



FILA 1
MEDICINA INTERNA

Instrucciones: Marca la alternativa que mejor responde a cada enunciado. Una sola opción es correcta.

1. **Varón de 61 años con cirrosis hepática alcohólica, consulta por cuadro de brusco trastorno de la conciencia y desorientación temporoespacial con inversión del ritmo sueño-vigilia y asterixis bilateral. Amonio sérico: 148 μ mol/L. TC cerebral: no muestra lesiones estructurales. ¿Cuál es el mecanismo fisiopatológico principal y el tratamiento de primera línea para este cuadro?**
 - A. Encefalopatía de Wernicke por déficit de tiamina; tiamina IV 500 mg cada 8 horas por 3 días
 - ☒ B. Acumulación de amonio y otras neurotoxinas con alteración de la neurotransmisión GABAérgica; lactulosa oral o rectal + rifaximina
 - C. Edema cerebral citotóxico por hipoxia; manitol IV en bolo como medida neuroprotectora
 - D. Síndrome de desequilibrio osmótico por hiponatremia; corrección de sodio con solución salina hipertónica
2. **Varón de 68 años presenta hemiparesia derecha de inicio brusco, trastorno del habla y desviación conjugada de la mirada hacia la izquierda de 2 horas de evolución. TC cerebral sin contraste: no muestra hemorragia ni hipodensidad establecida. El NIHSS es 16 puntos, presión arterial: 168/94 mmHg. ¿Cuál es la ventana terapéutica para la trombólisis intravenosa con alteplase y el límite de presión arterial requerido antes de su administración?**
 - A. Ventana de 24 horas para todos los pacientes con NIHSS mayor a 10 puntos, aplicación independiente de la presión arterial
 - ☒ B. Ventana de 4.5 horas; presión arterial menor a 185/110 mmHg
 - C. Ventana de 3 horas exclusivo en mayores de 80 años; presión arterial menor a 160/90 mmHg
 - D. Ventana de 6 horas; presión arterial menor a 200/110 mmHg
3. **Varón de 58 años con gota tofácea crónica y múltiples tofos en articulaciones de manos, rodillas y pabellones auriculares presenta uricemia de 11.2 mg/dL y depuración de creatinina de 48 mL/min. Ha tenido 4 crisis gotosas en el último año a pesar de colchicina profiláctica. ¿Cuál es el fármaco hipouricemiante de elección y el objetivo de uricemia recomendado en pacientes con gota tofácea?**
 - A. Febuxostat 80 mg/día con objetivo de uricemia menor a 8 mg/dL para evitar crisis de rebote
 - ☒ B. Alopurinol con dosis ajustada a función renal con objetivo de uricemia menor a 6 mg/dL; en tofos severos menos de 5 mg/dL
 - C. Rasburicasa IV en ciclos mensuales como terapia uricosúrica de elección en gota tofácea
 - D. Probenecid 500 mg/día como uricosúrico de primera línea independientemente de la función renal
4. **Mujer de 52 años presenta debilidad muscular proximal progresiva de 4 meses, dificultad para levantarse de sillas y subir escaleras, disfagia y pápulas de Gottron en nudillos. CPK: 4.800 UI/L, aldolasa elevada y resonancia magnética muscular muestra edema en musculatura proximal de miembros inferiores. Anticuerpo anti-Jo-1: positivo. ¿Cuál es la complicación pulmonar más frecuentemente asociada a este anticuerpo?**
 - A. Derrame pleural exudativo bilateral
 - B. Embolismo pulmonar recurrente por estado protrombótico
 - C. Hipertensión pulmonar arterial
 - ☒ D. Enfermedad pulmonar intersticial
5. **Mujer de 42 años con artritis reumatoide en tratamiento con metotrexato 20 mg/semana presenta actividad moderada persistente con DAS28-PCR de 4.2 tras 6 meses de tratamiento optimizado. Prueba de tuberculina (PPD): 14 mm y radiografía de tórax: normal; se decide agregar terapia biológica. ¿Cuál es la conducta más apropiada respecto a la tuberculosis latente antes de iniciar el anti-TNF y el esquema profiláctico de elección?**
 - ☒ A. PPD mayor a 5 mm es tuberculosis latente en pacientes que recibirán anti-TNF; iniciar isoniazida 300 mg/día por 9 meses y diferir el biológico al menos 4 semanas tras el inicio de la profilaxis
 - B. PPD de 14 mm es negativo en pacientes inmunocomprometidos; iniciar anti-TNF sin quimioprofilaxis tuberculosa
 - C. La tuberculosis latente confirmada contraindica permanentemente el uso de anti-TNF independientemente de la quimioprofilaxis administrada
 - D. Solicitar IGRA (QuantIFERON-TB Gold) para confirmar tuberculosis latente antes de cualquier decisión; si positivo, iniciar rifampicina 600 mg/día por 4 meses como alternativa a isoniazida
6. **En la patogenia del enfisema asociado a EPOC, ¿cuál de los siguientes mecanismos explica de forma central la destrucción del parénquima pulmonar?**
 - A. Activación predominante de linfocitos Th2 con producción de IL-4 e IL-5
 - B. Depósito de complejos inmunes en la matriz extracelular
 - ☒ C. Desequilibrio entre proteasas y antiproteasas con degradación de elastina
 - D. Vasoconstricción pulmonar hipóxica mantenida



FILA 1
MEDICINA INTERNA

Instrucciones: Marca la alternativa que mejor responde a cada enunciado. Una sola opción es correcta.

7. **Mujer de 42 años presenta diarrea crónica de 18 meses de evolución con deposiciones nocturnas, pérdida de peso de 12 kg, dolor abdominal periumbilical y fístula perianal. Colonoscopia: úlceras aftosas en empedrado con distribución segmentaria y respeto del recto. Biopsia: granulomas no caseificantes transmurales. ¿Cuál es el tratamiento de inducción de remisión de elección en enfermedad moderada a grave con fístula perianal?**
- A. Mesalazina 4 g/día VO como antiinflamatorio de primera línea
 - ☒ B. Terapia biológica con anti-TNF (infliximab o adalimumab) + azatioprina en terapia combinada
 - C. Metronidazol 500 mg VO cada 8 horas en monoterapia por 3 meses
 - D. Prednisona 40-60 mg/día VO en monoterapia por 8 semanas
8. **Varón de 62 años con mieloma múltiple de reciente diagnóstico, es evaluado con resonancia magnética de columna vertebral: 7 lesiones focales de señal hipointensa en T1 e hiperintensa en STIR en cuerpos vertebrales, y sin lesiones líticas visibles en la radiografía simple del esqueleto axial. ¿Cuál es la implicancia de este hallazgo según los criterios diagnósticos actuales?**
- A. Hallazgo inespecífico, requiere confirmación con biopsia ósea de todas las lesiones antes de iniciar tratamiento
 - B. Criterio exclusivo de gammopatía monoclonal de significado incierto sin indicación de tratamiento
 - ☒ C. Criterio de mieloma activo, requiere de inicio de tratamiento, aunque no haya lesiones líticas en la radiografía convencional
 - D. Variante normal de señal medular en pacientes mayores de 60 años sin valor diagnóstico
9. **¿Cuál de las siguientes complicaciones se asocia específicamente al uso de inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (SGLT2)?**
- ☒ A. Cetoacidosis diabética euglucémica
 - B. Hipoglucemia severa por hiperinsulinemia
 - C. Pancreatitis aguda necrosante
 - D. Síndrome de secreción inadecuada de ADH
10. **Varón de 58 años con SDRA ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ 88 mmHg) en ventilación mecánica, en quien se realiza una monitorización hemodinámica con catéter de arteria pulmonar: presión de enclavamiento pulmonar (PCP) 8 mmHg, gasto cardíaco 3.8 L/min, resistencia vascular pulmonar 380 dinas/seg/cm⁻⁵; saturación venosa mixta de oxígeno (SvO_2) 58% y la presión de distensión (DP) calculada es 18 cmH₂O. ¿Cuál es la implicancia pronóstica de la presión de distensión elevada?**
- A. Una presión de distensión de 18 cmH₂O indica necesidad de aumentar el volumen tidal para mejorar la oxigenación tisular
 - ☒ B. La presión de distensión mayor a 15 cmH₂O es el parámetro ventilatorio con mayor asociación independiente con mortalidad en SDRA
 - C. La presión de distensión solo tiene valor pronóstico en SDRA leve
 - D. La SvO_2 del 58% indica hiperoxia tisular que requiere reducción del aporte de oxígeno suplementario
11. **Mujer de 26 años ingresa con agitación psicomotriz intensa, T° 40.1°C, FC: 148 lpm, diaforesis profusa, midriasis, mioclonías multifocales, hiperreflexia generalizada y clonus inducible en tobillos. Refiere haber iniciado tramadol por dolor lumbar y linezolid por infección cutánea hace 5 días. ¿Cuál es el diagnóstico sindrómico y el tratamiento farmacológico específico?**
- ☒ A. Síndrome serotoninérgico; ciproheptadina + suspensión de agentes serotoninérgicos + benzodiazepinas
 - B. Hipertermia maligna; dantroleno IV
 - C. Síndrome anticolinérgico; fisostigmina IV
 - D. Síndrome neuroléptico maligno; bromocriptina + dantroleno
12. **Mujer de 61 años con obesidad mórbida (IMC 42 kg/m²) e HTA, consulta por somnolencia diurna y cefalea matutina; su pareja refiere apneas nocturnas frecuentes. Polisomnografía: un índice de apnea-hipopnea (IAH) de 48 eventos/hora con desaturaciones hasta 72%. Gasometría en vigilia: PaO_2 de 62 mmHg y PaCO_2 de 52 mmHg. ¿Cuál es el tratamiento de primera línea y qué hallazgo gasométrico orienta a síndrome de hipoventilación por obesidad?**
- A. CPAP nocturno exclusivo; la PaCO_2 elevada es un hallazgo inespecífico
 - B. Cirugía bariátrica de urgencia; la hipoxemia aislada confirma el diagnóstico
 - C. Oxígeno suplementario nocturno exclusivo; el IAH elevado es suficiente para el diagnóstico
 - ☒ D. CPAP o BPAP nocturno; la hipercapnia en vigilia ($\text{PaCO}_2 > 45$ mmHg) define el síndrome de hipoventilación por obesidad



FILA 1
MEDICINA INTERNA

Instrucciones: Marca la alternativa que mejor responde a cada enunciado. Una sola opción es correcta.

13. Varón de 55 años portador de insuficiencia renal crónica, ingresa con temblor grueso, ataxia, disartria, confusión y mioclonías multifocales tras cuadro de deshidratación por gastroenteritis. Litio sérico: 3.8 mEq/L (VN: 0.6-1.2). ECG: cambios difusos de la onda T. ¿Cuál es la técnica de depuración extrarrenal de elección para el litio?
- ☒ A. Hemodiálisis intermitente
B. Hemoperfusión con carbón activado
C. Terapia de reemplazo renal continua
D. Diálisis peritoneal
14. En la evaluación inicial de un paciente con sospecha de enfermedad pulmonar intersticial difusa (ILD), los estudios de imagen juegan un papel central para el diagnóstico y la caracterización de la enfermedad. cuál de los siguientes estudios se considera el estándar de cuidado para la valoración inicial de estos pacientes?
- A. Resonancia magnética de tórax
B. Radiografía simple de tórax
C. Gammagrafía pulmonar
☒ D. Tomografía computarizada de alta resolución (HRCT)
15. Mujer de 62 años con enfermedad renal crónica estadio 4 (TFG 22 mL/min), consulta con los siguientes hallazgos: hemoglobina 8.4 g/dL, ferritina 320 ng/mL, saturación de transferrina 28% y niveles bajos de eritropoyetina. ¿Cuál es el mecanismo fisiopatológico principal de la anemia en esta paciente y su tratamiento de elección?
- ☒ A. Producción insuficiente de eritropoyetina por el riñón enfermo; agentes estimulantes de la eritropoyesis
B. Aplasia pura de células rojas por toxinas urémicas; suspensión de fármacos nefrotóxicos
C. Deficiencia absoluta de hierro por pérdidas digestivas; hierro oral en dosis altas
D. Hemólisis microangiopática por uremia; transfusión de glóbulos rojos
16. Mujer de 66 años portadora de hepatitis C crónica genotipo 1b y fibrosis F3 (Metavir) presenta carga viral de 2.4 millones UI/mL, transaminasas elevadas y sin descompensación hepática previa. ¿Cuál es el esquema antiviral de acción directa de elección y la duración del tratamiento adecuado?
- A. Interferón pegilado + ribavirina por 48 semanas como esquema estándar actual
B. Glecaprevir + pibrentasvir reservado únicamente para pacientes con cirrosis compensada
☒ C. Sofosbuvir + velpatasvir por 12 semanas con tasa de respuesta viral sostenida mayor al 95%
D. Sofosbuvir + daclatasvir por 24 semanas exclusivamente en pacientes con cirrosis
17. Mujer de 35 años con lupus eritematoso sistémico, consulta por oligoanuria. Proteinuria: 3.2 g/24h, hematuria microscópica y cilindros eritrocitarios en sedimento. Biopsia renal: proliferación endocapilar y extracapilar difusa con depósitos subendoteliales en "asa de alambre" en la inmunofluorescencia. C3 y C4: disminuidos. ¿Cuál es la clase histológica de nefritis lúpica y el esquema de inducción de remisión de elección?
- A. Clase III (focal); hidroxycloquina + prednisona oral en dosis bajas
B. Clase V (membranosa); prednisona oral + inhibidor de la ECA en monoterapia
C. Clase II (mesangial); observación sin tratamiento inmunosupresor
☒ D. Clase IV (difusa); metilprednisolona IV en pulsos + micofenolato mofetilo o ciclofosfamida IV
18. La neoplasia endocrina múltiple tipo 1 (MEN1) es un síndrome hereditario caracterizado por la aparición de tumores en múltiples glándulas endocrinas. ¿Cuál de las siguientes combinaciones corresponde a la tríada clásica asociada a MEN1?
- A. Paratiroides, suprarrenales y tiroides
B. Hipófisis, suprarrenales y tiroides medular
C. Tiroides medular, feocromocitoma y paratiroides
☒ D. Paratiroides, hipófisis e islotes pancreáticos
19. Varón de 55 años, con fibrilación auricular paroxística sintomática refractaria a fármacos antiarrítmicos es evaluado para ablación con catéter por radiofrecuencia. El mapeo electroanatómico tridimensional identifica potenciales eléctricos fragmentados en las venas pulmonares como principal sustrato arrítmico. ¿Cuál es el objetivo electrofisiológico primario de la ablación en este paciente?
- ☒ A. Aislamiento eléctrico de las venas pulmonares
B. Modulación del nodo sinusal
C. Ablación del istmo cavotricuspidéo
D. Ablación del nodo AV con implante de marcapasos



FILA 1
MEDICINA INTERNA

Instrucciones: Marca la alternativa que mejor responde a cada enunciado. Una sola opción es correcta.

20. **Mujer de 44 años presenta cefalea súbita e intensa como "la peor cefalea de su vida", con rigidez de nuca, fotofobia y vómitos. TC cerebral sin contraste: normal; punción lumbar a las 6 horas del inicio del cuadro: xantocromía y eritrocitos que no disminuyen entre el primer y cuarto tubo. ¿Cuál es el diagnóstico más probable y el estudio de elección para identificar la causa?**
- A. Migraña con aura hemipléjica; RM cerebral con difusión para descartar isquemia cortical
 - ☒ B. Hemorragia subaracnoidea; angiotomografía o arteriografía cerebral para identificar aneurisma intracraneal
 - C. Meningitis bacteriana aguda; hemocultivos y punción lumbar para identificar el agente etiológico
 - D. Trombosis venosa cerebral; angioRM venosa para confirmar oclusión del seno longitudinal superior
21. **Mujer de 47 años es ingresada en UCI con sepsis de foco urinario. A pesar de la reposición de 2 litros de cristaloides, persiste con presión arterial media de 58 mmHg, lactato sérico de 4.8 mmol/L y diuresis de 0.3 mL/kg/hora. Ecocardiografía: función sistólica conservada y vena cava inferior colapsable. ¿Cuál es el vasopresor de primera línea y el objetivo de presión arterial media en este contexto?**
- ☒ A. Noradrenalina con objetivo de PAM ≥ 65 mmHg como meta inicial
 - B. Vasopresina en monoterapia como vasopresor de primera línea en shock séptico
 - C. Adrenalina con objetivo de PAM > 75 mmHg en todos los pacientes sépticos
 - D. Dopamina a dosis dopaminérgica para mejorar la perfusión renal
22. **Mujer de 52 años no fumadora, consulta por disnea progresiva de 18 meses de evolución y tos seca. TACAR: patrón en panal de abeja de predominio basal y subpleural con bronquiectasias. Biopsia pulmonar: patrón de neumonía intersticial usual. Capacidad de difusión de CO (DLCO): 42% del predicho. ¿Cuál es el tratamiento farmacológico con evidencia de enlentecimiento de la progresión en esta enfermedad?**
- A. Prednisona 1 mg/kg/día por 12 meses
 - B. Azatioprina + prednisona + N-acetilcisteína en triple terapia
 - ☒ C. Nintedanib o pirfenidona
 - D. Ciclofosfamida IV en pulsos mensuales por 6 meses
23. **Varón de 57 años con antecedente de reflujo gastroesofágico de larga data y obesidad, presenta disfagia progresiva a sólidos y pérdida de peso de 8 kg en 3 meses. EDA: mucosa de Barrett de segmento largo con displasia de alto grado en la biopsia. TC toracoabdominal: no muestra adenopatías ni metástasis. ¿Cuál es la conducta terapéutica más apropiada en este estadio?**
- A. Esofagectomía transhiatal como única opción terapéutica
 - B. Quimiorradioterapia neoadyuvante seguida de cirugía
 - C. Inhibidores de la bomba de protones en dosis doble y control endoscópico en 6 meses
 - ☒ D. Resección endoscópica de la mucosa o ablación con radiofrecuencia
24. **Varón de 48 años con diabetes tipo 2 de 10 años de evolución, presenta HbA1c de 9.2%, IMC: 36 kg/m², presión arterial 148/92 mmHg y microalbuminuria 85 mg/g de creatinina. Actualmente recibe metformina 1 g cada 12 horas. ¿Cuál es el fármaco de segunda línea con mayor evidencia de beneficio cardiovascular y renal en este perfil de paciente?**
- A. Glibenclamida 5 mg/día como sulfonilurea de primera adición por su bajo costo
 - B. Insulina basal como único fármaco con evidencia de reducción de eventos cardiovasculares mayores
 - ☒ C. Inhibidor de SGLT-2 (empagliflozina o dapagliflozina) por beneficio cardiovascular, renal y reducción de peso
 - D. Inhibidor de DPP-4 (sitagliptina) por su perfil de seguridad cardiovascular neutro y renal
25. **Varón de 45 años con cirrosis hepática Child-Pugh C ingresa a UCI por hemorragia digestiva alta. EDA: várices esofágicas con sangrado activo, tras la ligadura endoscópica, persiste la inestabilidad hemodinámica. ¿Cuál es el fármaco vasoactivo de elección y la medida profiláctica antibiótica indicada en este contexto?**
- A. Propranolol IV para reducir la presión portal de forma aguda durante el sangrado activo
 - B. Vasopresina IV en monoterapia sin necesidad de antibióticos profilácticos
 - C. Octreótido IV exclusivo sin asociar antibioticoterapia en ausencia de fiebre
 - ☒ D. Terlipresina IV + antibiótico profiláctico con norfloxacin o ceftriaxona IV



FILA 1
MEDICINA INTERNA

Instrucciones: Marca la alternativa que mejor responde a cada enunciado. Una sola opción es correcta.

26. Varón de 64 años con HTA y dislipidemia presenta dolor precordial opresivo de 45 minutos de duración, irradiado al brazo izquierdo y diaforesis. Al examen físico presenta ingurgitación yugular con campos pulmonares limpios. ECG: elevación del segmento ST en DII, DIII y aVF. Derivaciones derechas: elevación del ST en V4R. Presión arterial: 90/60 mmHg y frecuencia cardíaca 48 lpm. ¿Cuál es la complicación más probable y su manejo inicial prioritario?
- A. Taponamiento cardíaco; pericardiocentesis de urgencia
 - B. Disección aórtica tipo A; cirugía de emergencia
 - C. Taquicardia ventricular; cardioversión eléctrica sincronizada inmediata
 - ☒ D. Infarto de ventrículo derecho; expansión con solución salina
27. Mujer de 35 años ingresa tras sobredosis de un antipsicótico atípico, ECG: QTc de 582 ms, FC: 118 lpm, Mg: 1.4 mg/dL y K: 2.9 mEq/L. A los 20 minutos presenta episodio de taquicardia ventricular polimórfica autolimitada de 8 segundos. ¿Cuál es el tratamiento de elección para prevenir la fibrilación ventricular?
- ☒ A. Sulfato de magnesio IV 2g en bolo + corrección de hipopotasemia a más de 4.0 mEq/L
 - B. Bicarbonato de sodio IV como tratamiento específico
 - C. amiodarona IV como antiaritmico de elección en torsades de pointes
 - D. Verapamilo IV como tratamiento de elección para acortar el QTc
28. Respecto al tratamiento de granulomatosis con poliangitis, ¿cuál es el esquema terapéutico recomendado para la fase de inducción de la remisión en enfermedad activa grave?
- A. Glucocorticoides en monoterapia
 - B. Antiinflamatorios no esteroideos como tratamiento inicial
 - ☒ C. Glucocorticoides combinados con otro fármaco inmunodepresor
 - D. Antibióticos prolongados dirigidos a infecciones respiratorias
29. Mujer de 34 años sin antecedentes tabáquicos, consulta por disnea de esfuerzo progresiva y sibilancias. TC de tórax: enfisema panlobulillar de predominio en lóbulos inferiores. Pruebas de función hepática revelan elevación de transaminasas. Alfa-1 antitripsina: 45 mg/dL (VN: >100 mg/dL). ¿Cuál es el fenotipo más frecuentemente asociado a esta presentación clínica?
- ☒ A. ZZ (homocigoto deficiente)
 - B. SS (homocigoto nulo)
 - C. MM (homocigoto normal)
 - D. MZ (heterocigoto)
30. Mujer de 38 años ingresa a UCI tras paro cardiorrespiratorio recuperado por desfibrilación. Permanece en coma (Glasgow 6) tras 20 minutos de reanimación, temperatura corporal es 37.8°C; ECG post-resucitación: elevación del ST en cara anterior. ¿Cuál es la intervención neuroprotectora con mayor evidencia en este contexto y la temperatura objetivo recomendada actualmente?
- A. Barbitúricos en altas dosis para reducir el consumo metabólico cerebral como primera medida
 - B. Hipotermia activa a 33°C por 24 horas como estándar universal en todo paciente post-paro
 - ☒ C. Control estricto de temperatura con objetivo de normotermia (36-37.5°C) evitando la fiebre
 - D. Administración de corticosteroides IV para reducir el edema cerebral post-anóxico
31. En el mieloma múltiple, ¿cuál de los siguientes hallazgos de laboratorio tiene mayor valor pronóstico adverso independiente según el sistema internacional de estadificación R-ISS?
- A. Proteína M sérica > 3 g/dL
 - B. Plasmocitosis en médula ósea > 30%
 - C. Proteinuria de Bence Jones > 1 g/24 h
 - ☒ D. Presencia de del(17p) y/o t(4;14) por FISH, junto con LDH elevada
32. ¿Cuál de los siguientes autoanticuerpos posee mayor especificidad para artritis reumatoide y además valor pronóstico?
- A. Anticuerpos anti-DNA de doble cadena
 - B. Factor reumatoide
 - ☒ C. Anticuerpos contra proteínas citrulinadas
 - D. Anticuerpos antinucleares



FILA 1
MEDICINA INTERNA

Instrucciones: Marca la alternativa que mejor responde a cada enunciado. Una sola opción es correcta.

33. En un absceso cerebral de origen comunitario en un paciente inmunocompetente, ¿cuál es el esquema antibiótico empírico recomendado
- A. Fluoroquinolona asociada a rifampicina
 - B. Penicilina G asociada a clindamicina
 - C. Vancomicina asociada a aminoglucósido
 - ☒ D. Cefalosporina de tercera o cuarta generación asociada a metronidazol
34. Paciente de 68 años con insuficiencia renal aguda oligúrica en UCI presenta los siguientes hallazgos: creatinina 6.8 mg/dL, potasio 6.8 mEq/L, bicarbonato 10 mEq/L, pH 7.18, edema pulmonar agudo refractario a diuréticos y uremia sintomática con asterixis. ¿Cuál es la indicación más urgente de terapia de reemplazo renal en este paciente?
- A. Inicio diferido hasta confirmar recuperación espontánea de la función renal en 48 horas
 - B. Diálisis peritoneal como modalidad de elección en el paciente crítico hemodinámicamente inestable
 - C. Creatinina sérica mayor a 4 mg/dL como único criterio absoluto de inicio
 - ☒ D. Hiperpotasemia severa refractaria, acidosis metabólica grave, sobrecarga de volumen refractaria y uremia sintomática como indicaciones absolutas
35. Mujer de 45 años ingresa con confusión y convulsiones tónico-clónicas generalizadas; FR: 132 lpm, PA: 82/50 mmHg; ECG: onda R prominente en aVR mayor de 3 mm y QRS ancho de 148 ms. Familiar refiere que tomó "pastillas para la depresión" en sobredosis hace 2 horas. ¿Cuál es el fármaco responsable más probable y el tratamiento para la cardiotoxicidad?
- A. Litio en sobredosis aguda; hemodiálisis urgente como único tratamiento efectivo
 - ☒ B. Antidepresivo tricíclico; bicarbonato de sodio IV para revertir el bloqueo de canales de sodio
 - C. Inhibidor de la MAO; glucosa hipertónica IV como sustrato energético de rescate
 - D. Inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS); ciproheptadina IV como antídoto
36. Paciente de 48 años presenta epigastralgia intensa irradiada en cinturón hacia la espalda, náuseas y vómitos. Amilasa sérica: 4 veces el valor normal y lipasa 6 veces el valor normal. TC abdominal con contraste al 3.er día: muestra necrosis pancreática del 40% sin gas en su interior. La punción aspiración con aguja fina es negativa para gérmenes. ¿Cuál es la conducta más apropiada en este momento?
- A. Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) de urgencia independientemente de la etiología
 - B. Necrosectomía quirúrgica de urgencia ante necrosis mayor al 30%
 - C. Inicio inmediato de antibióticos profilácticos con carbapenémicos IV por 14 días
 - ☒ D. Manejo conservador con soporte nutricional enteral precoz y observación; reservar intervención para necrosis infectada
37. Varón de 54 años ingresa a UCI por intoxicación con organofosforados tras exposición laboral a pesticidas, presenta miosis bilateral, broncorrea, bradicardia de 38 lpm, fasciculaciones musculares difusas y deterioro del sensorio. ¿Cuál es la secuencia terapéutica correcta en el manejo inicial de esta intoxicación?
- A. Flumazenil IV ante el deterioro del sensorio seguido de atropina como segunda línea
 - ☒ B. Atropina IV a dosis titulada hasta secar secreciones + pralidoxima IV precoz
 - C. Fisostigmina IV para revertir los efectos muscarínicos centrales
 - D. Pralidoxima IV en monoterapia como reactivador de colinesterasa de primera línea
38. En el tratamiento antibiótico del tétanos, ¿cuál de los siguientes fármacos es considerado de elección?
- ☒ A. Metronidazol
 - B. Ceftriaxona
 - C. Penicilina G
 - D. Vancomicina
39. La enfermedad hepática inducida por fármacos (DILI) puede evolucionar desde alteraciones leves de las enzimas hepáticas hasta insuficiencia hepática aguda. ¿Cuál es la medida terapéutica inicial más importante en el manejo de esta condición?
- A. Iniciar tratamiento antiviral empírico
 - ☒ B. Suspender inmediatamente el fármaco sospechoso
 - C. Administrar corticoides sistémicos de forma rutinaria
 - D. Indicar ácido ursodesoxicólico en todos los casos



FILA 1
MEDICINA INTERNA

Instrucciones: Marca la alternativa que mejor responde a cada enunciado. Una sola opción es correcta.

40. Varón de 48 años, presenta hemoptisis masiva. TACAR: infiltrados pulmonares bilaterales en vidrio esmerilado. Creatinina: 4.8 mg/dL. Sedimento urinario: cilindros eritrocitarios. Serología: anticuerpos anti-membrana basal glomerular (anti-GBM) positivos. Biopsia renal: glomerulonefritis con semilunas. ¿Cuál es el tratamiento de inducción de elección?
- ☒ A. Plasmaféresis + metilprednisolona IV + ciclofosfamida
B. Micofenolato mofetilo + prednisona oral
C. Rituximab IV en monoterapia
D. Azatioprina + prednisona oral por 6 meses
41. Varón de 58 años, con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección de 30%, en tratamiento con enalapril, carvedilol y espironolactona, con persistencia de síntomas clase funcional III de la NYHA. Sodio sérico: 138 mEq/L, TFG: 55 mL/min y potasio: 4.2 mEq/L. ¿Cuál sería el siguiente paso terapéutico con mayor evidencia de reducción de mortalidad?
- A. Agregar digoxina 0.125 mg/día VO
B. Agregar ivabradina si la FC es mayor a 70 lpm en ritmo sinusal
C. Aumentar la dosis de espironolactona a 50 mg/día
☒ D. Sustituir enalapril por sacubitril/valsartán
42. Mujer de 67 años en tratamiento con warfarina por fibrilación auricular ingresa con hemorragia digestiva alta masiva. INR: 9.8. PA: 86/52 mmHg y FC: 118 lpm. ¿Cuál es la estrategia de reversión anticoagulante más rápida y efectiva en este contexto?
- A. Plasma fresco congelado 15-20 mL/kg IV como única fuente de factores de coagulación vitamina K dependientes
B. Suspend warfarina y administrar vitamina K 10 mg IV exclusivamente; esperar 6-12 horas para la corrección del INR
☒ C. Vitamina K 10 mg IV lento + concentrado de complejo protrombínico (CCP) 4 factores de forma inmediata como estrategia más rápida de reversión
D. Factor VIIa recombinante IV en bolo único como antídoto específico de la warfarina con reversión inmediata
43. Varón de 58 años hipertenso, presenta incidentaloma suprarrenal derecho de 28 mm detectado en TC e. Las unidades Hounsfield en la fase sin contraste son 14 UH con lavado absoluto del 58% a los 15 minutos. La evaluación hormonal muestra cortisol post-supresión con 1 mg de dexametasona de 3.8 µg/dL, metanefrinas plasmáticas normales y relación aldosterona/renina normal. ¿Cuál es el diagnóstico más probable según las características radiológicas y hormonales?
- A. Carcinoma suprarrenal por unidades Hounsfield mayores a 10 UH
B. Adenoma suprarrenal no funcionante con características benignas
C. Mielolipoma suprarrenal por características de densidad
☒ D. Hiperkortisolismo subclínico autónomo por adenoma suprarrenal
44. Varón de 58 años con leucemia mieloide aguda en remisión completa post-inducción, es evaluado mediante citometría de flujo multiparamétrica de médula ósea, que muestra una población aberrante de 0.05% con inmunofenotipo CD34+/CD117+/CD13+/CD33- que persiste tras 2 ciclos de consolidación. ¿Qué representa este hallazgo y cuál es su implicancia terapéutica?
- A. Respuesta inflamatoria reactiva post-quimioterapia, sin significado clínico
B. Regeneración medular normal post-quimioterapia, sin implicancia terapéutica
☒ C. Enfermedad mínima residual positiva, predice recaída y orienta a intensificar el tratamiento
D. Contaminación de la muestra por células progenitoras normales, sin valor pronóstico
45. Varón de 58 años, es admitido en UCI por neumonía grave. Requiere ventilación mecánica invasiva, con parámetros ventilatorios iniciales: volumen tidal 520 mL (peso corporal ideal 70 kg), FiO₂ 0.8, PEEP 8 cmH₂O. Gasometría: PaO₂ 58 mmHg, PaCO₂ 52 mmHg, pH 7.28; relación PaO₂/FiO₂ de 72. ¿Cuál es la estrategia ventilatoria con mayor evidencia de reducción de mortalidad en este paciente?
- ☒ A. Ventilación protectora con volumen tidal 6 mL/kg de peso corporal ideal y presión plateau ≤30 cmH₂O
B. Aumentar el volumen tidal a 10 mL/kg de peso corporal ideal para corregir la hipercapnia
C. Traqueotomía precoz en las primeras 24 horas para reducir el trabajo respiratorio
D. Ventilación en modo controlado por presión con FiO₂ 1.0 hasta lograr PaO₂ >80 mmHg



FILA 1
MEDICINA INTERNA

Instrucciones: Marca la alternativa que mejor responde a cada enunciado. Una sola opción es correcta.

46. Varón de 55 años presenta debilidad muscular progresiva ascendente de 3 RCsemanas de evolución, arreflexia generalizada, parestesias distales y disautonomía con fluctuaciones de la presión arterial. Refiere infección respiratoria alta 4 semanas antes. LCR: disociación albuminocitológica (proteínas 186 mg/dL con 3 células/mm³) y la velocidad de conducción nerviosa: desmielinización multifocal. ¿Cuál es el tratamiento de elección?
- A. Rituximab IV en monoterapia
 - B. Metotrexato IM semanal + prednisona oral
 - C. Corticosteroides IV en altas dosis
 - ☒ D. Inmunoglobulina IV 0.4 g/kg/día por 5 días o plasmaféresis
47. Varón de 55 años hipertenso en tratamiento con espironolactona presenta hipertensión resistente a 3 fármacos, hipopotasemia espontánea de 2,8 mEq/L y alcalosis metabólica; relación aldosterona/renina plasmática 42 (VN <30). TC abdominal: nódulo suprarrenal derecho de 18 mm y cateterismo de venas suprarrenales confirma hipersecreción derecha. ¿Cuál es el diagnóstico y el tratamiento de elección para esta forma de la enfermedad?
- A. Síndrome de Cushing ACTH-independiente; adrenalectomía bilateral con reposición corticoidea de por vida
 - ☒ B. Hiperaldosteronismo primaria por adenoma productor de aldosterona; adrenalectomía laparoscópica unilateral
 - C. Hiperplasia suprarrenal bilateral idiopática; mineralocorticoides antagonistas como único tratamiento posible
 - D. Feocromocitoma suprarrenal derecho; resección laparoscópica tras bloqueo alfa-adrenérgico preoperatorio
48. ¿Cuál es el mecanismo principal de destrucción tiroidea en la tiroiditis de Hashimoto?
- A. Necrosis isquémica secundaria a vasculitis de pequeños vasos
 - ☒ B. Activación de linfocitos T citotóxicos con producción local de citocinas proinflamatorias
 - C. Depósito predominante de inmunocomplejos circulantes en la membrana basal tiroidea
 - D. Estimulación continua del receptor de TSH por inmunoglobulinas
49. Varón de 44 años VIH positivo con CD4 de 45 células/μL presenta cefalea subaguda, fiebre leve y rigidez de nuca. Punción lumbar: presión de apertura de 28 cmH₂O, glucosa baja, proteínas elevadas y tinta china positiva. ¿Cuál es la secuencia terapéutica correcta según las guías actuales?
- ☒ A. Anfotericina B liposomal + flucitosina por 2 semanas, y luego mantenimiento con fluconazol
 - B. Voriconazol IV por 2 semanas, luego itraconazol de mantenimiento
 - C. Anfotericina B deoxicolato en monoterapia por 6 semanas
 - D. Fluconazol 400 mg/día VO por 8 semanas, luego mantenimiento
50. Mujer de 45 años, portadora de enfermedad de Graves en tratamiento con metimazol 30 mg/día, a las 6 semanas del tratamiento presenta fiebre de 39.2°C, odinofagia severa y úlceras orales. Hemograma: neutrófilos de 280 células/mm³. ¿Cuál es la conducta inmediata más apropiada?
- A. Cambiar a propiltiouracilo a dosis equivalente
 - B. Suspendar metimazol temporalmente hasta recuperación de neutrófilos
 - C. Reducir la dosis de metimazol a 10 mg/día y agregar factor estimulante de colonias de granulocitos (G-CSF)
 - ☒ D. Suspendar metimazol de inmediato, iniciar antibioticoterapia y G-CSF