a) Continuar antibioterapia dirigida y manejo médico de la insuficiencia cardíaca, monitorizando de cerca la evolución clínica y revaluando cirugía si aparece insuficiencia cardíaca grave o hipotensión refractaria.
 - b) Indicar cirugía urgente o precoz, priorizando control del foco y reparación/recambio valvular si la regurgitación progresa rápidamente o hay deterioro hemodinámico, aunque la insuficiencia cardíaca aún no sea grave.
 - c) Optimizar la antibioterapia y considerar cirugía solo si hay vegetación >15 mm o embolismo recurrente, dado que el tamaño aislado de 14 mm y la insuficiencia cardíaca moderada no constituyen indicación urgente.
 - d) Retrasar la cirugía para completar estudios de extensión (PET-TC, neuroimagen) y optimizar el estado clínico, manteniendo manejo médico estricto, considerando cirugía electiva dentro de los próximos días si empeora la regurgitación o aparecen complicaciones.
- 14. Según recomendaciones actuales de salud pública y guías de ETS (CDC y guías nacionales), en la primera consulta de ginecología de una mujer embarazada en el primer trimestre, sin antecedentes de enfermedades de transmisión sexual y sin exámenes previos ¿qué es lo más apropiado respecto al cribado de sífilis?**
- a) Realizar cribado universal de sífilis y tratar inmediatamente si es positiva con penicilina G intravenosa.
 - b) Realizar cribado universal de sífilis al inicio del embarazo (1er trimestre) y repetir en el tercer trimestre y al parto en zonas o pacientes con alto riesgo o alta prevalencia; tratar inmediatamente si es positiva con bencilpenicilina intramuscular .
 - c) Solo hacer serología si hay lesiones sugestivas o factores de riesgo.
 - d) Usar solo pruebas reagógicas sin treponémicas para evitar retrasos.
- 15. De los siguientes microorganismos que pueden producir meningoencefalitis, ¿cuál de ellos tiene menos riesgo de producir accidente cerebrovascular isquémico por menor asociación con vasculopatía?**
- a) Treponema pallidum
 - b) Rickettsia Rickettsii
 - c) Virus Varicella-Zoster
 - d) Listeria monocytogenes

- 16. Varón de 61 años con DM tipo 2 insulino dependiente con retinopatía y neuropatía diabética. Diagnosticado de pie de Charcot bilateral sin antecedentes de ulceraciones previas. Consulta por absceso en dorso de pie derecho y úlcera plantar derecha con drenaje seroso y fiebre de 38°C. Analítica con leucocitosis y neutrofilia, PCR 281 mg/L y anemia normocítica. Con respecto a la osteomielitis asociada a pie diabético, todas las afirmaciones siguientes son correctas EXCEPTO:**
- a) Un "probe to bone" positivo tiene una probabilidad cercana al 90% de indicar osteomielitis
 - b) La radiología simple del pie es insuficiente para descartar osteomielitis al inicio y pueden ser necesarias otras pruebas de imagen
 - c) La toma de un cultivo óseo mediante biopsia es el estándar para guiar el tratamiento antibiótico prolongado
 - d) La presencia de fiebre en un paciente diabético excluye la posibilidad de osteomielitis subclínica
- 17. Un paciente de 78 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus e hipertrofia de próstata presenta una infección aguda de una prótesis de cadera implantada 20 días antes. Se realiza la estrategia DAIR (desbridamiento, antibióticos y retención de implantes, por sus siglas en inglés). En los cultivos de las muestras intraoperatorias se aísla Staphylococcus aureus metilicilina sensible (sensible a Cloxacilina, Levofloxacino, Trimetoprim/Sulfametoxazol, Clindamicina, Linezolid, Rifampicina). ¿Cuál sería la mejor opción de tratamiento antibiótico al alta en ausencia de interacciones ni contraindicación?**
- a) Rifampicina en monoterapia
 - b) Rifampicina + Levofloxacino oral
 - c) Rifampicina + Amoxicilina oral
 - d) Trimetoprim/sulfametoxazol en monoterapia
- 18. Mujer de 70 años con EPOC que presenta cuadro de tos productiva de un mes de evolución, con disnea, sin fiebre y con pérdida de peso. Se han utilizado varias tandas de tratamiento antibiótico sin mejoría. Revisando los cultivos de esputo se ha identificado Mycobacterium avium complex (MAC). ¿Qué pauta de tratamiento antibiótico recomendaría?**
- a) Azitromicina + etambutol + rifampicina (o rifabutina).
 - b) Isoniacida + rifampicina + pirazinamida.
 - c) Ciprofloxacino + amikacina.
 - d) Claritromicina en monoterapia.
- 19. ¿Cuál de los siguientes fármacos activos para el tratamiento de Mycobacterium tuberculosis no pertenece al grupo de los esenciales?**
- a) Isoniacida.
 - b) Pirazinamida.
 - c) Moxifloxacino.
 - d) Rifampicina.
- 20. ¿Cuál de las siguientes entidades no está catalogado clásicamente dentro de las enfermedades definitorias de SIDA?**
- a) Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
 - b) Histoplasmosis diseminada.
 - c) Candidiasis oral.
 - d) Toxoplasmosis cerebral.
- 21. Paciente VIH en tratamiento con bictegravir/TAF/FTC que sigue habitualmente en su consulta. En una de sus visitas, se objetiva carga viral VIH de 1.500 copias/mL tras 9 meses de aparente buena adherencia confirmada. Según las guías actuales, ¿cuál es el siguiente paso?**
- a) Cambiar inmediatamente a un régimen con darunavir/cobicistat + TAF/FTC.
 - b) Repetir carga viral y realizar genotipado de resistencias antes de modificar el tratamiento.
 - c) Añadir un cuarto fármaco al esquema actual.
 - d) Suspender el tratamiento y reiniciarlo con otro esquema.

22. En relación con el uso de ribavirina en la Fiebre Hemorrágica de Crimea-Congo (FHCC), ¿cuál de las siguientes afirmaciones es la más correcta según la evidencia y recomendaciones actuales?

- a) Existe evidencia científica sólida que demuestra una reducción significativa de la mortalidad, por lo que debe administrarse de forma sistemática a todos los pacientes.
- b) La ribavirina está contraindicada en fases precoces por riesgo de toxicidad hematológica y solo debe considerarse en fases hemorrágicas avanzadas.
- c) La evidencia es limitada y heterogénea, pero se recomienda considerar ribavirina de forma precoz en casos confirmados o con alta sospecha clínica, especialmente en enfermedad grave.
- d) La ribavirina se recomienda únicamente como profilaxis postexposición en personal sanitario expuesto, no como tratamiento del caso índice.

23. ¿Qué afirmación sobre isavuconazol es FALSA?

- a) Su uso se asocia a más efectos adversos que voriconazol
- b) Puede tener actividad frente a mucor
- c) Tiene una efectividad equivalente a voriconazol en el tratamiento de aspergilosis
- d) Tiene menos interacciones que voriconazol

24. En las últimas décadas se ha incrementado la frecuencia de infecciones fúngicas invasoras causadas por levaduras distintas al género Candida, como Cryptococcus (C. neoformans y C. gattii). ¿En cuáles de los siguientes tipos de pacientes son infrecuentes?

- a) Pacientes con SIDA.
- b) Pacientes neutropénicos.
- c) Pacientes receptores de órganos sólidos.
- d) Pacientes con corticoterapia a altas dosis.

25. Mujer EPOC de 68 años, ingresada 3 días antes por fractura de cadera. Presenta disnea, fiebre y se realiza radiografía de tórax donde se evidencia nuevo infiltrado. La sospecha es de neumonía nosocomial. Tiene antecedente de ingreso reciente hace 2 meses y uso habitual de antibioterapia por supuestas infecciones de orina de repetición. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es la más adecuada para elegir la terapia empírica inicial según criterios de riesgo y guías recientes?

- a) Utilizar carbapenem de amplio espectro como monoterapia en todo paciente con neumonía nosocomial.
- b) Elegir cobertura empírica que incluya actividad antipseudomónica si existen factores de riesgo; preferir combinación si hay sospecha de resistencias y ajustar según cultivos y microbiología local.
- c) No cubrir Pseudomonas aeruginosa hasta tener cultivo positivo para evitar resistencia.
- d) Empezar solo con amoxicilina/clavulánico porque cubre la mayoría de los patógenos

26. En un hospital por su Programa de Optimización del Tratamiento Antibiótico, se implementan alertas automáticas que sugieren ajustar antibióticos según cultivos y duración recomendada, empleando la estrategia “nudge” ¿Cuál es el objetivo principal?

- a) Forzar al clínico a cambiar antibiótico.
- b) Facilitar decisiones racionales y mejorar adherencia a guías sin imponer cambios.
- c) Reemplazar la evaluación clínica del paciente.
- d) Limitar antibióticos en infecciones urinarias.

27. ¿Cuál de las siguientes intervenciones farmacológicas cuenta con recomendación fuerte (I-A) como parte del tratamiento en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica fracción de eyección preservada o conservada IC-FEC, especialmente si presentan diabetes mellitus?

- a) Inhibidores de la DPP-4
- b) Agonistas del receptor GLP-1
- c) Inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2)
- d) Antagonistas del receptor mineralocorticoide (ARM)

28. Mujer de 48 años con antecedente de pericarditis aguda hace 8 meses, tratada con AINE + colchicina durante 3 meses. Evolucionó con buena respuesta inicial. Acude ahora por nuevo episodio de dolor torácico pleurítico, fiebre de 38,2 °C y cansancio. Refiere que hace 6 semanas estaba completamente asintomática.

Exploración: roce pericárdico tenue.

Análítica: PCR 3,2 mg/dl.

ECG: cambios inespecíficos sin claro ST cóncavo.

Ecocardiografía: derrame leve-moderado.

Ante la duda diagnóstica se solicita resonancia magnética cardíaca (RMC) que muestra: Edema pericárdico en T2, realce tardío de gadolinio (RTG) extenso (>50% de la circunferencia y grosor >3 mm) compatible con inflamación activa.

Se confirma pericarditis recurrente de fenotipo autoinflamatorio.

La paciente refiere haber presentado intolerancia digestiva marcada con colchicina y haber requerido esteroides en un episodio previo, desarrollando dependencia (síntomas al bajar de 10 mg prednisona).

¿Cuál de las siguientes afirmaciones es VERDADERA?

- a) La presencia de realce tardío de gadolinio extenso en la RMC es un hallazgo menos específico para inflamación activa y no debe influir en la elección de tratamiento.
- b) En un fenotipo autoinflamatorio con PCR elevada y mala respuesta/intolerancia a colchicina, los antagonistas de IL-1 (p. ej. Anakinra) son una opción recomendada como tratamiento de siguiente línea.
- c) La terapia esteroidea a dosis altas es preferible como primera elección en pericarditis recurrente, incluso en pacientes corticodependientes.
- d) Una PCR elevada obliga siempre a retrasar el inicio de fármacos biológicos hasta completar un nuevo ciclo de colchicina.

29. Varón de 64 años con antecedente de infarto agudo de miocardio con elevación del ST hace 14 meses, tratado mediante angioplastia coronaria con stent farmacoactivo. Actualmente se encuentra asintomático desde el punto de vista cardiovascular.

Tratamiento actual: Ácido acetilsalicílico 100 mg/día, Atorvastatina 40 mg/día, Bisoprolol 5 mg/día, Ramipril 5 mg/día

Análítica reciente: LDL colesterol: 82 mg/dL, HDL colesterol: 42 mg/dL, Triglicéridos: 160 mg/dL

No presenta diabetes mellitus ni insuficiencia renal.

Según las guías europeas ESC de prevención cardiovascular, ¿cuál es la actitud más adecuada?

- a) Mantener el tratamiento actual, ya que el LDL es aceptable en prevención secundaria.
- b) Aumentar la dosis de estatina a alta intensidad o asociar ezetimiba para alcanzar un objetivo de LDL <55 mg/dL.
- c) Sustituir la estatina por ezetimiba en monoterapia para reducir el riesgo de efectos adversos.
- d) Añadir un inhibidor PCSK9 de forma inmediata, independientemente de la dosis de estatina.

30. ¿En cuál de las siguientes situaciones está recomendada de forma preferente la biopsia endomiocárdica según las guías ESC?

- a) Para confirmar la causa viral de la miocarditis, especialmente en pacientes jóvenes.
- b) En pacientes con miocarditis grave o fulminante, con deterioro hemodinámico o ausencia de respuesta al tratamiento médico estándar.
- c) En pacientes con miocarditis idiopática.
- d) En todos los pacientes con miocarditis para la evaluación histopatológica.

31. En pacientes con estenosis Aórtica de bajo gradiente y bajo flujo con FEVI reducida, ¿cuál es la recomendación de las Guías ESC/EACTS 2025 para confirmar la severidad real de la valvulopatía antes de indicar intervención?

- a) Realizar cateterismo cardíaco izquierdo con medición invasiva de gradientes
- b) Basarse en el área valvular calculada por ecocardiografía Doppler
- c) Utilizar ecocardiografía de estrés con dobutamina para diferenciar estenosis verdadera de pseudoestenosis
- d) Considerar la estenosis como severa si el paciente presenta síntomas independientemente de los hallazgos de imagen

32. ¿Cuál de los siguientes mecanismos fisiopatológicos puede identificarse mediante el uso de acetilcolina intracoronaria en dosis altas durante las pruebas invasivas?

- a) Vasoespasmo epicárdico
- b) Disfunción microvascular por aumento del flujo basal
- c) Alteración de la reserva de flujo coronario
- d) Resistencia microvascular aumentada ($iRM \geq 25$)

33. Respecto al diagnóstico y clasificación de la hipertensión arterial según las guías europeas ESC/ESH, señale la afirmación CORRECTA:

- a) La hipertensión enmascarada se define por cifras de presión arterial elevadas en consulta ($\geq 140/90$ mmHg) y normales en las mediciones ambulatorias o domiciliarias.
- b) Para confirmar el diagnóstico de hipertensión arterial mediante monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) de 24 horas, se requiere una presión arterial media $\geq 140/90$ mmHg.
- c) La presión arterial normal-alta se define por cifras de presión arterial en consulta de TAS 130–139 mmHg y/o TAD 85–89 mmHg.
- d) La hipertensión arterial sistólica aislada es característica de adultos jóvenes y se define por cifras de TAS ≥ 160 mmHg y TAD ≥ 100 mmHg.

34. En relación con las causas secundarias de hipertensión arterial y su manejo específico, señale la opción CORRECTA:

- a) El hallazgo de actividad de renina plasmática elevada es característico del hiperaldosteronismo primario.
- b) En pacientes con feocromocitoma, el control farmacológico previo a la cirugía debe iniciarse con betabloqueantes para evitar taquiarritmias.
- c) En la hipertensión renovascular de origen no aterosclerótico, como la displasia fibromuscular, la revascularización mediante angioplastia percutánea sin implante de stent es el tratamiento de elección.
- d) El tratamiento con CPAP en el síndrome de apnea obstructiva del sueño solo está indicado en casos muy graves, definidos por un índice apnea-hipopnea superior a 50 eventos por hora.

35. Mujer de 76 años con FA (fibrilación auricular) persistente, antecedentes de hemorragia intracraneal no traumática hace 8 meses, hipertensión arterial y enfermedad vascular periférica. Presenta $CHA_2DS_2-V_A = 4$ (HTA + ictus previo + edad 65–74 + vascular). El riesgo tromboembólico es alto y la paciente no puede recibir anticoagulación oral a largo plazo por contraindicación absoluta. El ecocardiograma transesofágico no muestra trombos activos. La paciente se encuentra sintomática (EHRA III) pero estable hemodinámicamente.

El equipo multidisciplinar valora estrategias para prevención embólica. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?

- a) El cierre percutáneo de la orejuela izquierda es una alternativa recomendada en pacientes con FA no valvular y contraindicación para anticoagulación oral a largo plazo.
- b) Los ACOD son la terapia de primera elección en esta paciente, ya que han mostrado menor riesgo de hemorragia intracraneal que los AVK.
- c) La mayoría de los trombos en FA no valvular se originan en la orejuela izquierda, por lo que su oclusión reduce el riesgo embólico.
- d) El ensayo PROTECT-AF mostró resultados globales comparables o superiores al tratamiento con warfarina en prevención de ictus y eventos mayores tras cierre de la orejuela.

36. ¿Cuál de las siguientes variables NO forma parte del PESI (pulmonary embolism severity index) original?

- a) Edad del paciente
- b) Saturación de oxígeno menor de 90%
- c) Antecedente de insuficiencia renal crónica
- d) Alteración del estado mental

- 37. Un paciente de 68 años con cáncer de páncreas diagnosticado a raíz de una trombosis venosa profunda iliofemoral izquierda y en tratamiento con HBPM (heparina de bajo peso molecular) a dosis de 1 mg/Kg cada 12 horas, consulta por dolor y edema en la misma pierna. La ecografía Doppler muestra una nueva trombosis en la vena femoral ¿Cuál es la conducta más adecuada?**
- a) Cambiar a anticoagulante de acción directa (rivaroxabán)
 - b) Aumentar la dosis de HBPM un 20-25%
 - c) Añadir aspirina a la HBPM
 - d) Colocar un filtro de vena cava sin modificar la anticoagulación
- 38. Una mujer de 55 años con menopausia desde hace 3 años y antecedentes de trombosis venosa profunda en el miembro inferior derecho hace 10 años, actualmente sin tratamiento anticoagulante, consulta por sofocos intensos ¿Cuál es la recomendación más adecuada?**
- a) Terapia hormonal sustitutiva (THS) oral con estrógenos conjugados
 - b) Terapia hormonal sustitutiva (THS) transdérmica con estradiol
 - c) Tibolona oral
 - d) Evitar terapia hormonal sustitutiva (THS) y considerar alternativas no hormonales
- 39. ¿Qué combinación confiere el mayor riesgo trombótico hereditario?**
- a) Homocigosis para Factor V de Leyden
 - b) Heterocigosis para Factor V de Leyden
 - c) Heterocigosis compuesta para Factor V de Leyden y mutación protrombina G20210A
 - d) Déficit aislado de proteína S
- 40. ¿Cuál de las siguientes pruebas no se ve afectada por el tratamiento con anticoagulantes orales de acción directa?**
- a) Antitrombina
 - b) Proteína C funcional
 - c) Resistencia a la proteína C activada
 - d) Mutación del Factor V de Leyden
- 41. En un paciente con trombosis venosa superficial (TVS) de la vena safena interna, a 2 cm de la unión safeno-femoral, ¿cuál es la conducta más adecuada?**
- a) AINEs y medias de compresión, sin anticoagulación
 - b) Fondaparinux 2,5 mg /día durante 45 días.
 - c) Anticoagulación completa durante 3 meses.
 - d) HBPM en dosis profilácticas durante 45 días.
- 42. Mujer de 68 años, con antecedentes de hipertensión arterial, fibrilación auricular permanente y obesidad (IMC 32 kg/m²). Consulta por disnea progresiva desde hace 8 meses, actualmente clase funcional III. En la exploración destacan: ingurgitación yugular leve y edema maleolar bilateral. Ecocardiograma TT: Aurícula izquierda muy dilatada. Hipertrofia ventricular izquierda moderada. Insuficiencia mitral moderada. Velocidad pico de insuficiencia tricúspide: 3,3 m/s. TAPSE/PSP = 0,28. Cateterismo cardíaco derecho: PAPm: 32 mmHg. PCP: 20 mmHg. RVP: 1,8 UW. Gammagrafía V/Q: sin defectos de perfusión. TC tórax: sin signos de enfermedad pulmonar intersticial ni tromboembólica. ¿Cuál es el tipo de hipertensión pulmonar más probable según los datos?**
- a) Hipertensión pulmonar precapilar (Grupo I – HAP idiopática).
 - b) Hipertensión pulmonar poscapilar debida a patología cardíaca izquierda (Grupo II).
 - c) Hipertensión pulmonar por enfermedad pulmonar crónica e hipoxia (Grupo III).
 - d) Hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (Grupo IV – HPTEC).

43. Un hombre de 28 años consulta por tos seca y disnea leve de semanas de evolución. En la radiografía de tórax se observan adenopatías hiliares bilaterales e infiltrados pulmonares. Ante estos hallazgos se solicita TACAR pulmonar que describe además de las adenopatías un leve patrón en vidrio deslustrado bilateral. Se realiza ecobroncoscopia (EBUS) con toma de muestra para biopsias de los ganglios hiliares, con un resultado anatomopatológico compatible con granulomas epitelioides no caseificantes, y el lavado broncoalveolar se objetiva un cociente CD4/CD8 elevado. Se completa estudio con unas pruebas funcionales respiratorias con difusión que resultan normales. ¿Cuál es la mejor conducta terapéutica inicial ante la sospecha diagnóstica?

- a) Iniciar tratamiento inmediato con corticoides intravenosos.
- b) Iniciar tratamiento con antibióticos de amplio espectro.
- c) Seguimiento clínico y funcional sin iniciar tratamiento de entrada.
- d) Comenzar tratamiento con corticoides y metotrexato.

44. Paciente varón de 63 años, fumador activo de 40 cig/día, que es remitido a la consulta para estudio de disnea. A la exploración física presenta rubicundez facial y obesidad. Ante la sospecha de posible EPOC se solicita espirometría basal. ¿Qué resultados tendríamos que tener en la espirometría para confirmar la sospecha de EPOC grado moderado?

- a) FEV1>80% y FEV1/FVC >0.7.
- b) FEV1 entre el 50% y el 80% y FEV1/FVC >0.7.
- c) FEV1 entre el 50% y el 80% y FEV1/FVC <0.7.
- d) FEV1>80% y FEV1/FVC <0.7.

45. Paciente de 45 años con asma persistente de grado moderado, actualmente en tratamiento con glucocorticoide inhalado en dosis bajas asociado a un agonista β_2 de acción prolongada. Buena adherencia y técnica inhalatoria correctas. En el último año ha presentado tres exacerbaciones que requirieron tratamiento adicional, síntomas nocturnos frecuentes y necesidad de broncodilatador de rescate más de tres veces por semana.

Estudios complementarios muestran: FeNO 45 ppb, eosinófilos en sangre 380/ μ L y sensibilización a ácaros del polvo. Según la valoración clínica y funcional, el asma se considera mal controlada. ¿Cuál sería la estrategia terapéutica recomendada de acuerdo con las guías de tratamiento escalonado de asma?

- a) Incrementar únicamente la dosis de glucocorticoide inhalado a nivel alto, manteniendo el β_2 -agonista de acción prolongada sin añadir otros fármacos.
- b) Escalar a nivel 4, incorporando un antagonista muscarínico de acción prolongada (LAMA) a la terapia inhalada actual o valorar antileucotrienos como alternativa.
- c) Iniciar directamente tratamiento biológico con anti-IL-5 (mepolizumab o benralizumab) sin modificar previamente la terapia inhalada.
- d) Sustituir el broncodilatador por un β_2 -agonista de acción corta administrado de forma regular, combinándolo con glucocorticoide inhalado según demanda.

46. Varón de 70 años, ex trabajador de astilleros con exposición a amianto durante más de 25 años, acude por disnea progresiva de 3 meses, dolor torácico lateral derecho y pérdida de 5 kg en los últimos 2 meses. No presenta fiebre ni tos productiva.

Exploración: matidez en el hemitórax derecho y disminución de los ruidos respiratorios basales.

Laboratorio: hemograma y bioquímica dentro de límites normales.

Radiografía de tórax: derrame pleural derecho moderado.

TAC torácico: engrosamiento pleural difuso, nodular, con áreas de calcificación pleural. Derrame pleural derecho con densidad hemorrágica.

Se realiza toracocentesis con líquido pleural hemorrágico, citología negativa para malignidad.

En este contexto clínico, ¿cuál es el siguiente paso más adecuado para confirmar el diagnóstico de mesotelioma pleural maligno?

- a) Repetir toracocentesis con citología del líquido pleural.
- b) Biopsia pleural toracoscópica (VATS) para estudio histopatológico e inmunohistoquímico.
- c) PET-TAC como siguiente paso para descartar metástasis antes de obtener biopsia.
- d) Punción con aguja fina de la pleura engrosada para análisis citológico.

47. Un varón de 67 años, fumador de 60 paquetes-año, consulta por tos persistente, pérdida de peso y disnea progresiva. La tomografía computarizada (TC) toracoabdominal muestra una masa hilar derecha con adenopatías mediastínicas. La biopsia bronquial revela carcinoma microcítico de pulmón (CPCP). La TC no demuestra metástasis extratorácicas. Tras completar el estudio, el tumor se considera limitado a un único campo de radioterapia. ¿Cuál es el tratamiento inicial más adecuado?

- a) Resección quirúrgica primaria seguida de quimioterapia adyuvante.
- b) Quimioterapia basada en platino (cisplatino/etopósido) junto con radioterapia torácica concurrente iniciada durante los dos primeros ciclos.
- c) Inmunoterapia con atezolizumab en monoterapia como primera línea.
- d) Radioterapia torácica exclusiva seguida de radioterapia holocraneal profiláctica.

48. Varón de 70 años con disnea progresiva y tos seca. La TCAR muestra reticulación subpleural basal, bronquiectasias de tracción y panalización, sin datos de enfermedad sistémica. ¿Cuál es la afirmación CORRECTA?

- a) El diagnóstico requiere siempre biopsia pulmonar quirúrgica.
- b) El patrón descrito corresponde a neumonía intersticial no específica.
- c) El diagnóstico de fibrosis pulmonar idiopática puede establecerse sin biopsia en este contexto.
- d) El tratamiento inicial debe basarse en corticoides sistémicos.

49. Varón de 62 años que consulta por disminución brusca de la diuresis y edema periférico de tres días de evolución. Antecedentes: hipertensión arterial, tratamiento con enalapril y furosemida.

Análítica: creatinina sérica 3.8 mg/dl (hace una semana 1.0mg/dl), urea 98 mg/dl, Na⁺ sérico 138mmol/L, K⁺ sérico 5.5mmol/L. Hemograma y proteínas normales.

Examen físico: TA 85/65 mmHg, FC 110 lpm, mucosas secas, edemas leves.

La orina es escasa con sedimento urinario normal, fracción de excreción de Na⁺ (FENa)<1%.

¿Cuál es la causa más probable de insuficiencia renal aguda en este paciente?

- a) Nefropatía glomerular aguda
- b) Necrosis tubular aguda por isquemia
- c) Insuficiencia renal prerrenal por hipoperfusión
- d) Obstrucción urinaria postrenal

50. ¿Cuál de los siguientes derrames pleurales asociados a patología renal presenta de forma característica un perfil bioquímico de EXUDADO?

- a) Derrame pleural urémico.
- b) Derrame pleural secundario a síndrome nefrótico.
- c) Urinotórax secundario a obstrucción del sistema nefroexcretor.
- d) Derrame pleural secundario a diálisis peritoneal.

51. Varón de 70 años, diabético e hipertenso, que presenta confusión progresiva y debilidad generalizada durante los últimos 4 días.

Laboratorio: Na⁺ sérico 165 mEq/L, K⁺ 4,0 mEq/L, creatinina 1,4 mg/dL.

La presión arterial es 100/60 mmHg, con mucosas secas y turgencia disminuida. Según las guías actuales, ¿cuál es la conducta más adecuada para guiar la corrección de su hipernatremia?

- a) Considerar hipernatremia aguda y corregir rápidamente con suero hipotónico para normalizar el sodio en menos de 24 horas.
- b) Hipernatremia de probable instauración crónica; la reposición de agua libre debe realizarse de forma controlada, evitando un descenso superior a 10–12 mEq/L en 24 horas.
- c) La corrección del sodio no requiere estimación del déficit de agua; se puede administrar libremente suero hipotónico hasta normalizar.
- d) La hipernatremia crónica se trata exclusivamente con diuréticos, sin necesidad de reposición de agua libre.

52. En relación con la nefropatía por IgA (Enf. De Berger), señale la afirmación CORRECTA:

- a) La presencia de microhematuria persistente aislada no tiene valor pronóstico y no se asocia a progresión de la enfermedad renal.
- b) El diagnóstico definitivo puede establecerse únicamente con criterios clínicos cuando existe hematuria macroscópica recurrente tras infección de las vías respiratorias altas
- c) La proteinuria persistente ≥ 1 gr/día se asocia de forma independiente mayor riesgo de progresión a enfermedad renal crónica y constituye un criterio clave para intensificar el tratamiento.
- d) El tratamiento inmunosupresor está indicado de forma sistemática en todos los pacientes con nefropatía por IgA desde el momento del diagnóstico.

53. En relación con la evaluación diagnóstica del paciente con sospecha de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) y endoscopia digestiva alta normal, señale la afirmación CORRECTA:

- a) La pH-metría esofágica de 24 horas debe realizarse siempre bajo tratamiento con inhibidores de la bomba de protones para confirmar el diagnóstico de ERGE.
- b) Una exposición ácida esofágica normal en la pH-metría descarta definitivamente ERGE, independientemente de la correlación síntoma-reflujo.
- c) La pH-impedanciometría permite identificar hipersensibilidad esofágica cuando existe correlación positiva entre síntomas y episodios de reflujo con exposición ácida normal.
- d) La presencia de síntomas típicos de ERGE con respuesta parcial a IBP es suficiente para indicar cirugía antirreflujo, aunque no exista confirmación objetiva de reflujo patológico.

54. Con respecto a la colitis isquémica, ¿cuál de las afirmaciones es FALSA?

- a) La colitis isquémica es la forma más frecuente de isquemia intestinal
- b) Algunas áreas como la flexura esplénica y la unión rectosigmoidea son puntos menos vulnerables por estar mejor irrigadas
- c) La mayoría de los episodios obedecen a fenómenos transitorios de isquemia no oclusiva
- d) Hasta un 30% de los pacientes han tomado AINES en los días que preceden al episodio

55. Paciente de 28 años con diarrea crónica, rectorragia y tenesmo. La colonoscopia muestra inflamación continua desde el recto hasta el colon descendente. Las biopsias evidencian infiltrado inflamatorio limitado a la mucosa y submucosa sin compromiso transmural. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

- a) El compromiso inflamatorio transmural sugiere colitis ulcerosa extensa.
- b) La presencia de lesiones en parches es típica de esta enfermedad.
- c) La afectación limitada a mucosa y submucosa es típica de colitis ulcerosa.
- d) La enfermedad descrita se asocia con mayor riesgo de fístulas enterocutáneas.

56. Paciente de 52 años, con antecedente de pancreatitis crónica alcohólica, que consulta por diarrea crónica, pérdida ponderal y distensión abdominal. La tomografía abdominal muestra calcificaciones pancreáticas sin datos de complicaciones locales. No presenta ictericia ni dolor abdominal significativo en la actualidad. ¿Cuál es la actitud terapéutica más adecuada en este momento?

- a) Iniciar tratamiento con enzimas pancreáticas orales y recomendar dieta fraccionada con contenido graso ajustado.
- b) Solicitar determinación de amilasa y lipasa séricas antes de iniciar cualquier tratamiento específico.
- c) Indicar tratamiento antibiótico empírico por sospecha de sobrecrecimiento bacteriano intestinal.
- d) Plantear tratamiento endoscópico sobre el conducto pancreático principal para mejorar la absorción de grasas.

57. En cuanto a la interpretación de las serologías por virus de la hepatitis B (VHB), indique cuál es la FALSA:

- a) AgHBs (+), IgM anti-HBc (+) y anti-HBs (-): infección aguda por VHB.
- b) AgHBs (-), IgG Anti-HBc (+) y anti-HBs (+): infección resuelta por VHB.
- c) AgHBs (+), Anti-HBc (-) y anti-HBs (+): vacunado.
- d) AgHBs (+), IgG AntiHBc (+) y anti-HBs (-): infección crónica por VHB.

- 58. Paciente varón de 60 años con adenocarcinoma de páncreas metastásico y carcinomatosis peritoneal que presenta obstrucción intestinal completa a nivel de íleon distal. ¿Cuál de los siguientes fármacos NO está indicado en esta situación?**
- a) Dexametasona
 - b) Fentanilo transdérmico
 - c) Lactulosa
 - d) Haloperidol
- 59. ¿Cuál es el “criterio de entrada obligatorio” para aplicar los criterios de clasificación EULAR/ACR 2019 del lupus eritematoso sistémico (LES)?**
- a) Proteinuria > 0.5g/24h.
 - b) Presencia de anti-dsDNA positivos por ELISA.
 - c) ANA positivos a un título $\geq 1:80$ en inmunofluorescencia HEp-2 o equivalente.
 - d) Todos son criterios de entradas obligatorios.
- 60. ¿Cuál de los siguientes NO es un criterio para el diagnóstico de Granulomatosis con poliangéitis (GPA) según las recomendaciones ACR/EULAR de 2022?**
- a) Secreción nasal sanguinolenta, costra o congestión nasal.
 - b) Positividad para anticuerpos c-ANCA o PR3-ANCA.
 - c) Nódulos pulmonares, masas o cavitaciones en tórax por imagen.
 - d) Pólipos nasales.
- 61. ¿Cuál es el papel principal del sistema nervioso central en la fisiopatología de la fibromialgia?**
- a) Generar inflamación muscular localizada
 - b) Mantener la activación crónica de las vías dolorosas
 - c) Estimular la liberación de catecolaminas
 - d) Reducir la sensibilidad de estímulos nociceptivos
- 62. ¿Cuál de las siguientes entidades NO se asocia de forma característica a aortitis inflamatoria?**
- a) Síndrome de Behçet.
 - b) Enfermedad relacionada con IgG4.
 - c) Síndrome de Cogan.
 - d) Poliarteritis nudosa.
- 63. Mujer de 42 años con enfermedad autoinmune sistémica en tratamiento con metotrexato y dosis bajas de prednisona, pendiente de actualización vacunal. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre vacunación es VERDADERA?**
- a) Todas las vacunas están contraindicadas en pacientes inmunodeprimidos
 - b) Las vacunas inactivadas pueden administrarse con seguridad durante inmunosupresión leve a moderada
 - c) Las vacunas vivas atenuadas son seguras en cualquier situación
 - d) La vacunación debe posponerse hasta suspender todo tratamiento inmunosupresor
- 64. En pacientes con feocromocitoma o paraganglioma, ¿en cuál de las siguientes situaciones NO existe indicación sistemática de realizar un estudio genético, según las guías de práctica multidisciplinaria actuales?**
- a) Antecedentes familiares de feocromocitoma o paraganglioma.
 - b) Diagnóstico a edad temprana (menor de 40 años).
 - c) Tumor bilateral, multifocal o metastásico.
 - d) Paciente de edad avanzada con hipertensión arterial secundaria.

- 65. Un paciente de 52 años sin antecedentes de radiación cervical ni historia familiar de cáncer tiroideo, presenta un nódulo tiroideo de 2,3 cm, sólido, isoecoico, con márgenes regulares y sin microcalcificaciones. La TSH es normal y la citología por PAAF informa de Bethesda II. ¿Cuál es la estrategia más adecuada con este paciente?**
- a) Repetir PAAF en 6 meses para confirmar benignidad
 - b) Seguimiento ecográfico a los 12-24 meses, y si está estable considerar alta
 - c) Realizar lobectomía tiroidea
 - d) Realizar pruebas moleculares para descartar mutaciones de riesgo
- 66. En el contexto del cribado de hiperaldosteronismo primario, ¿qué patrón de relación aldosterona/renina (RAR) es más sugestivo de la enfermedad?**
- a) RAR elevada con aldosterona baja y renina elevada.
 - b) RAR elevada con aldosterona elevada y renina suprimida.
 - c) RAR normal con aldosterona y renina dentro de rangos normales.
 - d) RAR baja con aldosterona baja y renina elevada.
- 67. Paciente varón de 72 años que presenta importante dolor a nivel lumbar secundario a fractura-acuñamiento de L2 y L3. Se hace densitometría ósea en la cual se objetiva un T-Score -2.6 DE. De las siguientes opciones terapéuticas, ¿cuál sería el tratamiento más CORRECTO para nuestro paciente?**
- a) Teriparatida en administración subcutánea diaria.
 - b) Romosozumab en pauta diaria.
 - c) Abaloparatida como primera línea en varón.
 - d) Todas las opciones son igualmente válidas.
- 68. Según los criterios de la International Diabetes Federation (IDF) y la ATP III (2005), ¿cuál de los siguientes parámetros NO se incluye dentro del Síndrome metabólico?**
- a) Obesidad abdominal
 - b) Triglicéridos.
 - c) LDL colesterol.
 - d) Presión arterial.
- 69. Un paciente de 82 años con diabetes tipo 2 y filtrado glomerular estimado 45 ml/min/1,73 m², se encuentra en tratamiento con glibenclamida 5 mg/día. Según el Documento de Posicionamiento de la SEEN 2020, ¿cuál es la medida más apropiada para minimizar el riesgo de hipoglucemia grave?**
- a) Mantener glibenclamida a la misma dosis y aumentar la ingesta de carbohidratos.
 - b) Suspender glibenclamida y considerar cambio a fármaco de menor riesgo de hipoglucemia, como insulina basal ajustada o agonista GLP-1.
 - c) Añadir repaglinida para compensar posibles hiperglucemias y mantener dosis de glibenclamida.
 - d) Continuar tratamiento con glibenclamida, pero monitorizar glucemias capilares únicamente durante la noche.
- 70. Varón de 63 años con DM2 de larga evolución. Refiere mareo al ponerse en bipedestación. TA: 135/80 mmHg en decúbito y 110/65 mmHg al minuto de bipedestación. ¿Cuál es la complicación diabética más probable?**
- a) Neuropatía motora proximal.
 - b) Neuropatía autonómica cardiovascular.
 - c) Enfermedad cerebrovascular silente.
 - d) Hipovolemia secundaria a nefropatía diabética.

71. Paciente de 63 años con diabetes mellitus tipo 2 de 18 años de evolución, con control glucémico subóptimo en años previos. Presenta retinopatía diabética no proliferativa, nefropatía diabética con albuminuria persistente y neuropatía distal simétrica. En relación con la patogenia común de las complicaciones microvasculares de la diabetes mellitus tipo 2, señale la afirmación CORRECTA:

- a) El daño microvascular se debe fundamentalmente a depósitos de inmunocomplejos en la pared capilar.
- b) La activación de la vía de los polioles es consecuencia exclusiva de la resistencia a la insulina.
- c) La hiperglucemia crónica induce disfunción endotelial a través de productos finales de glicación avanzada (AGEs).
- d) El engrosamiento de la membrana basal capilar es un fenómeno secundario a episodios repetidos de hipoglucemia.

72. Los anticuerpos monoclonales y antagonistas dirigidos frente al CGRP (péptido relacionado con el gen de la calcitonina) han supuesto un avance en el tratamiento preventivo de la migraña crónica. ¿Cuál es el mecanismo fisiopatológico principal que explica su efecto terapéutico?

- a) Modulación central de la neurotransmisión serotoninérgica en el sistema trigeminovascular.
- b) Vasoconstricción meníngea mediada por receptores serotoninérgicos 5-HT₁.
- c) Inhibición de la señal nociceptiva trigeminal y reducción de la respuesta neuroinflamatoria meníngea.
- d) Activación de vías dopaminérgicas implicadas en el control del dolor.

73. Mujer de 28 años con diagnóstico reciente de esclerosis múltiple remitente-recurrente (EMRR), que consulta por brote de neuritis óptica derecha de 4 días de evolución, con disminución de agudeza visual y dolor ocular. No presenta comorbilidades relevantes. ¿Cuál es la actitud terapéutica más adecuada para tratar este brote agudo?

- a) Iniciar tratamiento con interferón beta de forma inmediata
- b) Administrar pulsos de metilprednisolona intravenosa
- c) Iniciar natalizumab como tratamiento de primera línea
- d) Observar y reevaluar en 4 semanas sin tratamiento

74. ¿Qué característica clínica es fundamental para sospechar el diagnóstico de Síndrome de Guillain Barré?

- a) Inicio súbito de debilidad distal unilateral
- b) Debilidad simétrica progresiva de extremidades con arreflexia
- c) Debilidad simétrica progresiva de extremidades con hiperreflexia
- d) Hemiplejía asociada a afasia

75. En relación con los biomarcadores neurodegenerativos en el LCR, ¿qué combinación analítica es más consistente con el diagnóstico biológico de la Enfermedad de Alzheimer?

- a) A β 1-42 bajo junto con T-tau y P-tau elevados.
- b) A β 1-42 elevado, T-tau y P-tau bajos.
- c) A β 1-42 y T-tau altos, P-tau normal.
- d) Todos los marcadores elevados

76. ¿Qué características definen al síndrome hemolítico urémico?

- a) Hemólisis intravascular, insuficiencia renal y trombocitopenia
- b) Hemólisis extravascular congénita, insuficiencia renal y anemia ferropénica.
- c) Hemólisis congénita, esplenomegalia y trombocitosis
- d) Hemólisis autoinmune con Coombs positivo

- 77. ¿Qué diagnóstico diferencial debe considerarse prioritariamente en un paciente con clínica neurológica compatible con degeneración combinada subaguda, niveles séricos de vitamina B12 bajos o límite, pero con valores normales de homocisteína y ácido metilmalónico (MMA)?**
- a) Deficiencia de cobre
 - b) Esclerosis lateral amiotrófica (ELA)
 - c) Disautonomía en el síndrome de Guillain-Barré
 - d) Neuropatía diabética
- 78. Paciente de 69 años con antecedentes de enfermedad inflamatoria crónica conocida que presenta anemia en una analítica de control. Los resultados muestran: hemoglobina 10,5 g/dl, VCM 82 fl, HCM 28 pg, reticulocitos 1%, ferritina 250 ng/ml, saturación de transferrina 25%. ¿Cuál es la causa más probable de la anemia?**
- a) Anemia ferropénica secundaria a pérdidas crónicas
 - b) Anemia asociada a inflamación crónica
 - c) Anemia megaloblástica por déficit de folato
 - d) Anemia hemolítica autoinmune
- 79. ¿Cuál de las siguientes hemopatías no se le ha atribuido un mayor riesgo relativo para el desarrollo de Aspergilosis invasiva?:**
- a) Leucemia aguda mieloblástica.
 - b) Leucemia aguda linfoblástica.
 - c) Síndrome mielodisplásico.
 - d) Leucemia linfática crónica.
- 80. Varón de 66 años con obstrucción nasal unilateral derecha, epistaxis recurrente y otalgia con hipoacusia progresiva. Presenta además fiebre vespertina, sudoración nocturna y pérdida de 6 kg en un mes. La RM muestra una masa destructiva en la región nasal y nasofaringe derecha, con necrosis central y extensión a tejidos blandos adyacentes, y adenopatías cervicales bilaterales. La analítica evidencia anemia leve y LDH elevada. Ante este cuadro clínico, ¿cuál es el diagnóstico más probable?**
- a) Carcinoma nasofaríngeo asociado a VEB
 - b) Linfoma NK/T nasal
 - c) Linfoma difuso B de células grandes
 - d) Granulomatosis con poliangiitis
- 81. Paciente varón de 68 años, con antecedentes de hipertensión y diabetes mellitus tipo 2, que consulta por fatiga progresiva, palidez mucocutánea y aparición de equimosis espontáneas. En el hemograma se observa pancitopenia: leucopenia, anemia normocítica normocrómica y trombocitopenia. La aspiración y biopsia de médula ósea muestran médula hipocelular con signos de hematopoyesis ineficaz y presencia de blastos inferior al 5%. ¿Cuál es el diagnóstico más probable y el siguiente paso más adecuado en su manejo?**
- a) Leucemia mieloide aguda, proceder con quimioterapia de inducción.
 - b) Síndrome mielodisplásico, confirmar con cariotipo y realizar seguimiento.
 - c) Anemia regenerativa autoinmune, iniciar tratamiento inmunosupresor.
 - d) Mieloma múltiple, confirmar con electroforesis de proteínas en suero
- 82. Paciente de 65 años con mieloma múltiple IgG-Kappa en tratamiento reciente con quimioterapia. Presenta hematuria microscópica, proteinuria 2,5 g/24 h, creatinina 2,8 mg/dL, calcio normal. Biopsia renal: depósitos amorfos eosinofílicos en glomerulos, positivos para cadenas ligeras kappa en inmunofluorescencia. ¿Cuál es la causa más probable de la lesión renal?**
- a) Nefropatía por cadenas ligeras (AL) con patrón glomerular (cast nephropathy)
 - b) Amiloidosis AL
 - c) Nefropatía membranosa secundaria a paraproteínas
 - d) Obstrucción urinaria por ácido úrico

- 83. Varón de 34 años ingresa tras consumir cocaína intranasal hace 2 horas. Presenta agitación intensa, hipertensión (180/105 mmHg), taquicardia 135 lpm y diaforesis. ECG normal. ¿Cuál es la medida inicial más adecuada para controlar la agitación y los signos cardiovasculares?**
- a) Haloperidol intravenoso para sedación rápida y control antipsicótico.
 - b) Benzodiacepinas intravenosas para sedación y reducción de hiperactividad simpática.
 - c) Bloqueo β no selectivo inmediato (propranolol) para controlar taquicardia e hipertensión.
 - d) Nitroglicerina intravenosa como tratamiento de elección para hipertensión aguda.
- 84. Mujer de 38 años con intoxicación etílica aguda presenta confusión, vómitos profusos, hipotensión y taquicardia. Analítica: Na^+ 130 mmol/L, K^+ 3,0 mmol/L, Cl^- 92 mmol/L, creatinina 2,1 mg/dL. ¿Cuál es el manejo inicial más adecuado de las alteraciones electrolíticas?**
- a) Reposición lenta de potasio y líquidos isotónicos, monitorizando función renal y ECG
 - b) Reposición rápida de potasio en bolo intravenoso para normalizar valores en 1 hora
 - c) Administración de diuréticos de asa para corregir hiponatremia
 - d) Restricción hídrica estricta para prevenir edema cerebral
- 85. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es CIERTA respecto a la metagenómica y su uso en el estudio del microbioma intestinal humano?**
- a) La metagenómica se limita al análisis taxonómico de la microbiota sin incluir la funcionalidad.
 - b) El análisis metagenómico con secuenciación de última generación (NGS) permite obtener información sobre la funcionalidad de la microbiota, no solo su composición.
 - c) Los estudios metagenómicos actuales solo permiten la identificación de bacterias cultivables.
 - d) La metagenómica clásica basada en PCR de genes 16S rRNA proporciona información funcional completa de la microbiota intestinal.
- 86. ¿Cuál es la principal ventaja de la secuenciación metagenómica de shotgun sobre la secuenciación clásica de 16S rRNA en el estudio del microbioma intestinal?**
- a) Permite únicamente identificar bacterias cultivables.
 - b) Proporciona información sobre la composición taxonómica y la funcionalidad metabólica de la microbiota.
 - c) Solo permite identificar virus y hongos, no bacterias.
 - d) Es menos precisa que el 16S rRNA para identificar especies bacterianas.
- 87. ¿Cuál es el genotipo más común y clínicamente relevante asociado con la hemocromatosis hereditaria?**
- a) Estado heterocigoto portador para C282Y
 - b) Homocigosis para la variante H63D
 - c) Homocigosis para la variante C282Y
 - d) Heterocigosis compuesta C282Y/H63D
- 88. Indique cuál es el mecanismo más frecuente de la hipercalcemia tumoral:**
- a) Secreción tumoral de PTHrP
 - b) Producción tumoral de calcitriol
 - c) Efecto directo de las células tumorales en el hueso en las metastasis osteolíticas
 - d) Secreción local de citocinas activadoras de osteoclastos por las células tumorales
- 89. Indique cuál de las siguientes características es propia de un dolor irruptivo:**
- a) Es de intensidad leve
 - b) Es persistente a lo largo del día
 - c) Aparece únicamente al realizar actividades como levantarse y andar, defecar o toser.
 - d) Exacerbación transitoria sobre un dolor basal continuo adecuadamente controlado

90. En los ensayos clínicos ¿cuál de los siguientes NO se considera un “skeletal related event” o evento óseo relacionado con el cáncer?

- a) Aparición de compresión medular
- b) Hipercalcemia maligna
- c) Desarrollo de fracturas patológicas
- d) Necesidad de radioterapia sobre el hueso

91. Señale la combinación de tratamientos más adecuada inicialmente para lograr un control rápido y sostenido de la calcemia en un paciente con cáncer e hipercalcemia grave y sintomática:

- a) Hidratación intravenosa, calcitonina y un bifosfonato como el ácido zoledrónico
- b) Denosumab y diálisis
- c) Hidratación intravenosa, corticoides y furosemida
- d) Únicamente hidratación intensiva con suero salino isotónico

92. ¿Qué porcentaje de todos los diagnóstico oncológicos corresponde al cáncer de origen desconocido?

- a) 2 al 5%
- b) más del 15%
- c) menos del 1%
- d) aproximadamente el 10%

93. ¿Cuál es la principal utilidad del PET-TC en el manejo de los pacientes con un cáncer de origen desconocido?

- a) Evaluar la respuesta a la quimioterapia de forma inmediata
- b) Sustituir la necesidad de una biopsia para el diagnóstico
- c) Aplicar la radioterapia de forma directa y precisa
- d) Localizar el tumor primario en un porcentaje significativo de pacientes

94. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la neuropatía en el síndrome POEMS es correcta?

- a) La neuropatía en el síndrome POEMS suele presentarse como una polineuropatía desmielinizante simétrica distal, que progresa a una polirradiculoneuropatía.
- b) La neuropatía en POEMS es típicamente axonal y no presenta características desmielinizantes.
- c) La neuropatía se presenta de forma focal y es más común en el tronco y las extremidades superiores.
- d) La neuropatía asociada al síndrome POEMS tiene un patrón desmielinizante distal, pero no produce bloqueos de conducción ni dispersión temporal, lo que permite distinguirla de la CIDP (polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica)

95. Una mujer de 68 años con antecedentes de alcoholismo crónico y pérdida de 12 kg de peso en los últimos 3 meses, ingresa por neumonía en el lóbulo inferior derecho. Tras 10 días con ingesta mínima, se inicia nutrición enteral con 1800 kcal/día. A las 48 horas sufre un empeoramiento clínico con aparición de disnea, taquicardia, edemas periféricos y confusión. Una analítica urgente muestra glucemia 160 mg/dL, potasio 3,1 mmol/L, fósforo 1,2 mg/dL y magnesio 1,3 mg/dL ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

- a) Insuficiencia cardíaca congestiva por sobrecarga hídrica
- b) Síndrome de realimentación
- c) Cetoacidosis alcohólica
- d) Síndrome de Wernicke

96. Señale una de las funciones principales de la molécula del GLP-1 en el contexto del tratamiento de la obesidad

- a) Aumentar la producción de glucagón para incrementar la energía
- b) Acelerar el vaciamiento gástrico para una digestión más rápida
- c) Regular el apetito y aumentar la sensación de saciedad
- d) Incrementar la resistencia a la insulina en los tejidos periféricos

97. ¿Qué alteraciones electrolíticas se observan en el síndrome de realimentación?

- a) Hipocalcemia e hipofosfatemia.
- b) Hiperpotasemia e hipomagnesemia.
- c) Hiponatremia e hiperglucemia.
- d) Hipopotasemia y aumento de la creatinina.

98. Mujer de 45 años con obesidad grado II y antecedentes de apnea del sueño y osteoartritis de rodilla, consulta sobre indicación de cirugía bariátrica. ¿Cuál de las siguientes es la principal indicación relativa para cirugía bariátrica según guías internacionales?

- a) IMC ≥ 35 kg/m² con comorbilidades asociadas
- b) IMC ≥ 30 kg/m² sin comorbilidades
- c) IMC ≥ 40 kg/m² con o sin comorbilidades
- d) IMC ≥ 25 kg/m² con hipertensión controlada

99. Gestante de 30 años, sin antecedentes médicos relevantes, en control del primer trimestre presenta TSH de 5,6 μ UI/mL (valores normales: 0,23–4,18 μ UI/mL) y T4 libre dentro del rango normal. Según las guías actuales, ¿cuál sería la actitud más adecuada?

- a) No iniciar tratamiento y controlar periódicamente la TSH durante la gestación.
- b) Solicitar anticuerpos antitiroideos y, si son positivos, iniciar levotiroxina hasta el final del embarazo.
- c) Iniciar levotiroxina de forma empírica con dosis estándar, controlando TSH a las 6 semanas.
- d) Administrar levotiroxina en dosis baja a todas las gestantes con TSH >4 μ UI/mL, independientemente de la positividad de anticuerpos.

100. con respecto al tratamiento de la Enfermedad Tromboembólica durante el embarazo y el puerperio, ¿cuál de las siguientes respuestas es la INCORRECTA?

- a) El tratamiento de elección es la HBPM a dosis terapéutica en una sola dosis diaria durante todo el embarazo y continuar durante el puerperio (seis semanas) hasta completar al menos 3 meses desde el evento trombótico
- b) En mujeres que ya recibían tratamiento anticoagulante con AVK o ACOD, deben cambiar a HBPM.
- c) Se recomienda monitorización rutinaria de los niveles de antiXa
- d) Los AVK (por teratogenicidad) y los ACOD (por posible toxicidad y falta de evidencia) están contraindicados.

101. ¿Cuál de los siguientes fármacos con actividad frente a Mycobacterium tuberculosis, no tiene actividad esterilizante?:

- a) Moxifloxacino.
- b) Isoniacida.
- c) Bedaquilina.
- d) Pirazinamida.

102. Paciente mujer de 69 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y cirugía bariátrica. La paciente presenta anemia ferropénica sin pérdidas digestivas objetivadas, y refractaria al tratamiento con suplemento de hierro oral. Ante esta situación se decide administrar carboximaltosa férrica 1000 mg x 3 dosis, espaciando las dosis cada 15 días. Al recibir la segunda dosis de carboximaltosa férrica la paciente comienza con cuadro de prurito generalizado, eritema cutáneo, disnea y dolor torácico. Ante la sospecha de reacción alérgica se inicia tratamiento con corticoides y adrenalina. Al monitorizar a la paciente se objetiva en el ECG una elevación del ST de 2 mm en cara infero-lateral, por lo que se comenta con la unidad coronaria de nuestro centro para realizar coronariografía urgente, en la que no aprecia lesiones coronarias significativas. Al mejorar el cuadro alérgico desaparece el dolor torácico y se normaliza el ECG a su basal. ¿Cómo se llama el síndrome que ha tenido nuestra paciente?

- a) Síndrome de Tako-Tsubo.
- b) Síndrome de Cotard.
- c) Síndrome de Capgras.
- d) Síndrome de Kounis.

103.- Paciente varón de 42 años que acude a urgencias por dolor abdominal de 3 días de evolución localizado a nivel epigástrico-hipocondrio derecho, acompañado de ictericia, coluria y acolia. El paciente reconoce un hábito enólico diario de 80 gramos de alcohol/día. En urgencias se realiza analítica en la que destacan los siguientes valores: GOT 280, GPT 293, GGT 1342, FA 368, BR 9.3 (directa 8.2), TP 19 segundos (control 13 segundos), AP 55%, INR 1.57. Hb 10.4 g/dl, plaquetas 167000, leucos 1400 (N 1200) Además, se completa estudio con ecografía de abdomen en la que se describe estasis hepática moderada sin que se visualice obstrucción de la vía biliar, colelitiasis, coledocolitiasis ni barro biliar. ¿Cuál de los siguientes índices pronósticos validados utilizaría para valorar si el paciente se beneficiaría del empleo de corticoides según su sospecha diagnóstica?

- a) Índice de Meld.
- b) Escala de Bristol.
- c) Índice de Harvey-Bradshaw.
- d) Escala de Glasgow-Blatchford (GBS)

104. Identifica la asociación correcta entre principio activo, diana y prueba específica para monitorización de los anticoagulantes orales de acción directa (ACODs).

- a) Dabigatran-Factor Xa-Test de ecarina
- b) Apixaban-Factor Xa-Determinación de anti-Xa
- c) Rivaroxaban-Factor Xa-Tiempo de trombina diluido
- d) Edoxaban-Factor IIa-Test de ecarina

105. El riesgo de trombosis en el paciente ambulatorio que está recibiendo quimioterapia puede valorarse con el score de Khorana ¿Cuál de los siguientes factores NO forma parte de este score?

- a) plaquetas postquimioterapia $\geq 350000/\mu\text{L}$
- b) IMC $\geq 35 \text{ Kg/m}^2$
- c) Localización tumoral
- d) Historia previa de enfermedad trombótica



SESCAM

Servicio de Salud de Castilla-La Mancha



Castilla-La Mancha