

## **1.-En relación con la definición de caso de infección activa por SARS-CoV-2 no es cierto que:**

a.- Se considera caso sospechoso a cualquier persona, vacunada o no, con un cuadro clínico de infección respiratoria aguda con aparición súbita de cualquier gravedad que cursa, entre otros, con fiebre, tos o sensación de falta de aire. Otros síntomas como la odinofagia, anosmia, ageusia, dolor muscular, diarrea, dolor torácico o cefalea, entre otros, pueden ser considerados también síntomas de sospecha de infección por SARS-CoV-2 según criterio clínico.

b.- Se considera caso probable a cualquier persona con infección respiratoria aguda grave con cuadro clínico y radiológico compatible con COVID-19 y resultados de prueba diagnóstica de infección activa (PDIA) negativos, o casos sospechosos con PDIA no concluyente.

c.- Se considera caso confirmado de infección activa por SARS-CoV-2 a cualquier persona que cumple criterio clínico de caso sospechoso y con PDIA positiva.

d.- Se considera caso descartado de infección activa por SARS-CoV-2 a cualquier persona identificada como caso sospechoso, que presenta PDIA negativa y en la que no hay una alta sospecha clínico-epidemiológica.

**e.- Se considera caso sospecho de reinfección a cualquier persona asintomática que ya tuvo una infección confirmada por PDIA de SARS-CoV-2 hace menos de 90 días y se le ha realizado una nueva PDIA con resultado positivo.**

## **2.-En cuanto a la exactitud del diagnóstico de la COVID-19 aguda mediante signos y síntomas en un contexto ambulatorio de Atención Primaria es cierto que:**

**a.- Una revisión sistemática Cochrane concluyó que ni la ausencia ni la presencia de ningún signo o síntoma se ha encontrado lo suficientemente preciso como para confirmar o descartar COVID-19.**

b.- El estudio REACT-1 no identificó ningún síntoma que predijera de manera estable y conjunta la positividad de PCR para SARS-CoV-2.

c.- Las combinaciones entre diarrea, tos y pérdida del olfato o gusto podrían ser útiles para seleccionar a personas a las que les debería realizar más pruebas confirmatorias de COVID-19.

d.- Los colectivos de personas de edad avanzada no suelen presentarse en Atención Primaria con síntomas atípicos.

e.- Según datos de la Encuesta Seroepidemiológica de Infección por Virus SARS-CoV-2 en España -ENE-COVID- alrededor del 50% de los participantes seropositivos eran asintomáticos.

## **3.-El diagnóstico microbiológico de la infección por SARS-CoV-2 en Atención Primaria se puede realizar mediante:**

a.- Identificación de genoma viral de SARS-CoV-2.

b.- Detección de antígenos virales de SARS-CoV-2.

c.- Detección de anticuerpos contra el virus SARS-CoV-2.

d.- La técnica de referencia para el diagnóstico microbiológico de la infección por SARS-CoV-2 es la detección de anticuerpos contra el virus SARS-CoV-2.

**e.- Las respuestas a, b y c son correctas.**

**4.-Señale la respuesta incorrecta sobre la prueba microbiológica RT-PCR (Reacción en Cadena de la Polimerasa con Transcriptasa Inversa) para el diagnóstico microbiológico de la infección aguda por SARS-CoV-2:**

- a.- Se considera la prueba de referencia para el diagnóstico microbiológico de la infección aguda por SARS-CoV-2.
- b.- Tiene alta especificidad.
- c.- La sensibilidad de la RT-PCR no está condicionado por el momento de su realización.**
- d.- La detección del virus SARS-CoV-2 por la RT-PCR depende de la carga viral en el tracto respiratorio.
- e.- La realización de la RT-PCR precisa contar con personal entrenado y preparado.

**5.-En relación con el valor del umbral de ciclo (Ct) de la RT-PCR (Reacción en Cadena de la Polimerasa con Transcriptasa Inversa) no es verdad que:**

- a.- El valor del Ct se debe valorar de forma conjunta con otras variables, como el tiempo de evolución, el curso clínico y la gravedad de la infección aguda por SARS-CoV-2.
- b.- Existen diversos factores en la secuencia temporal del procesamiento de una muestra que influyen en el valor del Ct que proporciona cualquier ensayo de RT-PCR.
- c.- Dado que la RT-PCR comunica una estimación semicuantitativa de la carga viral, el conocimiento del valor del Ct puede conducir a inferencias incorrectas relativas a la infecciosidad del individuo.
- d.- Un valor Ct >30 corresponde a un proceso infeccioso no contagioso independientemente del tiempo de evolución, curso clínico y la gravedad de la infección aguda por SARS-CoV-2.**
- e.- Según algunos estudios, el valor del Ct se relaciona inversamente con la carga viral del SARS-CoV-2.

**6.-Con respecto a los test de detección rápida de antígenos, ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?:**

- a.- Los test antigénicos detectan fragmentos de las proteínas del virus SARS-CoV-2 en una muestra del tracto respiratorio.
- b.- La sensibilidad de los test de detección rápida de antígenos no varía en función de la carga viral del virus SARS-CoV-2.**
- c.- Proporcionan un diagnóstico rápido (15-20 minutos) en el punto de atención sanitaria que, permite iniciar las acciones de control de la transmisión de la infección por SARS-CoV-2 de forma inmediata.
- d.- No parece que la sensibilidad de los test antigénicos se haya visto de momento comprometida por la emergencia de variantes del virus SARS-CoV-2.
- e.- Si se utilizan en personas asintomáticas y con una baja probabilidad pretest, los resultados positivos deberán ser confirmados.

**7.-Señale la afirmación correcta en relación con el diagnóstico por imagen de la COVID-19:**

- a.- La tomografía computarizada de tórax presenta sensibilidad moderada y alta especificidad para el diagnóstico de COVID-19.
- b.- La radiografía simple de tórax es altamente sensible y moderadamente específica para el diagnóstico de COVID-19.
- c.- La ecografía pulmonar es una prueba de imagen específica, pero no sensible para el diagnóstico de COVID-19.
- d.- Actualmente, las pruebas de imagen no se utilizan como herramientas de detección de la infección por SARS-CoV-2, sino que se utilizan para la evaluación de complicaciones.**
- e.- Las pruebas de imagen no son útiles para apoyar el diagnóstico de sospecha de la neumonía por COVID-19.

### **8.-Según la Clasificación de la presentación clínica y la gravedad de la COVID-19 de la OMS, NIH, NHS, SEIMC ¿Cuál es el enunciado correcto?**

- a.- Presintomático: varón de 30 años, asintomático, con saturación de O<sub>2</sub> >95% (o FR >22 rpm o FC >90 lpm).
- b.- Moderado: varón de 65 años, sintomático, no presentan signos de neumonía viral ni de hipoxia, con FR 21-24 rpm y signos radiológicos de infección respiratoria baja.
- c.- Grave: Varón de 67 años, con síntomas/signos clínicos de neumonía, saturación >90% y FC de 91-130 lpm.
- d.- Crítico: varón de 70 años con signos de neumonía y FR >30 rpm o saturación O<sub>2</sub> <90%.
- e.- Moderada: Varón de 67 años, con síntomas/signos clínicos/radiológicos/ no graves de neumonía y saturación del 94%.**

### **9.-¿Qué condiciones subyacentes condicionan en la COVID-19 una mayor gravedad?**

- a.- Inmunosupresión, diabetes tipo 1 y 2, obesidad (IMC >30), cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, depresión, onquiectasias, cáncer sólido activo, embarazo reciente.
- b.- EPOC, fibrosis quística, enfermedad renal crónica, demencia, enfermedad cerebrovascular o miopatía, cirrosis hepática, tabaquismo.
- c.- Cáncer, diabetes, obesidad, enfermedad renal crónica, cirrosis hepática, tabaquismo, embarazo actual.
- d.- a+b**
- e.- Alcohol, asma, cáncer, lactancia, alergias, inmunosupresión, tabaco.

### **10.-Las pruebas de imagen juegan un papel importante en el diagnóstico de neumonía en la COVID-19; no obstante, no son específicos de infección por SARS-CoV-2. En una revisión de la Cochrane no indican la precisión diagnóstica de las distintas pruebas ¿podrías indicar el enunciado correcto?**

- a.- La radiografía de tórax (RT) es moderadamente sensible y específica para el diagnóstico de COVID-19.**
- b.- La ecografía pulmonar (EP), es específica pero no sensible para el diagnóstico de COVID-19.
- c.- La tomografía computarizada (TC) es específica y moderadamente sensible para el diagnóstico de COVID-19.

d.- La RT es sensible y moderadamente específica para el diagnóstico de COVID-19.

e.- La EP es sensible y específica para el diagnóstico de COVID-19.

### **11.-En relación al curso clínico y la progresión de COVID-19 ¿Cuál de los enunciados es falso?**

a.- El curso clínico y la progresión de COVID-19 es variable; siendo la mayoría de los casos leves o moderados y no precisando hospitalización.

**b.- El porcentaje de infectados en cada grupo se ha mantenido inmodificable con la evolución de la pandemia.**

c.- En España, en el primer periodo pandémico, de los casos diagnosticados ingresaron el 30-35%, siendo un 4% en la UC falleciendo el 8-10%.

d.- Desde el inicio de la pandemia el tiempo de progresión en gravedad y letalidad prácticamente no ha sufrido modificaciones.

e.- La presencia de gravedad desde el inicio de la infección no es habitual; la mayoría progresan a los 7-9 días desde el inicio de los síntomas.

### **12.-¿Cuáles son los datos de laboratorio que han asociado un pronóstico más desfavorable; es decir, una evolución hacia cuadro más grave de COVID-19?**

a.- Neutrofilia, linfocitosis, trombocitosis, creatin quinasa (CK), ferritina.

b.- Linfopenia, neutrofilia, trombocitopenia, elevación del cociente neutrófilos/linfocitos, proteína C reactiva (PCR), calcitonina, Dímero D.

**c.- b+d**

d.- CK, ALT, AST, LDH, ferritina y descenso de albúmina.

e.- Linfocitosis, neutropenia, trombocitosis, Dímero D, ferritina.

### **13.-El manejo evolutivo del paciente en domicilio o por asistencia telefónica y con sospecha de neumonía ¿Cómo debe ser realizado?**

a.- Manejo individualizado y basado únicamente en los resultados de la pulsioximetría.

**b.- Manejo individualizado y basado en su situación clínica, enfermedades concomitantes, vulnerabilidad, saturación de oxígeno, imágenes de radiografía tórax o ecografía y analítica si existiese disponibilidad.**

c.- Individualizado y basado solo en la situación clínica del paciente y comorbilidades asociadas.

d.- Los síntomas más comunes para ingreso hospitalario son la disnea, la anosmia y la fiebre.

e.- Existen cuestionarios validados de síntomas/signos, que nos permiten ver la progresión de la enfermedad.

### **14.-La pulsioximetría es una herramienta fundamental para el control de los pacientes con COVID-19. ¿Cuál sería el enunciado falso?**

a.- Herramienta útil en atención primaria para realizar triaje (presencial o remoto), evaluar gravedad y control evolutivo de los pacientes en su domicilio.

b.- Las diferentes organizaciones e instituciones científicas establecen como umbral saturación O<sub>2</sub> en COVID-19 grave entre 90-94%, siendo este umbral arbitrario y debe ser interpretado con cautela.

c.- Debe ser interpretada en el contexto de la situación clínica del paciente y si existen discrepancias entre los valores y la falta de disnea del paciente deben descartarse y volver a reevaluar.

**d.- Si la saturación O<sub>2</sub> confirmada es  $\leq 92\%$  en la fase aguda de COVID-19 sin patología de base o  $\leq 90\%$  o una caída  $\geq 4\%$  si patología crónica previa, sería criterio de derivación urgente.**

**e.- Las diferentes organizaciones e instituciones científicas establecen como umbral saturación O<sub>2</sub> en COVID-19 grave entre 90-94%, siendo este umbral aceptado por consenso y utilizado para evaluar progresión clínica.**

**15.-Según la recomendaciones y clasificación de la COVID19 de la OMS , ante un paciente con diagnóstico confirmado de infección por SARS-COV2 que se encuentra taquipneico (FR 32) con SatO<sub>2</sub> de 88% respirando aire ambiente se encuentra en situación:**

a.- Enfermedad No grave.

**b.- Enfermedad Grave.**

c.- Enfermedad Crítica.

d.- Enfermedad Leve.

e.- Enfermedad Moderada.

**16.-De los siguientes pacientes con infección con SARS-COV2 señale aquel no precisaría derivación desde a urgencias del Hospital desde AP:**

a.- Paciente 37 años de edad en el 10 día de infección que ha presentado fiebre todos los días.

**b.- Paciente joven con vómitos y diarreas persistentes en el tercer día de infección pero con tolerancia positiva.**

c.- Paciente EPOC con SatO<sub>2</sub> respirando aire ambiente del 89% con sensación de disnea.

d.- Paciente con Ecografía o Radiografía pulmonar con neumonía con patrón intersticial bilateral.

e.- Paciente que refieren familiares que presenta cuadro confusional agudo.

**17.-Las guías NICE presentan una serie de predictores de mal pronóstico para los paciente con COVID19. Señale cuál de los siguientes síntomas o signos sería un predictor de mal pronóstico:**

a.- Vómitos persistentes.

b.- Fiebre.

**c.- Cuadro confusional o estupor.**

d.- Astenia.

e.- Expectoración purulenta.

**18.-Sobre la escala Brescia-COVID Respiratory Severity Scale (BRCSS) podemos afirmar:**

a.- Utiliza únicamente valores clínicos para predecir la gravedad de un paciente con COVID-19.

b.- Utiliza solo criterios radiológicos para predecir la gravedad de un paciente con COVID-19.

c.- Una puntuación de 1 punto descartar infección COVID-19

**d.- Una puntuación  $\geq 3$  se considera un índice de gravedad.**

e.- Esta escala se utiliza en el diagnóstico radiológico de la Neumonía COVID-19

**19.-De las siguientes escalas pronósticas para paciente COVID-19 , cual está diseñada para poder realizar desde AP de manera remota:**

a.- Puntuación ISARIC?4C.

**b.- RECAP.**

c.- SEIMC COVID-19.

d.- Brescia-COVID Respiratory Severity Scale (BRCSS).

e.- PMCovid Score.

**20.-Señale cuál de los siguientes criterios serían válidos para derivar un paciente con infección por SARS-COV2 a urgencias hospitalarias:**

a.- Alta sospecha clínica de enfermedad tromboembólica asociada.

b.- Paciente diabético con sospecha de cetoacidosis diabética.

c.- Pacientes oncológicos con tratamiento activo o inmunodeprimidos con fiebre.

d.- La necesidad de ampliar la valoración del paciente con infección por SARS-CoV-2 confirmada mediante radiología de tórax, en ausencia de circuitos radiológicos de COVID-19 periféricos establecidos.

**e.- Todas son ciertas.**

**21.-Dentro de los condicionantes de comorbilidad predictores en paciente con COVID-19, consideramos todos excepto:**

a.- Paciente con Insuficiencia renal en hemodiálisis.

**b.- Paciente VIH con CD 450 cels/ ml en último control.**

- c.- Paciente en tratamiento con metotrexato.
- d.- Obesidad.
- e.- Paciente con enfermedad intersticial pulmonar.

## **22.-Respecto al tratamiento en la infección por covid-19 leve, ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?**

- a.- El tratamiento sintomático y seguimiento telemático es el manejo adecuado.**
- b.- En pacientes de bajo riesgo y enfermedad leve-moderada en el contexto de un brote nosocomial debe usarse según la guía NICE el Remdesivir.
- c.- La azitromicina debe emplearse de forma rutinaria dado que la coinfección bacteriana en estos casos es muy frecuente.
- d.- La comunicación con las personas que padecen COVID-19 así como con sus familiares y cuidadores no forma parte del seguimiento.
- e.- Molnupiravir es usado desde febrero de 2022 en la UE para tratar a adultos con COVID-19 que no requieren oxígeno suplementario y que tienen un mayor riesgo de desarrollar COVID-19 grave.

## **23.-Todas las siguientes afirmaciones son verdaderas excepto una. Indícala:**

- a.- Sotrovimab es un anticuerpo monoclonal IgG1 humanizado que se une a un epítipo altamente conservado en el dominio de unión al receptor (RBD) de la proteína spike del SARS-CoV-2.
- b.- Casirivimab e imdevimab son dos anticuerpos monoclonales recombinantes humanos que no tienen modificadas las regiones Fc.
- c.- Remdesivir es un medicamento antiviral que se desarrolló inicialmente para la enfermedad del virus del Ébola.
- d.- La cascada inflamatoria es la principal causa de muerte por infección COVID-19. Los corticosteroides y tocilizumab están disponibles para tratar esta escalada.

**e.- La guía NICE recomienda ofrecer tocilizumab a adultos hospitalizados con COVID-19 si sarilumab no está disponible.**

## **24.-¿Qué medicamentos no debe emplearse más allá del 5 día de infección por covid?**

- a.- Nirmaltrevir.
- b.- Molnupiravir.
- c.- Nirmaltrevir y molnupiravir.**
- d.- Remdesivir.
- e.- Remdesivir y molnupiravir.

## **25.-Unos de los grupos de pacientes no tiene mayor riesgo de infección grave y mortal, a pesar de la vacunación o infección previa:**

- a.- Inmunodeficiencias primarias: combinadas y de células B en las que se haya demostrado ausencia de respuesta vacunal.
- b.- Tratamiento inmunosupresor con inmunomoduladores biológicos: Personas que han recibido en los tres meses anteriores (o en los tres meses en caso de rituximab) terapia específica con alguno de los fármacos de los siguientes grupos: fármacos anti CD20 (rituximab, oclizumab, limumab).
- c.- Fibrosis quística.
- d.- Receptores de trasplante de órgano sólido.

**e.- Síndrome de Down de cualquier edad.**

**26.-De las siguientes afirmaciones sobre la anticoagulación sólo una es falsa. Señálala:**

- a.- La profilaxis con heparina de bajo peso molecular (HBPM) iniciada precozmente previene la ETEV.
- b.- La profilaxis con heparina de bajo peso molecular (HBPM) iniciada precozmente reduce la inflamación pulmonar.
- c.- La profilaxis con heparina de bajo peso molecular (HBPM) iniciada precozmente no tiene efecto limitar la liberación viral.**
- d.- Las mujeres embarazadas tienen un riesgo de Enfermedad Tromboembólica venosa (ETE) de entre 4 a 5 veces superior que las mujeres no embarazadas.
- e.- a y c son falsas.

**27.-Es importante analizar y estudiar las condiciones de las personas que sufren infección por COVID-19 y no tratar exclusivamente la infección, por ello deben tenerse en cuenta todos estos aspectos excepto uno. Señálalo:**

- a.- La polifarmacia en personas que no viven en residencias se ha asociado al COVID-19 grave.
- b.- El consumo de inhibidores de la bomba de protones (IBP), pueden aumentar el riesgo de neumonía o neumonitis.
- c.- El consumo de anticolinérgicos no está relacionado con un aumento del riesgo de neumonía o neumonitis.**
- d.- El abordaje de las personas con infección por covid-19 debe ser global, teniendo en cuenta sus comorbilidades, el tratamiento farmacológico, la situación sociofamiliar.
- e.- b y c son ciertas.

**28.-Respecto al tratamiento de los casos de COVID-19 grave/crítico, señala la falsa:**

- a.- En pacientes que requieren oxígeno suplementario además de corticoides sistémicos se inicia tratamiento con remdesivir.**
- b.- El tocilizumab junto a la dexametasona ha demostrado reducción del riesgo de muerte.
- c.- El tofacitinib es una alternativa al baricitinib.
- d.- En pacientes que llevaban tratamiento con Remdesivir, ha iniciado antes de la progresión a situación crítica, se continúa.

**e.- a y d son correctas.**

### **29.-En relación con la COVID-19 postaguda no es cierto que:**

a.- Se pueden identificar síntomas multisistémicos persistentes, que pueden fluctuar, tanto en intensidad como en los órganos y sistemas afectados, a lo largo del tiempo.

**b.- Se ven afectadas sólo las personas que han requerido hospitalización en la fase aguda de la infección por SARS-CoV-2.**

c.- Algunos estudios identifican personas que han sufrido cuadros leves de infección aguda por SARS-CoV-2 y experimentan síntomas compatibles con COVID-19 postaguda.

d.- La COVID-19 postaguda se define de forma genérica como la presencia de síntomas persistentes y/o complicaciones días o a largo plazo de la infección por SARS-CoV-2 más allá de las 4 semanas desde el inicio de los síntomas.

e.- La Oficina de Estadísticas Nacionales del Reino Unido estima que 1 de cada 5 personas afectadas por una infección por SARS-CoV-2 presenta síntomas durante más de 5 semanas, mientras que 1 de cada 10 tiene síntomas que persisten durante 12 semanas.

### **30.-El término "COVID prolongado" o "COVID persistente" se utiliza habitualmente para describir:**

a.- Los signos y síntomas que continúan o se desarrollan después de la infección aguda por SARS-CoV-2.

b.- Incluye tanto la entidad denominada COVID-19 sintomática en curso (de 4 a 12 semanas) como el síndrome post-COVID-19 (más de 12 semanas).

c.- Los signos y síntomas que continúan o se desarrollan 12 semanas o más desde el inicio de la infección aguda por SARS-CoV-2.

d.- No existe un período de tiempo que defina el comienzo del período postagudo de la infección por SARS-CoV-2 descrito en el término "COVID prolongado" o "COVID persistente".

**e.- Las respuestas a y b son correctas.**

### **31.-Actualmente se sabe poco sobre los factores predictivos para desarrollar COVID prolongado. No obstante, algunos estudios proponen que la presentación de COVID-19 postaguda parece más probable en:**

**a.- Personas de edad avanzada.**

b.- Adolescentes.

c.- Personas que presentan menos de cinco síntomas durante la primera semana de la infección aguda por SARS-CoV-2.

d.- Sexo masculino.

e.- Personas con Índice de Masa Corporal (IMC) bajo.

### **32.-Señale entre los siguientes grupos de manifestaciones clínicas de la COVID-19 postaguda el grupo de manifestaciones menos frecuente:**

- a.- Manifestaciones neurocognitivas.
- b.- Manifestaciones sistémicas.
- c.- Manifestaciones respiratorias.
- d.- Manifestaciones musculoesqueléticas.

**e.- Manifestaciones oftalmológicas.**

**33.-Los profesionales sanitarios de Atención Primaria deben asumir un rol activo en la identificación y evaluación de los pacientes que sufren síntomas COVID-19 postaguda. Para ello no se recomienda:**

- a.- Ofrecer una consulta médica sólo a las personas con síntomas nuevos o persistentes cuatro semanas o más después de COVID-19 aguda confirmada.**
- b.- Ofrecer una consulta médica a las personas con síntomas nuevos o persistentes cuatro semanas o más después de COVID-19 aguda sospechosa o confirmada.
- c.- Considerar el seguimiento a personas de grupos vulnerables que se han autogestionado en la comunidad tras sospecha o confirmación de COVID-19 aguda.
- d.- Realizar una evaluación integral que aborde la totalidad sindrómica de la patología y una evaluación específica de cada uno de los síntomas persistentes en personas con diagnóstico previo de sospecha o confirmado de COVID-19 aguda.**
- e.- La evaluación de los pacientes que sufren síntomas COVID-19 postaguda debe incluir síntomas físicos, cognitivos, psicológicos y psiquiátricos, así como habilidades funcionales.

**34.-El objetivo de las pruebas complementarias en la evaluación de la COVID-19 postaguda no es:**

- a.- Evaluar el diagnóstico y gravedad de los síntomas nuevos o persistentes.
- b.- Descartar complicaciones graves y/o situaciones que requieran atención urgente.
- c.- Detectar nuevos diagnósticos no relacionados con la COVID-19.
- d.- Solicitar un amplio espectro de pruebas complementarias independientemente de la sintomatología que presenta el paciente.**
- e.- Individualizar el tipo de pruebas complementarias a solicitar según la sintomatología específica que presenta el paciente.

**35.-Con respecto al abordaje terapéutico de la COVID postaguda, señale la respuesta incorrecta:**

- a.- En términos generales se debe enfocar de forma sintomática y pragmática.
- b.- En el caso de pautar tratamiento farmacológico dirigido a síntomas concretos, se deben evitar los tratamientos sintomáticos múltiples y la polifarmacia.
- c.- La fisioterapia, la terapia ocupacional y la intervención psicológica no se contemplan en los planes terapéuticos.**

### **COVID-19 postaguda.**

d.- Se recomienda prescribir ejercicio físico gradual.

e.- A aquellas personas con comorbilidades se les debe recomendar no abandonar sus tratamientos crónicos.