



## PRUEBAS SELECTIVAS 2008

### CUADERNO DE EXAMEN

### MÉDICOS -VERSIÓN 0 -

---

#### ADVERTENCIA IMPORTANTE

ANTES DE COMENZAR SU EXAMEN, LEA ATENTAMENTE LAS SIGUIENTES

#### INSTRUCCIONES

1. **MUY IMPORTANTE** : Compruebe que este Cuaderno de Examen lleva todas sus páginas y no tiene defectos de impresión. Si detecta alguna anomalía, pida otro Cuaderno de Examen a la Mesa. **Realice esta operación al principio**, pues si tiene que cambiar el cuaderno de examen posteriormente, se le facilitará una versión "0", que **no coincide** con su versión personal en la colocación de preguntas y **no dispondrá** de tiempo adicional.
2. Compruebe que el **número de versión** de examen que figura en su "Hoja de Respuestas", **coincide** con el número de versión que figura en el cuestionario. Compruebe también el resto de sus datos identificativos
3. La "Hoja de Respuestas" está nominalizada. Se compone de tres ejemplares en papel autocopiativo que deben colocarse correctamente para permitir la impresión de las contestaciones en todos ellos. Recuerde que debe firmar esta Hoja.
4. Compruebe que la respuesta que va a señalar en la "Hoja de Respuestas" corresponde al número de pregunta del cuestionario. **Sólo se valoran** las respuestas marcadas en la "Hoja de Respuestas", siempre que se tengan en cuenta las instrucciones contenidas en la misma.
5. Si inutiliza su "Hoja de Respuestas" pida un nuevo juego de repuesto a la Mesa de Examen y **no olvide** consignar sus datos personales.
6. Recuerde que el tiempo de realización de este ejercicio es de **cinco horas improrrogables** y que están **prohibidos** el uso de **calculadoras** (excepto en Radiofísicos) y la utilización de **teléfonos móviles**, o de cualquier otro dispositivo con capacidad de almacenamiento de información o posibilidad de comunicación mediante voz o datos.
7. Podrá retirar su Cuaderno de Examen una vez finalizado el ejercicio y hayan sido recogidas las "Hojas de Respuesta" por la Mesa.

1. **¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO es correcta en relación a la metaplasia columnar del esófago o metaplasia de Barrett?:**

1. Su origen es adquirido como consecuencia del reflujo gastroesofágico crónico.
2. Se estima que el 0.5% de los pacientes con esófago de Barret desarrollan anualmente un adenocarcinoma.
3. Para su diagnóstico es imprescindible la toma de biopsias cada 1-2 cms y en cada uno de los cuadrantes.
4. En la actualidad el mejor marcador de potencial malignidad sigue siendo la detección de displasia en la biopsia.
5. La cirugía anti-reflujo logra controlar el reflujo gastroesofágico y hace desaparecer completamente la metaplasia columnar.

2. **Un paciente varón de 54 años de edad fue remitido por el médico de Atención Primaria al especialista de Aparato Digestivo por episodios de disfagia para sólidos y líquidos junto a dolor torácico de 2 meses de evolución. Al paciente se le realizó un panendoscopia oral que descartó lesiones neoplásicas y en la manometría esofágica se observó un trazado compatible con una acalasia. ¿Cuál de los siguientes tratamientos le parece el más efectivo?:**

1. Medidas higiénicas (comer despacio y dieta blanda) y en los episodios descritos la toma de anticolinérgicos.
2. Nitroglicerina sublingual antes de las comidas y a demanda en caso de dolor torácico.
3. Miotomía laparoscópica del esfínter esofágico inferior.
4. Dilatación neumática endoscópica del esfínter esofágico inferior.
5. Inyección endoscópica de toxina botulínica en el esfínter esofágico inferior.

3. **¿Cuál de los siguientes factores NO se considera factor de riesgo de desarrollo del cáncer gástrico?:**

1. Anemia microcítica hipocroma.
2. Gastritis crónica atrófica.
3. Infección por *Helicobacter Pylori*.
4. Enfermedad de Ménétrier.
5. Inmunodeficiencia común variable.

4. **¿Cuál de los siguientes datos endoscópicos se asocia con un mayor riesgo o alto riesgo de recidiva hemorrágica en la úlcera péptica?:**

1. Tamaño de la úlcera.
2. Base de la úlcera cubierta de fibrina.
3. Base de la úlcera cubierta por un coágulo fijo, adherido que no se moviliza con el lavado.
4. Localización de la úlcera en incisura angularis ó en cara posterior de bulbo duodenal.
5. Sospecha endoscópica de malignidad de la

úlcera.

5. **Mujer de 80 años, con cardiopatía isquémica e HTA, que sigue tratamiento con ácido acetil-salicílico y que refiere un ritmo intestinal con estreñimiento. Acude al S de Urgencias por comenzar con un cuadro de dolor abdominal, malestar general y emisión de sangre roja por ano. En la exploración física sólo destaca dolor leve a la palpación en abdomen y el tacto rectal muestra restos de sangre roja. Presenta Hb 11,2 g/dl, Hto. 35%, urea 55, creatinina 1,2 mg/dl. Colonoscopia: se objetivan restos hemáticos, múltiples divertículos y a nivel de sigma se observa rezumado activo de sangre en un divertículo. Indique cuál de las siguientes respuestas es la actitud más adecuada realizar:**

1. Gammagrafía con tecnecio.
2. Suspensión del ácido acetil salicílico.
3. Hemicolectomía derecha de urgencia.
4. Coagulación de la lesión con tratamiento endoscópico.
5. Cápsula endoscópica para descartar otros divertículos en tramos altos.

6. **Ante la sospecha clínica de la presencia de un síndrome de sobrecrecimiento bacteriano en un paciente, todas las siguientes afirmaciones son ciertas EXCEPTO una, señale la respuesta FALSA:**

1. La biopsia intestinal es la prueba diagnóstica.
2. Presencia de anemia.
3. Déficit de vitaminas liposolubles.
4. Antecedentes de cirugía gastrointestinal.
5. Presencia de diarrea.

7. **En los resultados de las biopsias colónicas obtenidas durante una colonoscopia de despistaje rutinaria, en un paciente de 35 años de edad, con colitis ulcerosa extensa de 17 años de evolución, se aprecia displasia de alto grado, confirmada por dos patólogos con experiencia. El paciente tiene en la actualidad un excelente estado general, estando asintomático desde el punto de vista digestivo. No presenta alteraciones analíticas significativas. Recibe tratamiento de mantenimiento con azatioprina y mesalazina oral a dosis adecuadas, realizando una vida sociolaboral normal. La opción que recomendamos a nuestro paciente será:**

1. Plantear asociar tratamiento con metotrexato que potencie el efecto inmunosupresor obtenido ya previamente con la azatioprina, para disminuir el grado de displasia epitelial.
2. Reforzar mediante la administración de enemas de mesalazina el efecto antiinflamatorio farmacológico, para así reducir el grado de displasia epitelial.
3. Valoración quirúrgica para realización de panproctocolectomía precoz.

4. Valoración quirúrgica para realizar resección segmentaria colónica precoz de la zona donde se ha encontrado la displasia grave.
  5. Repetir dentro de 4 años la exploración, tranquilizando a nuestro paciente y recomendando que mantenga el mismo tratamiento que venía realizando.
8. **Un paciente de 32 años acude a la consulta para realizar cribado de cáncer colorrectal. El paciente refiere que su padre fue diagnosticado de cáncer de colon a la edad de 55 años. ¿Qué estrategia de cribado le parece más adecuada en este caso?:**
1. Realizar una colonoscopia inicial a los 40 años y revisiones endoscópicas cada 3 años.
  2. Realizar una colonoscopia inicial a los 40 años y revisiones endoscópicas cada 5 años.
  3. Realizar una colonoscopia inicial a los 40 años y revisiones endoscópicas cada 10 años.
  4. Realizar una colonoscopia inicial a los 50 años y revisiones endoscópicas cada 5 años.
  5. Realizar una colonoscopia inicial a los 50 años y revisiones endoscópicas cada 10 años.
9. **Un paciente de 39 años está diagnosticado de infección por VIH (grupo B-3) y de cirrosis hepática (alcohol e infección por virus C). Hace 3 meses había tenido un ingreso hospitalario por descompensación hidrópica. Sigue tratamiento con antirretrovirales, espironolactona y propranolol. ¿Cuál de los siguientes hallazgos de la exploración física es el MENOS probable en este paciente?:**
1. Lipoatrofia facial.
  2. Ginecomastia bilateral.
  3. Arañas vasculares.
  4. Edema maleolar bilateral.
  5. Reflujo hepatoyugular.
10. **Un paciente cirrótico por virus C, ingresa por urgencias debido a una hemorragia digestiva alta. En tres ocasiones ha tenido hemorragia por varices esofágicas, tratadas mediante escleroterapia. Sigue tratamiento con bloqueantes beta-adrenérgicos. Además presenta ascitis resistente al tratamiento con diuréticos. Se efectúa nueva escleroterapia con éxito y el paciente se estabiliza. Entre sus antecedentes destaca hemicolectomía derecha por cáncer de colon Dukes B hace dos años sin evidencia de enfermedad en este momento. ¿Cuál sería entre las siguientes la mejor opción terapéutica en este paciente?:**
1. Ligadura con bandas de varices esofágicas.
  2. Trasplante hepático.
  3. Shunt esplenorenal.
  4. Shunt peritoneo-venoso de LeVeen.
  5. Derivación portocava.
11. **¿Cuál de las siguientes es una variable predictora de buena respuesta al tratamiento con Interferón Pegilado en la hepatitis crónica B?:**
1. ALT < 2 veces el límite alto de la normalidad.
  2. Adquisición de la enfermedad en la infancia.
  3. Paciente inmunodeprimido.
  4. Carga viral baja.
  5. Ausencia de enfermedad infecciosa bacteriana reciente.
12. **¿Cuál de los siguientes parámetros NO es indicador de gravedad en una hepatitis aguda?:**
1. Bilirrubina total mayor de 15 mg/dL.
  2. Tiempo de protrombina más de 4 segundos el límite normal.
  3. Encefalopatía hepática.
  4. Hipoglucemia.
  5. Transaminasa alanina aminotransferasa (ALT) mayor de 5.000 UI/ml.
13. **Enfermo de 48 años diagnosticado de cirrosis hepática alcohólica al que venimos controlando desde hace años. No ha conseguido dejar de beber alcohol. Desde hace 2 años presenta ascitis, que responde cada vez peor al tratamiento diurético. En el momento actual toma 120 mg/día de furosemida, 300 mg/día de espironolactona y tiene ascitis a tensión. Analíticamente destaca Na 121 mEq/l, K 4,7 mEq/l y creatinina 1,6 mg/dl. ¿Cuál es la actitud terapéutica más correcta en el momento actual?:**
1. Proponer entrada preferente en un programa de trasplante hepático.
  2. Establecer un régimen de paracentesis evacuadoras periódicas con reposición coloidal.
  3. Insertar un TIPS.
  4. Aumentar aún más las dosis de diuréticos.
  5. Administrar una sobrecarga de suero salino hipertónico para forzar la diuresis.
14. **Una paciente de 60 años presenta ictericia de varios días de evolución, con coluria y acolia. No refiere ninguna otra sintomatología acompañante, excepto prurito intenso, que le ha llevado a presentar, en la exploración, lesiones cutáneas de rascado. Entre los antecedentes destaca colecistectomía por coledocolitiasis hace 20 años. En la ecografía abdominal urgente se observa dilatación de la vía biliar intrahepática. La vía biliar distal parece normal y no se visualiza el páncreas por obesidad. El diagnóstico más probable de esta paciente es:**
1. Coledocolitiasis residual.
  2. Estenosis iatrogénica de la vía biliar.
  3. Hepatitis colestásica.
  4. Colangiocarcinoma hiliar.
  5. Colangitis esclerosante.
15. **Triada de síntomas típicos del cáncer de pán-**

**creas:**

1. Diabetes, pérdida de peso y diarrea.
2. Dolor epigástrico, ictericia y pérdida de peso.
3. Dolor en hipocondrio derecho, ictericia y fiebre.
4. Anorexia, diarrea y pérdida de peso.
5. Náuseas, dolor abdominal e ictericia.

**16. ¿Qué opción debemos considerar de elección en el tratamiento de un pseudoquistes inferior de 6 cm de diámetro y asintomático que se ha desarrollado como complicación en una pancreatitis aguda?:**

1. Esperar evolución clínica de 4-6 semanas.
2. Somatostatina (perfusión iv) u octreotido sc.
3. Drenaje quirúrgico interno.
4. Drenaje endoscópico guiado por ecoendoscopia.
5. Drenaje percutáneo guiado por ECO/TC abdominal.

**17. En mujeres jóvenes con cuadro clínico de dolor abdominal en fosa iliaca derecha y fiebre, ¿cuál debe ser la técnica de imagen inicial?:**

1. La tomografía computarizada con contraste I.V.
2. La radiografía simple de abdomen.
3. La ecografía abdominal.
4. La ecografía transvaginal.
5. La tomografía computarizada sin contraste I.V.

**18. Paciente de 81 años que padece cor pulmonale crónico, diagnosticado de cáncer de recto situado a 8 cm del margen anal, de 3 cm de tamaño sin afectación linfática en estadiaje (T<sub>1</sub>N<sub>0</sub>) ecografía endorrectal y RM. ¿Cuál es la operación más apropiada?:**

1. Resección anterior baja de recto.
2. Amputación de recto.
3. Resección anterior baja de recto vía laparoscópica.
4. Escisión local transanal.
5. Microcirugía transanal endoscópica (TEM).

**19. El método diagnóstico de elección en coloproctología para evaluar la integridad de los esfínteres del canal anal y el grado de infiltración de las lesiones parietales ano-rectales es:**

1. Rectoscopia.
2. TAC pélvico.
3. Ecografía endorrectal/anal.
4. Anuscopia.
5. Tacto rectal.

**20. Paciente de 37 años que desde hace 4 días presenta dolor en región anal y desde hace 2 días fiebre. En Urgencias se le observa una zona**

**indurada, tumefacta y enrojecida en la zona perianal derecha. A la presión es muy dolorosa. Se le prescriben antibióticos y se le recomienda consulta en Cirugía a las 48 horas. ¿Cuál es el origen más probable de su patología actual?:**

1. Fisura anal.
2. Hemorroides internos.
3. Rectocele.
4. Fístula anorrectal.
5. Prolapso rectal.

**21. Tras hacer la historia clínica y ordenar las pruebas complementarias, se llega al diagnóstico de que un paciente de 45 años tiene una apendicitis aguda sin peritonitis que requiere una apendicectomía urgente. El paciente le pregunta sobre la posibilidad de llevar a cabo la intervención por laparoscopia. Su contestación es:**

1. La cirugía laparoscópica sólo está indicada para la colecistectomía.
2. La laparoscopia sólo sirve para el diagnóstico en casos de apendicitis aguda.
3. La apendicitis aguda sin peritonitis puede tratarse por laparoscopia y puede ofrecer algunas ventajas sobre la laparotomía.
4. La apendicitis aguda es una contraindicación absoluta para el abordaje laparoscópico.
5. La única indicación de cirugía laparoscópica es el plastrón inflamatorio palpable en fosa iliaca derecha.

**22. Señale la afirmación FALSA en relación con la resección laparoscópica del colon:**

1. Casi todas las enfermedades del colon y recto, susceptibles de tratamiento quirúrgico, se pueden abordar mediante laparoscopia.
2. En la cirugía del cáncer de colon y recto, la disección ganglionar que se puede realizar por laparoscopia es más limitada que la efectuada por laparotomía.
3. La cirugía laparoscópica adelanta el retorno a la normalidad de la función intestinal en el postoperatorio, en comparación con la resección por laparotomía.
4. El abordaje laparoscópico favorece un alta hospitalaria postoperatoria más precoz que tras una resección de colon convencional.
5. En la cirugía del cáncer de colon y recto, las tasas de supervivencia a largo plazo de los pacientes intervenidos por laparoscopia o laparotomía son similares.

**23. Indique la respuesta correcta:**

1. El 2º ruido cardíaco corresponde con el cierre de las válvulas auriculoventriculares.
2. Los soplos continuos pueden auscultarse tanto en estenosis como insuficiencias valvulares severas.

3. En el pulso venoso yugular la onda "a" se debe a la distensión venosa producida por la contracción de la aurícula izquierda.
  4. El pulso alternante es típico de la miocardiopatía hipertrófica.
  5. El signo de Kussmaul es un aumento de la presión venosa central durante la inspiración.
- 24. Un paciente de 75 años padece una insuficiencia cardíaca congestiva crónica de origen mixto (hipertensivo y cardiopatía isquémica con infarto de miocardio) de clase III, con fibrilación auricular crónica a 90 latidos/minuto. A pesar de su tratamiento con inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA), furosemida y espirolactona y anticoagulación con dicumarol, el paciente presenta un deterioro lentamente progresivo, con signos de insuficiencia cardíaca derecha e izquierda, sin aparente desencadenante. Ante ello usted se plantea como medida terapéutica, para asociar al tratamiento previo:**
1. Bloqueador de receptores de la angiotensina (ARA II).
  2. Inhibidor directo de la renina.
  3. Digitálicos.
  4. Introducción progresiva de un alfa-beta bloqueante adrenérgico.
  5. Resincronización ventricular.
- 25. En la cardiopatía hipertensiva es cierto que:**
1. La relación E (máxima velocidad de flujo en el llenado rápido)/A (máxima velocidad en la fase de contribución auricular) se eleva por encima de 1 cuando se deteriora la función diastólica.
  2. No existe correlación entre el grado de hipertrofia ventricular y la gravedad de las arritmias.
  3. La fracción de eyección no se encuentra disminuida en la mayoría de los hipertensos.
  4. La mayoría de los fármacos antihipertensivos reducen las cifras tensionales, pero no la masa ventricular izquierda.
  5. En caso de insuficiencia cardíaca con función sistólica deprimida están contraindicados los beta-bloqueantes.
- 26. Cuando un paciente con estenosis valvular mitral presenta un electrocardiograma con aumento del voltaje de la onda "r" en precordiales derechas y una desviación del eje eléctrico a la derecha, nos sugiere:**
1. Asociación de estenosis valvular tricúspide significativa.
  2. Asociación de estenosis aórtica severa.
  3. Asociación de insuficiencia mitral.
  4. Hipertensión pulmonar grave.
  5. Infarto inferior.
- 27. Uno de estos signos físicos NO es esperable en un caso típico de insuficiencia cardíaca congestiva:**
1. Reflujo hepatoyugular presente.
  2. Edema bilateral en miembros inferiores.
  3. Acropaquias.
  4. Estertores crepitantes en la auscultación pulmonar.
  5. Estertores sibilantes en la auscultación pulmonar.
- 28. Una vez superada la fase aguda del infarto de miocardio, en la fase de prevención secundaria, NO es uno de los objetivos del tratamiento:**
1. Interrumpir la progresión de la enfermedad coronaria.
  2. Prevenir la muerte súbita y el reinfarto.
  3. Controlar los síntomas, si los hubiere.
  4. Estimular el remodelado ventricular.
  5. Conseguir la rehabilitación funcional y laboral del paciente.
- 29. Paciente varón de 56 años, estudiado por hipertensión arterial hace 9 años, momento en el que se evidenció un bloqueo de rama izquierda en el ECG y se inició tratamiento con un antagonista de los receptores de angiotensina con buen control tensional. Acude a la consulta del cardiólogo refiriendo desde hace 3 meses episodios ocasionales de molestias torácicas siempre al subir cuestas y que ceden al detener la marcha. El último de estos episodios le sucedió hace 10 días. ¿Cuál de las siguientes pruebas cree recomendada para la detección de isquemia miocárdica en este paciente?:**
1. Radiografía de tórax.
  2. Tomografía axial computerizada (TAC) multicorte y angio-TAC.
  3. Coronariografía.
  4. ECG de esfuerzo en tapiz rodante.
  5. Gammagrafía cardíaca con talio-201 y dipiridamol.
- 30. En términos de mortalidad, ¿cuál de los siguientes supuestos se beneficiaría MENOS de una coronariografía?:**
1. Paciente de 50 años con angina de pequeño esfuerzo y disfunción severa de ventrículo izquierdo.
  2. Paciente de 50 años con dolor posiblemente anginoso, refractario a tratamiento médico, en el que no se demuestra isquemia en tests no invasivos.
  3. Paciente de 50 años en tratamiento médico por cardiopatía isquémica, que presenta angina ocasional de grandes esfuerzos y FEVI conservada.
  4. Paciente de 50 años, con angina en clase II y alteraciones de la contractilidad segmentaria

del ventrículo izquierdo en un eco de estrés en múltiples segmentos.

5. Paciente de 50 años sin angina, pero que se va a someter a una cirugía de reposición valvular aórtica.

**31. Hombre de 45 años, asintomático y sin antecedentes clínicos de interés. En un electrocardiograma rutinario, que por lo demás es normal, le descubren extrasístoles ventriculares frecuentes, todas de la misma morfología. El ecocardiograma es normal y en la prueba de esfuerzo no se han detectado ni isquemia ni arritmias sostenidas. ¿Cuál sería, entre las siguientes, la actitud terapéutica más apropiada?:**

1. De momento no iniciar tratamiento y profundizar en el diagnóstico realizando una coronariografía para excluir una estenosis coronaria.
2. Amiodarona.
3. Propafenona o flecainida.
4. Betabloqueantes o sotalol y aspirina.
5. No precisa tratamiento farmacológico.

**32. Paciente de 41 años de edad, sin antecedentes personales cardiológicos de interés que estando previamente bien presenta a las 11 de la noche episodio de pérdida brusca de la consciencia que se sigue de parada cardiorespiratoria, presenciada por su mujer que es enfermera, quien inicia maniobras de reanimación cardiopulmonar. A la llegada del equipo de emergencia se documenta fibrilación ventricular que es revertida a ritmo sinusal mediante una cardioversión eléctrica externa con recuperación de la consciencia unos minutos después. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?:**

1. En nuestro medio, la causa más frecuente de muerte súbita de origen cardíaco es la presencia de un infarto agudo de miocardio.
2. Una vez recuperado el ritmo sinusal, el ECG puede mostrar alteraciones que sugieran la presencia de alteraciones genéticamente determinadas como un síndrome de Brugada, un síndrome del QT largo o una miocardiopatía hipertrófica.
3. El síndrome de Brugada se ha asociado con la presencia de mutaciones en el canal de sodio cardíaco, presenta un ECG característico con bloqueo de rama derecha y elevación del segmento ST y la muerte súbita puede ser la primera manifestación de la enfermedad.
4. El síndrome del QT largo se caracteriza por la presencia de un intervalo QT prolongado en el ECG, los pacientes pueden presentar episodios de síncope o muerte súbita debidos a taquicardias ventriculares polimórficas denominadas "torsade de pointes" y el tratamiento de elección es la administración de betabloqueantes.
5. En la miocardiopatía hipertrófica, la muerte súbita aparece en reposo, sin relación con los

esfuerzos y es debida a la presencia de una obstrucción a la salida de sangre del ventrículo izquierdo.

**33. Las alteraciones del electrocardiograma típicamente diagnósticas de la pericarditis aguda obligan a plantearse el diagnóstico diferencial con una de las siguientes entidades clínicas. Indique cuál:**

1. Estenosis valvular aórtica.
2. Infarto agudo de miocardio.
3. Enfermedad de Ebstein.
4. Transposición corregida de los grandes vasos.
5. Insuficiencia aórtica aguda.

**34. La tensión arterial:**

1. Mejora si se reduce el consumo de alcohol por debajo de 25-30 g diarios.
2. Supone un factor de riesgo sólo si supera 140/90.
3. Permanece inalterada durante el día si el sujeto está tranquilo.
4. Si está alta es un factor de riesgo mayor para el desarrollo de insuficiencia cardíaca o ictus, aunque el tabaco supone mucho mayor riesgo para estas 2 patologías.
5. Está regulada exclusivamente por los riñones.

**35. La opción terapéutica más recomendada en el momento actual para el aneurisma de aorta abdominal de gran tamaño en pacientes de alto riesgo quirúrgico es:**

1. Resección del aneurisma e injerto quirúrgico convencional.
2. Inducción de la trombosis del saco y by-pass axilo-bifemoral.
3. Tratamiento endovascular con implantación de endoprótesis.
4. Vigilancia del crecimiento aneurismático.
5. Cirugía por vía laparoscópica.

**36. Paciente de 74 años de edad, sintomático, diagnosticado de estenosis valvular aórtica severa degenerativa calcificada que conserva ritmo sinusal y la función ventricular izquierda dentro de parámetros normales. ¿Cuál cree usted que sería la actitud terapéutica correcta?:**

1. No está indicada la intervención por su avanzada edad.
2. Estaría indicada la intervención pero esperando al deterioro de la función ventricular izquierda.
3. Está indicada la intervención para plastia valvular.
4. Está indicada la intervención quirúrgica para sustitución valvular aórtica por una prótesis mecánica y posterior anticoagulación oral de por vida.
5. Está indicada la intervención quirúrgica para

sustitución valvular aórtica por una prótesis biológica y así evitar la anticoagulación oral.

**37. En relación con la trombosis venosa de miembros inferiores, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?:**

1. En los pacientes sintomáticos, el edema y dolor son frecuentes.
2. El signo de Homanns es inespecífico.
3. La elevación en sangre del dímero-D es específico.
4. Puede confundirse con la rotura de un quiste poplíteo.
5. La dilatación de las venas superficiales puede ser otro signo de trombosis venosa.

**38. Un paciente fumador presenta en la espirometría forzada un volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV<sub>1</sub>) del 31% del predicho, una capacidad vital forzada (FVC) del 80% del predicho y una relación FEV<sub>1</sub>/FVC del 40%. Según estos resultados, el paciente presenta:**

1. Una obstrucción al flujo aéreo leve.
2. Una obstrucción al flujo aéreo moderada.
3. Una obstrucción al flujo aéreo grave.
4. Una obstrucción al flujo aéreo muy grave.
5. Una obstrucción al flujo aéreo grave asociada a restricción al menos moderada.

**39. Un paciente con antecedentes de trastorno de ansiedad, acude a urgencias, presentando: P CO<sub>2</sub> = 18 mmHg, pH = 7.6, [HCO<sub>3</sub>-] = 20 mEq/l. ¿Qué trastorno puede padecer?:**

1. Acidosis metabólica.
2. Alcalosis metabólica.
3. Alcalosis respiratoria aguda.
4. Acidosis respiratoria crónica.
5. Acidosis respiratoria aguda.

**40. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta con referencia al uso de agonistas beta-2 adrenérgicos en crisis de broncospasmo?:**

1. Los beta-2 adrenérgicos carecen de efectos estimulantes cardíacos.
2. Son eficaces por vía oral.
3. Consiguen relajación de la musculatura lisa de vías aéreas de pequeño y gran calibre.
4. Tienen efectos anti-inflamatorios bronquiales.
5. Su potencia como broncodilatadores es similar a la de la aminofilina.

**41. Un paciente de 65 años diagnosticado de EPOC, es trasladado al hospital por disnea progresiva y expectoración purulenta. Durante el traslado en la ambulancia se le administra oxígeno y fluidoterapia. A su llegada el paciente está obnubilado y tembloroso. Se auscultan crepitantes en la base derecha. La gasometría arterial**

**muestra un pH: 7,08, pO<sub>2</sub>: 90, pCO<sub>2</sub>: 106. El tratamiento inicial más adecuado sería:**

1. Retirar oxígeno y administrar bicarbonato sódico.
2. Reducir flujo de oxígeno a 1 L/min y administrar bicarbonato sódico.
3. Mantener flujo de oxígeno y administrar acetazolamida.
4. Intubación y ventilación mecánica.
5. Administrar epinefrina iv. y bicarbonato sódico.

**42. Una mujer joven en edad fértil, no fumadora, consulta por disnea de esfuerzo y tos. Presenta antecedentes personales de neumotórax recurrente. En la radiografía de tórax y en la tomografía computarizada torácica se observan quistes aéreos diseminados de paredes delgadas, principalmente en las zonas basales. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos considera que es más probable?:**

1. Bronquiolitis respiratoria.
2. Linfangioleiomiomatosis.
3. Microlitiasis alveolar.
4. Histiocitosis X pulmonar.
5. Neumonía intersticial descamativa.

**43. Paciente de 50 años, exfumador desde hace dos, que consulta por tos no productiva de 3 meses de evolución. En la radiografía simple de tórax se objetiva atelectasia del lóbulo superior izquierdo y en la analítica rutinaria, un sodio sérico de 125 mEq/L. ¿Cuál de entre los siguientes es el diagnóstico más probable?:**

1. Carcinoma epidermoide con metástasis suprarrenales.
2. Adenocarcinoma metastásico.
3. Carcinoma de células gigantes.
4. Carcinoma microcítico con Síndrome de secreción inadecuada de ADH (SIADH).
5. Tumor carcinoide con metástasis hepáticas.

**44. Un hombre fumador de 50 años, consulta por ronquera, afonía e hipo. En la exploración ORL se evidencia parálisis de la cuerda vocal izquierda como única anomalía. ¿Dónde localizaría la lesión?:**

1. Cavum.
2. Mediastino posterior.
3. Lígula.
4. Pleura.
5. Esófago distal.

**45. Uno de los siguientes hallazgos NO sería esperable en un paciente con antecedente de exposición al asbesto. ¿Cual es?:**

1. Mesotelioma pleural.
2. Adenopatías mediastínicas calcificadas.

3. Atelectasia redonda.
  4. Carcinoma broncogénico.
  5. Placas pleurales.
- 46. Si una masa borra en la radiografía postero-anterior de tórax el borde derecho de la silueta cardiaca, está localizada en:**
1. Lígula.
  2. Lóbulo superior derecho.
  3. Lóbulo medio.
  4. Lóbulo inferior derecho.
  5. Hilio pulmonar.
- 47. Mujer de 40 años, diagnosticada de cáncer de mama, en tratamiento quimioterápico, con insuficiencia respiratoria aguda por una neumonía. Valores de D-Dímero elevados y empeoramiento súbito de su disnea junto a hemoptisis. En lo referente a la conducta a seguir en este caso, indique la respuesta correcta entre las siguientes:**
1. No es necesario realizar más pruebas y debe iniciarse anticoagulación, ya que tiene un D-Dímero elevado.
  2. La neumonía justifica todos los hallazgos, por lo que la opción terapéutica es el levofloxacino.
  3. La probabilidad de embolia de pulmón es baja, aunque estaría indicada la heparina de bajo peso molecular en dosis profilácticas.
  4. No se puede descartar que tenga una embolia de pulmón, por lo que habría que realizar una gammagrafía de perfusión.
  5. Debería realizarse una TAC helicoidal tras iniciar heparina Sc.
- 48. Hombre de 55 años afecto de carcinoma broncogénico, presenta en la TAC torácica masa pulmonar de 4 cm de diámetro y adenopatías paratraqueales de diámetro > 1 cm. ¿Cuál de estas propuestas sería la acertada para el planteamiento terapéutico?:**
1. Indicación de tratamiento quirúrgico sin más estudios previos.
  2. Administración directa de un tratamiento oncológico neoadyuvante.
  3. Desestimación definitiva de la indicación quirúrgica.
  4. Realización de un TAC-PET y/o vídeo mediastinoscopia previas.
  5. Consideración exclusiva de un tratamiento radio-quimioterápico.
- 49. ¿Cuál de las siguientes situaciones NO suponen una indicación de terapéutica quirúrgica por toracotomía o videotoracoscopia del neumotórax espontáneo primario?:**
1. Recidiva.
  2. Fugas aéreas mantenidas en sistema de drenaje más de 72 h.
3. Falta de reexpansión pulmonar tras tratamiento con tubo de drenaje permeable y aspiración.
  4. Neumotórax bilateral simultáneo.
  5. Neumotórax de gran tamaño.
- 50. Mujer de 51 años de edad, que consulta por debilidad generalizada y visión doble de 3 meses de evolución. Se le realiza un test de Edrofonio y una Electromiografía que permiten un diagnóstico de Miastenia Gravis. En Rx y TAC torácico se encuentra imagen de masa mediastínica de localización anterosuperior de 5x4x4 cms., y densidad homogénea. ¿Qué patología mediastínica debemos sospechar como más probable?:**
1. Bocio endotorácico.
  2. Tumor neurogénico.
  3. Teratoma.
  4. Linfoma.
  5. Timoma.
- 51. Un paciente de 38 años de edad acude trasladado a nuestro servicio de urgencias tras sufrir herida por arma blanca a nivel de hemitórax derecho octavo espacio intercostal; a su ingreso presenta: tensión arterial de 120-60 mmHg; frecuencia cardiaca de 92 L/minuto y frecuencia respiratoria de 22 por minuto; la auscultación del hemitórax derecho demuestra disminución de los ruidos respiratorios y la percusión del hemitórax demuestra timpanismo. ¿Cuál es la mejor conducta a seguir?:**
1. Tomografía computarizada de tórax.
  2. Toracotomía urgente.
  3. Observación clínica.
  4. Radiología simple de tórax y según hallazgos colocación de drenaje pleural.
  5. Ingreso en unidad de cuidados intensivos.
- 52. Cuando vemos un paciente con una pérdida de visión del campo visual del lado derecho pensamos:**
1. Que tiene una hemianopsia homónima izquierda.
  2. Que ha podido tener un infarto en el territorio de la arteria cerebral anterior izquierda.
  3. Que tiene una lesión del nervio óptico derecho.
  4. Que tiene una lesión en el quiasma óptico.
  5. Que ha podido tener un infarto de la arteria cerebral media izquierda.
- 53. En un paciente de 58 años sin antecedentes de interés que acude a urgencias con una hemiparesia derecha y afasia motora de noventa minutos de evolución, que tiene una glucemia de 132, con una coagulación normal y una TAC craneal sin hallazgos, usted indicaría:**

1. Anticoagulación con heparina sódica.
2. Anticoagulación con heparina de bajo peso molecular.
3. Fibrinólisis con rt-PA.
4. Antiagregación con aspirina.
5. Antiagregación con clopidogrel.

**54. Una mujer de 26 años acude a urgencias refiriendo una cefalea intensa que ha comenzado bruscamente mientras miraba un escaparate hace 2 h. y persiste. La exploración neurológica completa y sistémica son normales. Tiene antecedentes de migrañas, aunque describe este dolor como diferente. Señale cuál de las siguientes es correcta:**

1. Esta paciente podría tener un problema urgente con más de un 40% de mortalidad.
2. En este caso, una TAC craneal sería una radiación no justificada y una mala gestión de los recursos.
3. Lo más adecuado sería instaurar tratamiento sintomático con analgesia y remitirla a consultas de Neurología.
4. Una punción lumbar no aportaría nada porque la paciente está afebril.
5. Sólo si tuviera un electrocardiograma normal sería adecuado iniciar tratamiento del dolor.

**55. Varón de 18 años que es traído a Urgencias por la familia por presentar, mientras estaba comiendo, desviación ocular y cefálica a la derecha, seguido de pérdida de conocimiento brusca, durante la cual se evidenciaron movimientos tónico clónicos de los cuatro miembros, de unos 4 minutos de duración, quedando posteriormente en sueño profundo durante unas dos horas. ¿Cuáles son el diagnóstico de sospecha?:**

1. Síncope vasovagal.
2. Crisis mioclónica.
3. Crisis tónico clónica generalizada.
4. Crisis parcial secundariamente generalizada.
5. Crisis parcial compleja.

**56. Varón de 52 años, fumador, recientemente diagnosticado de carcinoma pulmonar de células pequeñas. Consulta por un cuadro de 2 semanas de evolución que asocia cefalea opresiva fronto-nucal que aumenta con la tos, visión doble binocular en mirada hacia la derecha y episodios de oscurecimiento visual rápidamente transitorio en ambos ojos. En la exploración se pone de manifiesto rigidez nucal, parálisis del sexto par derecho y papiledema bilateral. Una tomografía computarizada sin y con contraste es anodina. Se efectúa una punción lumbar que da salida a un LCR hipertenso (28 cm de H<sub>2</sub>O) claro, con proteinorraquia de 65 mg/dL, gluco-rraquia de 10 mg/dL (glucemia: 98 mg/dL), ADA normal, ligera pleocitosis linfocitaria (15 células por mm<sup>3</sup>), cultivos negativos y ausencia de células malignas. Una resonancia magnética**

**con gadolinio muestra captación leptomeníngea basal y en la convexidad bilateral. ¿Cuál de los siguientes es el diagnóstico más probable?:**

1. Neurosífilis.
2. Meningitis fúngica.
3. Meningitis tuberculosa.
4. Meningitis carcinomatosa.
5. Linfoma del sistema nervioso central.

**57. ¿Cuál de los siguientes síntomas o signos NO son característicos del síndrome de la estenosis del canal lumbar?:**

1. Mejoría de los síntomas con la flexión del tronco.
2. Hiperreflexia rotuliana y aquilea bilateral.
3. Claudicación de la marcha.
4. Pulsos pedios presentes.
5. Parestesias de localización gemelar.

**58. Mujer de 60 años que consulta por cuadro de 4 meses de evolución de pérdida de fuerza progresiva en miembros inferiores y disfonía. En la exploración realizada no presentaba fasciculaciones, los pares craneales estaban conservados, no presentaba déficits campimétricos, el balance muscular en miembros superiores estaba conservado aunque presentaba amiotrofia en primer interóseo izquierdo. En miembros inferiores presentaba paresia proximal bilateral asimétrica, estando el miembro inferior derecho a 4/5 y miembro inferior izquierdo a 3+/5; a nivel distal presentaba una paresia del grupo anteroexterno derecho a 4/5 siendo el resto del balance normal; las sensibilidades superficial y profunda estaban conservadas, los reflejos osteotendinosos estaban exaltados en los 4 miembros con aumento de área reflexógena siendo la respuesta plantar izquierda extensora y la derecha flexora. Un estudio de resonancia nuclear magnética cerebral y de columna completa de bajo campo fue normal. ¿Cuál sería la actitud más lógica a realizar de inicio?:**

1. Solicitar un estudio electromiográfico con estimulación repetitiva por la alta sospecha de enfermedad de placa neuromuscular.
2. Solicitar una bioquímica urgente ante la sospecha de una parálisis hipopotasémica.
3. Solicitar una arteriografía de columna cervical ante la sospecha de una malformación arterio-venosa cervical.
4. Realizar un estudio electromiográfico con estudio de unidades motoras.
5. Determinación de anticuerpos antiGM1 ante la alta sospecha de una neuropatía motora multifocal con bloqueos de conducción.

**59. Mujer de 62 años que acude a la consulta por presentar dolor en el borde interno del antebrazo y a nivel del dedo anular y meñique de la mano derecha. También explica hormigueos,**

**frialdad y pérdida de sensibilidad. ¿Qué tipo de neuropatía por compresión tiene la paciente?:**

1. Compresión proximal nervio cubital.
2. Síndrome canal carpiano.
3. Sección nervio cubital.
4. Atrapamiento nervio mediano y cubital a nivel de la muñeca.
5. Compresión del nervio radial.

**60. Un paciente es llevado a urgencias por haber sido hallado desorientado en la calle. Tiene alrededor de 60 años y aspecto descuidado. Huele a alcohol. La exploración física revela un paciente desorientado, confuso y apático. Está levemente atáxico y presenta múltiples telangiectasias cutáneas. TA: 140/85 mmHg; pulso 84 lpm y frecuencia respiratoria 16 rpm. ¿Cuál de las siguientes medidas sería INCORRECTA en una evaluación inicial en la visita de urgencias?:**

1. Punción lumbar tras realización de fondo de ojo.
2. TC craneal.
3. Hemograma completo y bioquímica básica.
4. Administración de glucosado al 5% i.v. y posteriormente tiamina i.v.
5. Determinación de tóxicos en sangre y orina.

**61. Una mujer de 32 años acude a un servicio de urgencias por un cuadro de pérdida de fuerza en ambas piernas y dificultad para orinar de instauración en 48 horas. En la exploración se aprecia un nivel sensitivo asociado a una hiperreflexia difusa con signo de Babinski bilateral. Un año antes fue evaluada en oftalmología por una pérdida de agudeza visual en el ojo derecho que recuperó completamente en 6 semanas. En la resonancia magnética se aprecian numerosas lesiones supra e infratentoriales. ¿Cuál de los siguientes tratamientos NO modificará el curso de su enfermedad?:**

1. Interferón alfa.
2. Acetato de glatiramer.
3. Interferón beta 1-a.
4. Mitoxandrona.
5. Interferón beta 1-b.

**62. En un paciente diagnosticado de Enfermedad de Parkinson hace un año todos los siguientes síntomas nos harían dudar del diagnóstico EXCEPTO uno de ellos:**

1. Ausencia de respuesta a L-dopa.
2. Asimetría de los síntomas.
3. Incontinencia urinaria u ortostatismo frecuentes.
4. Inestabilidad postural con caídas frecuentes.
5. Dificultad para la mirada hacia abajo.

**63. Mujer de 78 años, hipertensa, diabética y anti-**

**coagulada con acenocumarol por fibrilación auricular. Consulta por un cuadro agudo, sin trauma previo, de intenso dolor cérico-dorsal irradiado a miembro superior derecho que aumenta con las maniobras de Valsalva y debilidad rápidamente progresiva de miembros derechos. En la exploración destaca hemiparesia derecha y síndrome de Horner también derecho. No hay afectación facial. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos le parece más probable?:**

1. Hematoma epidural cervical.
2. Aneurisma de aorta ascendente.
3. Hernia de Chiari de tipo I.
4. Trombosis de la arteria vertebral izquierda.
5. Disección de la arteria carótida interna izquierda.

**64. En relación con las fracturas postraumáticas de la base craneal, es INCORRECTO que:**

1. Afectan con más frecuencia la fosa anterior y el peñasco del hueso temporal.
2. La presencia de hematoma periorcular o retroauricular debe hacer sospechar su existencia.
3. La ausencia de salida de líquido cefalorraquídeo por nariz u oído excluye la existencia de brecha dural acompañante y, por tanto, el riesgo de meningitis.
4. El germen más frecuentemente implicado en las meningitis secundarias a brecha dural postraumática es el neumococo.
5. Un paciente consciente, orientado y sin focalidad neurológica, pero con sospecha de fractura de base debe ser ingresado para observación durante, al menos, 24 horas.

**65. Una paciente de 34 años presenta una infección de vías respiratorias altas con artralgias, asociando fiebre elevada, dolor cervical anterior, nerviosismo, taquicardia, temblor fino y pérdida de peso. Su exploración muestra un bocio doloroso a la palpación. ¿Su diagnóstico más probable es?:**

1. Tiroiditis linfocitaria crónica.
2. Tiroiditis subaguda granulomatosa de Quervain.
3. Tiroiditis aguda bacteriana.
4. Tiroiditis subaguda silente.
5. Tiroiditis de Hashimoto.

**66. En una gestante de 20 semanas diagnosticada de hipertiroidismo por enfermedad de Graves-Basedow, ¿cuál sería el tratamiento más adecuado?:**

1. Antitiroideos a dosis altas más levotiroxina para mantener eutiroidismo.
2. Antitiroideos a dosis bajas.
3. Tiroidectomía subtotal

4. Yodo - 131
  5. Solución de Lugol.
67. **Ante el diagnóstico citológico de carcinoma medular de tiroides en una punción-aspiración con aguja fina (PAAF) realizada en el estudio de un nódulo tiroideo asintomático, el siguiente paso debería ser:**
1. Repetir PAAF para confirmar el diagnóstico.
  2. Determinación de calcio en sangre y orina.
  3. Descartar feocromocitoma asociado.
  4. Tiroidectomía total lo antes posible y dosis ablativa de I-131.
  5. Tiroidectomía total más linfadenectomía regional.
68. **Acude al Servicio de Urgencias una mujer de 56 años con clínica de aproximadamente de 9 meses, de debilidad, cansancio, anorexia, pérdida de peso (4-5 Kg), molestias gastrointestinales (nauseas y vómitos), hiperpigmentación e hipotensión arterial (90/50 mmHg). En la analítica destacaba: glucemia: 62 mg/dl; sodio, 126 mEq/l y potasio: 5,9 mEq/l. ¿Cuál de las siguientes respuestas NO es correcta?:**
1. La impresión diagnóstica es que se trata de una insuficiencia suprarrenal primaria o enfermedad de Addison.
  2. La causa más frecuente de enfermedad de Addison es la autoinmune, por ello habitualmente no se realizan pruebas de imagen de suprarrenales para el diagnóstico etiológico.
  3. Ante la sospecha de insuficiencia suprarrenal primaria, la determinación de cortisol y ACTH basal es lo más sensible para establecer el diagnóstico.
  4. La dosis sustitutiva en la insuficiencia suprarrenal primaria es habitualmente de 15-30 mg/día de hidrocortisona en dosis divididas y suele ser necesario también administrar 0'05-0'1 mg de fludrocortisona diarios por vía oral.
  5. En la enfermedad de Addison autoinmune es importante investigar la presencia de otras enfermedades autoinmunes órgano-específicas.
69. **En un hombre de 44 años con síndrome de Cushing por un tumor carcinoide bronquial productor de ACTH, qué respuesta es FALSA:**
1. El paciente presenta desde hace aproximadamente 6 meses debilidad muscular de predominio proximal, aumento de peso y tensión arterial, cambios emocionales intensos y aspecto cushingoide.
  2. En la analítica presentaba una glucemia de 370 mg/dl y una alcalosis hipopotasémica. Los niveles de ACTH eran elevados (350 pg/ml).
  3. La resonancia nuclear magnética de región hipofisaria con gadolinio fue normal. El tumor carcinoide se identificó con una TAC torácica.
4. Ante un síndrome de Cushing ACTH dependiente, la prueba de supresión con dosis bajas de dexametasona es una medida útil para el diagnóstico etiológico.
5. El paciente se curó con la extirpación del tumor. Preciso tratamiento rehabilitador durante largo tiempo por los aplastamientos vertebrales que presentaba debido a la osteoporosis secundaria al hipercortisolismo.
70. **El uso clínico de los glucocorticoides frecuentemente conlleva el desarrollo de complicaciones. Todas las que se enumeran lo son SALVO una. Indíquela:**
1. Aumento de peso.
  2. Diabetes Mellitus.
  3. Osteoporosis.
  4. Disminución de la presión intraocular.
  5. Miopatía.
71. **Un paciente de 70 años con obesidad moderada que padece Diabetes mellitus tipo 2, con función renal conservada, no consigue un control adecuado de los valores de glucemia pre y postprandial (glucemias capilares de 200 a 250 mg/dl) con dieta y medidas higiénico dietéticas. Señale la elección más adecuada:**
1. Metformina.
  2. Dieta estricta hipocalórica e inhibidores de la alfa glucosidasa.
  3. Tiazolidinadionas.
  4. Insulinoterapia.
  5. Empleo de dos antidiabéticos orales, o un antidiabético oral cualquiera asociado a insulina.
72. **Una mujer de 29 años es enviada a la consulta para valoración y para descartar una diabetes mellitus. Como antecedentes familiares, su madre y una tía son diabéticas. Ella tuvo una diabetes gestacional con parto sin problemas. Su talla es de 167 cms y su peso de 92 Kgrs; IMC de 34. Aporta una analítica con una glucemia al azar de 135 mgrs/dL. El test de tolerancia con 75 grs de glucosa oral muestra una glucemia en ayunas de 112 mgrs/dL, con valor a las 2 horas de 178 mg/dL. ¿Cuál de las siguientes actuaciones es la mejor para esta paciente?:**
1. Comenzar tratamiento con metformina.
  2. Modificaciones intensivas de su estilo de vida.
  3. Comenzar tratamiento con acarbose.
  4. Repetir test de tolerancia a la glucosa al año.
  5. Comenzar tratamiento con sulfonilureas.
73. **Debemos sospechar ante un paciente con hiponatremia y hiperosmolaridad plasmática que tiene:**
1. Hiperproteinemia.
  2. Hiperlipemia

3. Hiperglucemia.
  4. Anasarca.
  5. Cirugía con utilización de soluciones de lavado.
74. **Varón de 56 años, que ingresa en Urgencias obnubilado y deshidratado. Se constata insuficiencia renal y una calcemia de 14 mg/dl (3,5 mmol/L). ¿Qué estrategia terapéutica adoptaría?:**
1. Diálisis peritoneal.
  2. Glucocorticoides a altas dosis.
  3. Mitramicina (25 mg/Kg en solución glucosada al 5%) a infundir durante 4-8 horas.
  4. Infusión de suero salino, furosemida y difosfonatos.
  5. Infusión de bicarbonato 1/6 molar, diuréticos tiazídicos y glucocorticoides.
75. **Está claramente establecido el objetivo terapéutico de un colesterol LDL inferior a 100 mg/dl en el caso de:**
1. La presencia de cardiopatía isquémica previa.
  2. La presencia de sobrepeso.
  3. La edad de 50-60 años.
  4. El antecedente de cardiopatía isquémica o ictus previo en un padre o en un hijo.
  5. La detección casual de una estenosis carotídea asintomática de 10-15%.
76. **¿Cuál de los siguientes NO se considera un factor de riesgo coronario?:**
1. Edad.
  2. Sexo.
  3. Alcohol.
  4. Hipertensión arterial.
  5. Tabaco.
77. **Respecto a la radiología de ciertas enfermedades reumáticas. Señale la FALSA:**
1. En la artritis reumatoide son características las erosiones óseas.
  2. La artritis psoriásica se caracteriza por la periostitis (proliferación) y más tarde por la fusión articular.
  3. La artrosis disminuye el espacio articular y presenta osteofitos y esclerosis.
  4. El lupus eritematoso sistémico presenta con frecuencia erosiones óseas.
  5. La sacroileitis bilateral y simétrica es típico de la espondilitis anquilopoyética.
78. **¿Cuál es la manifestación extraarticular más frecuente de la espondilitis anquilosante?:**
1. La nefropatía IgA.
  2. La afectación pulmonar intersticial de campos superiores.
  3. La uveítis anterior aguda.
  4. La uveítis posterior con coriorretinitis.
  5. La amiloidosis secundaria.
79. **Respecto a la Artritis Reumatoide. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?:**
1. La determinación de los anticuerpos anti-peptido cíclico citrulinado (Anti-CCP) tiene valor en el diagnóstico de la artritis reumatoide de inicio.
  2. La mayoría de las veces, la enfermedad intersticial pulmonar es asintomática.
  3. Un rasgo característico de la afectación articular periférica es la presencia de un patrón de afectación radial (participación de diversas articulaciones de un mismo dedo, con preservación de las de los otros dedos de manos o pies).
  4. Los FAMES (fármacos modificadores de la enfermedad) tradicionales se asocian con beneficios terapéuticos importantes: mejoran los signos y síntomas y retardan la evolución radiológica.
  5. La rigidez matutina de larga duración es el síntoma de comienzo más frecuente en la artritis reumatoide, precediendo a la artritis en semanas o incluso meses.
80. **Una mujer de 50 años refiere dolor y deformación en las articulaciones interfalángicas distales de ambas manos. La exploración evidencia dolor a la presión en las mencionadas articulaciones y nudosidades. La paciente es diagnosticada de nódulos de Heberden (artrosis de las articulaciones interfalángicas distales). Señale la FALSA:**
1. La artrosis de articulaciones interfalángicas distales predomina en mujeres.
  2. La artrosis de articulaciones interfalángicas distales tiene una clara historia familiar.
  3. Las dos artropatías que afectan con más frecuencia las articulaciones interfalángicas distales son: la artrosis y la artritis psoriásica.
  4. La artritis reumatoide debe incluirse en el diagnóstico diferencial de este caso.
  5. La artrosis de articulaciones interfalángicas distales puede ocasionar desviaciones laterales de los dedos.
81. **En relación con los test de laboratorio de inmunología, para el diagnóstico y seguimiento de las Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO es cierta?:**
1. Los anticuerpos antinucleares son útiles en el proceso diagnóstico, pero no tienen ningún papel en el seguimiento posterior de estas enfermedades.
  2. En ausencia de clínica, la presencia de anticuerpos anticardiolipina no son diagnósticos de un síndrome antifosfolípido.
  3. La ausencia o resultado negativo en el estudio

de los anticuerpos antinucleares permite descartar la presencia de un Lupus.

4. La determinación periódica de los anticuerpos anti-DNA y de los niveles del complemento, son útiles en el seguimiento de la actividad clínica del lupus.
5. La presencia de anticuerpos anti-Ro no es diagnóstico de Síndrome de Sjögren Primario, pues pueden observarse también en otras enfermedades sistémicas.

**82. Paciente varón de 54 años de edad, con antecedentes de trabajar en un taller, pintando chapa de coches, que acude al hospital por cuadro de tos con expectoración hemoptoica de dos días de duración, acompañado de hematuria y disminución de la diuresis en las últimas 24 h. ¿Cuál es la exploración, entre las que se enumeran a continuación, que realizaría en primer lugar para orientar el diagnóstico?:**

1. Radiología de tórax.
2. Determinación de siderocitos en esputo.
3. Determinación de ANCAS y anticuerpos anti-membrana basal glomerular.
4. Realización de biopsia renal.
5. Determinación de proteinuria.

**83. Paciente varón de 53 años de edad que acude a la consulta por dolor y tumefacción a nivel de la articulación metatarsofalángica del primer dedo del pie derecho de una semana de evolución. Entre sus antecedentes personales destaca una hipertensión arterial tratada con diuréticos. Respecto a la patología que presenta el paciente, cuál de las siguientes es FALSA:**

1. La colchicina es muy útil, reduciendo el número y la intensidad de los ataques en pacientes tratados o no con fármacos hipouricemiantes.
2. La disminución del aclaramiento renal de ácido úrico es la causa más común de hiperuricemia y gota.
3. La identificación de cristales de urato monosódico en líquido sinovial permite un diagnóstico preciso de la enfermedad.
4. El inicio del tratamiento hipouricemiente ha de comenzarse en el brote agudo asociado a AINEs.
5. La práctica de radiografías en las articulaciones con ataques de gota es útil si se desea descartar otras entidades detectables radiológicamente.

**84. Paciente de 46 años que refiere tos no productiva frecuente y disnea tras los medianos esfuerzos, sin ortopnea ni DPN. En la auscultación se objetiva una disminución global del murmullo vesicular y en la radiografía de tórax micronódulos en todo el parénquima pulmonar y adenopatías mediastínicas e hiliares bilaterales. Tras seguir un tratamiento farmacológico, me-**

**loró su sintomatología, con desaparición casi completa de las lesiones parenquimatosas pulmonares y persistencia de las adenopatías. De los siguientes enunciados, ¿cuál sería el diagnóstico más probable?:**

1. Granuloma eosinófilo.
2. Tuberculosis.
3. Silicosis.
4. Sarcoidosis.
5. Asbestosis.

**85. Un varón de 58 años de edad, trabajador manual, presenta dolor de características mecánicas y a veces de reposo en su hombro derecho, de 20 días de evolución que mejora con tratamiento antiinflamatorio no esteroideo. A la exploración, la movilidad de la columna cervical es normal y no dolorosa. El hombro presenta una limitación de la rotación interna y dolor a la elevación del hombro de más de 90°. La radiología simple ofrece un ascenso de la cabeza humeral y signos artrósicos leves y la ecografía una bursitis sin rotura del tendón supraespinoso. ¿Cuál de las siguientes actuaciones está CONTRAINDICADA?:**

1. Solicitar una interconsulta al médico Rehabilitador.
2. Realizar una infiltración con anestésico local y corticoide en el espacio subacromial.
3. Solicitar una resonancia magnética del hombro.
4. Evitar los excesos de levantamiento de peso.
5. Aconsejar una prótesis de hombro.

**86. ¿Cuál de estas afirmaciones es cierta sobre la fractura de la extremidad distal del radio?:**

1. Más frecuente en hombres.
2. La mayoría se producen como consecuencia de una caída con la muñeca en flexión.
3. La mayoría responden favorablemente al tratamiento conservador.
4. La rotura del extensor largo del pulgar no es una complicación de estas fracturas.
5. El tratamiento quirúrgico está contraindicado.

**87. Un mecánico de 40 años se produce una herida al escapársele un destornillador con el que hacía fuerza y clavársele en la palma de la mano izquierda. En la exploración se aprecia déficit de flexión de las articulaciones interfalángica proximal y distal del tercer dedo y sangrado continuo. Se debe sospechar:**

1. Lesión de ambos tendones flexores y arcada arterial.
2. Lesión del tendón flexor profundo y arcada venosa.
3. Lesión de ambos tendones flexores y arcada venosa.
4. Lesión del tendón flexor superficial y arcada

- arterial.
5. Lesión de interóseos y arcada venosa.
- 88. En una fractura de tercio medio de diáfisis de húmero, el nervio más vulnerable de lesionarse cuando existe un desplazamiento de los fragmentos es:**
1. Mediano.
  2. Axial.
  3. Cubital.
  4. Radial.
  5. Safeno.
- 89. Paciente de 55 años, cirujano general en activo, con antecedentes de hipertensión, diabetes y angina inestable, traído a la Urgencia tras caída montando en bicicleta. Radiográficamente presenta una fractura intracapsular desplazada del fémur proximal. ¿Cuál será el tratamiento más adecuado?:**
1. Artroplastia parcial de cadera.
  2. Reducción y osteosíntesis con tornillo-clavo deslizante.
  3. Reducción y osteosíntesis con tornillos canulados.
  4. Artroplastia total de cadera.
  5. Reducción y osteosíntesis con tornillo-placa deslizante.
- 90. Avisan al médico de guardia para valorar a un hombre de 30 años que tras sufrir un accidente de moto presentaba una fractura transversa de tibia derecha y al que en el área de urgencias se le inmovilizó la extremidad con un yeso cruropédico a la espera del tratamiento definitivo. El paciente presenta dolor que no controla con los analgésicos pautados y sensación de hormigueo en el primer espacio interdigital del dorso del pie, con buena movilidad, sensibilidad y presencia de pulso pedio. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?:**
1. Es aconsejable medir la presión de los compartimentos de la pierna.
  2. Es aconsejable realizar una arteriografía.
  3. Es aconsejable abrir el yeso.
  4. Puede ser necesaria una fasciotomía quirúrgica.
  5. Es una emergencia.
- 91. De todas estas fracturas de etiología osteoporótica, señale cual es la más frecuente:**
1. Fractura de cadera.
  2. Fractura de extremidad distal de radio.
  3. Fractura de tobillo.
  4. Fractura de extremidad proximal de hombro.
  5. Fractura vertebral.
- 92. En la revisión primaria de un paciente que ha sufrido un traumatismo torácico y presenta taquipnea, ausencia de ruidos respiratorios en el lado derecho, hipotensión y venas del cuello distendidas. Lo más prioritario es:**
1. Rx tórax.
  2. Intubación orotraqueal.
  3. Mascarilla facial con reservorio de oxígeno.
  4. Monitorización con pulsioxímetro.
  5. Drenaje hemitórax derecho.
- 93. En el curso de la Enfermedad Renal Crónica, la instauración de nicturia suele significar que:**
1. El riñón aumenta la diuresis para mantener el filtrado glomerular normal.
  2. Se ha asociado una alteración en la secreción de ADH.
  3. El mecanismo de concentración de la orina persiste intacto aunque esté reducido el filtrado glomerular.
  4. La función renal se ha reducido a la mitad aproximadamente.
  5. Ha aumentado mucho la carga diaria de solutos.
- 94. Un paciente de 65 años acude al servicio de urgencias por un cuadro de hipotensión ortostática, taquicardia y anuria de 24 horas de evolución. La exploración física y estudios complementarios revelan una reducción de la presión venosa, disminución de la turgencia cutánea, creatinina en plasma de 400  $\mu\text{mol/L}$  (4,47 mg/dl) y sodio urinario inferior a 10 mmol/l. El paciente refiere además un cuadro de gastroenteritis de 5 días de evolución y bajo aporte hídrico. Conteste la respuesta correcta:**
1. El fracaso renal agudo puede desaparecer rápidamente tras restablecer la perfusión renal.
  2. El tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos puede ser beneficioso para la resolución del cuadro.
  3. Es preciso realizar siempre una biopsia renal en estos casos para la obtención del diagnóstico.
  4. Es necesario la monitorización hemodinámica invasiva en la UVI.
  5. Debe iniciarse tratamiento con loperamida.
- 95. Un paciente de 48 años acude al hospital por un cuadro de fiebre de 40°C, dolor lumbar izquierdo y disuria, con una tensión arterial de 90/50 mm Hg. En la analítica de sangre destaca: Na 137 mmol/l, K 5.1 mmol/l, Cl 103 mmol/l, pH 7.42, HCO<sub>3</sub> 12 mmol/l, pCO<sub>2</sub> 20 mm Hg, creatinina 1.6 mg/dl. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos es cierto?:**
1. Acidosis mixta con anión gap elevado.
  2. El paciente no presenta alteraciones del equilibrio ácido-base, ya que el pH es normal.
  3. Alcalosis mixta.
  4. Alcalosis metabólica asociada a acidosis respi-

- ratoria.
5. Acidosis metabólica con anión gap elevado y alcalosis respiratoria.
96. Señale cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA respecto a la enfermedad por anticuerpos anti-membrana basal glomerular (MBG):
1. Suele cursar con insuficiencia renal rápidamente progresiva y hematuria.
  2. La biopsia renal representa el método de elección para el diagnóstico de la nefritis por anticuerpos anti-MBG.
  3. Los inmunosupresores constituyen el tratamiento de elección, encontrándose contraindicada la plasmaféresis por el riesgo de empeorar la hemorragia pulmonar.
  4. La asociación de nefritis por anticuerpos anti-MBG y hemorragia pulmonar constituyen el Síndrome de Goodpasture.
  5. El trasplante renal se encuentra contraindicado en pacientes con enfermedad renal crónica terminal por enfermedad por anti-MBG, incluso aunque ya no se detecten los anticuerpos en suero.
97. Un paciente de 60 años portador de una válvula protésica mitral acude por un cuadro de fiebre, hipertensión arterial, disnea progresiva y oliguria. En la analítica se constata una creatinina sérica de 680  $\mu\text{mol/l}$  (7,6 mg/dl), sedimento urinario con hematíes dismórficos y cilindros hemáticos, y proteinuria de 2.8 g/24 horas. El estudio inmunológico mostró  $\text{C}_3$  sérico descendido y ANCA negativos. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos es el más probable?:
1. Glomerulonefritis membranosa.
  2. Insuficiencia renal prerrenal.
  3. Glomerulonefritis extracapilar con vasculitis necrosante.
  4. Glomerulonefritis proliferativa difusa endocapilar.
  5. Hialinosis segmentaria y focal.
98. Un paciente de 66 años, previamente sano, acude a Urgencias refiriendo dolor lumbar bilateral y la aparición de un rash cutáneo, que relaciona con la ingesta en días previos de Ibuprofeno por molestias faríngeas. Analíticamente destaca una creatinina plasmática de 3.4 mg/dl, una hemoglobina de 12.1 g/dl, 9.800 leucocitos/ $\text{mm}^3$  con 10% de eosinófilos y 379.000 plaquetas/ $\text{mm}^3$ . En la orina se objetiva hematuria microscópica y abundantes leucocitos, sin bacteriuria. Se realizó una ecografía que mostró unos riñones aumentados de tamaño, con buen grosor cortical y sin dilatación de la vía urinaria. Ante estos datos, ¿cuál de los siguientes le parece el diagnóstico clínico más probable?:
1. Enfermedad ateroembólica renal.
  2. Enfermedad de membrana basal fina.
  3. Nefropatía por analgésicos.
  4. Nefritis intersticial por hipersensibilidad.
  5. Síndrome hemolítico-urémico.
99. La afectación renal de la Amiloidosis se caracteriza por:
1. La presencia de proteinuria, frecuentemente de rango nefrótico.
  2. La presencia de microhematuria con brotes frecuentes de hematuria macroscópica.
  3. Presentarse en el 90% de los casos como Fracaso Renal Agudo.
  4. Desarrollar muy frecuentemente hipertensión arterial maligna.
  5. No evolucionar generalmente hacia la esclerosis renal.
100. Si un tumor testicular, es secretor de alfa-fetoproteína, probablemente se tratará de:
1. Sarcoma.
  2. Tumor de células de Leydig.
  3. Seminoma puro.
  4. Seminoma espermatocítico.
  5. Carcinoma embrionario.
101. ¿Cuál de las siguientes respuestas es FALSA respecto al carcinoma de células renales?:
1. Puede manifestarse con disfunción hepática.
  2. Su tamaño es un factor pronóstico importante.
  3. Puede cursar con hipertensión arterial.
  4. La presencia de varicocele asociado sugiere compromiso de vena renal.
  5. La triada dolor lumbar, hematuria y masa abdominal palpable es la forma de manifestación más frecuente.
102. En la litotricia con ondas de choque extracorpóreas (LEOC), las ondas de choque son generadas por una fuente externa al cuerpo del paciente y luego se propagan hacia el cuerpo y se focalizan en el cálculo. Estas ondas son relativamente débiles y no invasivas, se transmiten a través del cuerpo y llegan a adquirir fuerza suficiente sólo en la diana para romper el cálculo. De la siguiente lista de contraindicaciones para este tipo de tratamiento hay una que se considera contraindicación absoluta, ¿cuál de ellas es?:
1. Alteraciones de la coagulación.
  2. Hipertensión arterial descontrolada.
  3. Embarazo.
  4. Obesidad.
  5. Enfermedad coronaria.
103. Respecto a la hipertrofia benigna de próstata es FALSO que:
1. Es la principal causa de obstrucción del tracto urinario inferior en el hombre.

2. Puede condicionar insuficiencia renal crónica.
3. Puede originar litiasis a nivel vesical.
4. Puede acompañarse de elevaciones de los niveles de PSA.
5. La intensidad de los síntomas es directamente proporcional al tamaño de la glándula prostática.

**104. Respecto a la bacteriuria asintomática durante el embarazo, señale la afirmación ERRÓNEA:**

1. La prevalencia de bacteriuria durante el embarazo se sitúa entre el 4-6%.
2. Aproximadamente un 30% de las mujeres embarazadas con bacteriuria desarrollan una pielonefritis aguda.
3. La pielonefritis aguda durante el embarazo se asocia a aumento de mortalidad perinatal y prematuridad.
4. Para indicar tratamiento en mujeres con síntomas, el urocultivo debe ser superior a  $10^5$  UFC (unidades formadoras de colonias)/mL.
5. La fosfomicina trometamol es un antimicrobiano seguro durante la gestación.

**105. Paciente varón de 46 años, intervenido hace 45 días de dos hernias discales lumbares. Presenta micciones frecuentes de escasa cantidad, incontinencia urinaria y tumoración hipogástrica. Se realiza una ecografía, que demuestra que corresponde a un globo vesical, no observando otra patología de vejiga, además de comprobar que los riñones son normales y que la próstata es de un volumen de 24 cc en su medición ecográfica. Se pasa por uretra sin dificultad hasta vejiga una sonda Foley 16F, saliendo unos 950 cc de orina. Se realiza un estudio urodinámico, apreciando en la cistometría una hipoactividad e hipocontractilidad del detrusor, con presiones del detrusor bajas durante la fase de vaciado (o miccional) y con residuo postmiccional elevado. De las posibilidades en su enfoque terapéutico posterior, ¿qué NO estaría indicado?:**

1. Cateterismo intermitente.
2. Alfabloqueantes.
3. Maniobras de compresión suprapúbica (Credé).
4. Electroestimulación vesical.
5. Anticolinérgicos.

**106. Hombre de 60 años, receptor de riñón donante cadáver de 65 años. Tras una cirugía sin complicaciones valorables, presenta en las primeras cuatro horas tras la conclusión de la misma, constantes vitales mantenidas, drenaje quirúrgico inactivo y ausencia de diuresis. Todas las siguientes causas son posibles EXCEPTO una, señálela:**

1. Trombosis vascular.
2. Hemorragia de anastomosis vascular.
3. Rechazo agudo.

4. Necrosis tubular.
5. Obstrucción vía urinaria.

**107. En relación con los síndromes mielodisplásicos, señale la afirmación correcta:**

1. Tiene mayor incidencia en mujeres jóvenes.
2. La pancitopenia es un hallazgo poco frecuente (menos del 5%).
3. La presencia de citopenias o monocitosis sin anemia se da en más del 90% de los pacientes.
4. La presencia de anemia con sideroblastos en anillo es de mal pronóstico y suele conllevar una supervivencia inferior a un año.
5. La celularidad cuantitativa de la médula ósea está casi siempre aumentada o normal con patrón ferrocínético de eritropoyesis ineficaz.

**108. Acude a su consulta un hombre de 67 años que refiere ligera astenia desde hace 2 meses y una pérdida de peso de 6 kg. en el mismo plazo. No refiere fiebre, cambios en el hábito deposicional ni síndrome miccional. En la exploración física únicamente destacan: soplo sistólico panfocal II/VI y hepatomegalia no dolorosa de 1 través de dedo en línea medioclavicular. Aporta la siguiente analítica: Hemograma: hemoglobina: 7,9 g/dl; hematocrito: 22%; VCM: 75fl; leucocitos: 8800/ $\mu$ l; (PMN: 63%; linfocitos: 22%; monocitos 12%, eosinófilos 3%), plaquetas: 550000/ $\mu$ l. Bioquímica: creatinina: 0,89 mg/dl; glucosa: 112 mg/dl; Na: 142 mEq/l; K: 4,2 mEq/l; Cl: 100 mEq/l; GOT: 16UI/L; GPT: 21UI/L; GGT: 71UI/L; LDH: 88UI/L; bilirrubina: 0,91 mg/dl; sideremia: 21  $\mu$ g/dl; ferritina: 12 ng/ml; TIBC: 450  $\mu$ g/dl. La actitud más adecuada sería:**

1. Transfundir 2 concentrados de hemáties. Posteriormente iniciar tratamiento con hierro oral durante 6 meses.
2. Transfundir 2 concentrados de hemáties. Solicitar panendoscopia oral y colonoscopia.
3. Iniciar tratamiento con hierro oral. Solicitar panendoscopia y colonoscopia, suspendiendo la feroterapia 10 días antes de la colonoscopia. Reanudar la feroterapia y mantener hasta 6 meses tras corregir la anemia.
4. Iniciar tratamiento con hierro oral. Solicitar panendoscopia y colonoscopia, suspendiendo la feroterapia 10 días antes de la colonoscopia. Reanudar la feroterapia y mantener hasta corregir la anemia.
5. Iniciar tratamiento con hierro intravenoso. Solicitar panendoscopia oral y colonoscopia. Mantener feroterapia hasta normalizar la cifra de ferritina.

**109. Niña de Guinea Ecuatorial de 7 años de edad que acude a urgencias por astenia importante de 3 días de evolución, febrícula, molestias faríngeas y orinas oscuras. En la exploración presenta hepatoesplenomegalia moderada lige-**

ramente dolorosa y subictericia. En el hemograma se evidencia anemia importante de 5,6 g/dl de hemoglobina con VCM 75 fl y leucocitosis neutrofilica. En la bioquímica llama la atención un aumento de bilirrubina total de 5 mg/dl a expensas de bilirrubina no conjugada. La madre relata desde la infancia episodios similares que incluso han llevado a la trasfusión en tres ocasiones previas realizadas en su país. Su familia presenta un historial de anemia y hematuria. ¿Qué prueba plantearía en este momento y cuál sería su sospecha diagnóstica?:

1. Estudio de hemoglobinas y talasemia mayor.
2. Niveles de ferritina y ferropenia severa.
3. Test de Coombs y anemia hemolítica autoinmune.
4. Estudio morfológico de sangre periférica y anemia drepanocítica.
5. Estudio morfológico de sangre periférica y esferocitosis hereditaria.

**110. Mujer de 32 años de edad con antecedentes en su juventud de bulimia en tratamiento con antidepresivos y lamotrigina. Acude a urgencias por cuadro de unas semanas de evolución de astenia y aparición de hematomas en extremidades. En el hemograma se objetiva 900 leucocitos/mm<sup>3</sup> (5% S; 91% L; 4% M); hemoglobina de 4,3 g/dl; VCM 89 fl; 6000 plaquetas/mm<sup>3</sup>. En el estudio morfológico no se objetivan formas blásticas. Se realiza biopsia de médula ósea que se informa como acelular con predominio de adipocitos. ¿Cuál considera que sería el diagnóstico más probable y el tratamiento más conveniente?:**

1. Toxicidad medular e inmunoterapia con timoglobulina y ciclosporina.
2. Síndrome mielodisplásico y trasfusiones periódicas.
3. Anemia hemolítica autoinmune y corticoides.
4. Anemia perniciosa e inyecciones periódicas de vitamina B<sub>12</sub>.
5. Aplasia medular severa y trasplante de progenitores hematopoyéticos de un hermano histocompatible.

**111. La policitemia vera NO se asocia con:**

1. Leucocitosis.
2. Trombocitosis.
3. Niveles elevados de B12.
4. Niveles elevados de eritropoyetina.
5. Esplenomegalia.

**112. Paciente de 40 años con cuadro clínico de sudoración, fiebre y pérdida de peso en las últimas semanas. En la exploración y pruebas de imagen se encontraron adenopatías mediastínicas, cervicales y retroperitoneales. Tras un estudio histológico se diagnostica de Enfermedad de Hodgkin del tipo depleción linfocítica. En la**

**biopsia de médula ósea no se objetiva infiltración por la enfermedad. Señale de los siguientes en qué estadio del sistema Ann Arbor se encontraría este paciente:**

1. Estadio III-A.
2. Estadio III-B.
3. Estadio IV-A.
4. Estadio IV-B.
5. Estadio II-A.

**113. De todos los siguientes parámetros el que mayor importancia pronóstica tiene en los linfomas agresivos es:**

1. Afectación extraganglionar.
2. Hipoalbuminemia.
3. LDH sérica.
4. Estadio de la enfermedad (Ann Arbor).
5. Nivel del receptor soluble de la transferrina.

**114. Un paciente de 75 años presenta adenopatías y una linfocitosis en sangre periférica a expensas de linfocitos CD20+ y CD5+, con traslocación cromosómica t(11;14) y afectación de la mucosa del tubo digestivo, todo ello es compatible con:**

1. Linfoma del Manto Estadio IV.
2. Leucemia Linfática Crónica B Estadio III-B.
3. Macroglobulinemia de Waldstrom.
4. Leucemia Prolinfocítica B.
5. Leucemia Linfática Crónica B Estadio II-A.

**115. Con respecto al tratamiento del mieloma múltiple, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?:**

1. La mayoría de pacientes experimentan remisión completa con melfalan y prednisona.
2. Se logran respuestas que alargan la supervivencia más allá de 15 años.
3. Los pacientes jóvenes pueden beneficiarse de altas dosis de quimioterapia seguida de auto-trasplante en precursores hematopoyéticos.
4. Se deben utilizar estrategias de quimioterapia de inducción, consolidación y mantenimiento como en las leucemias agudas.
5. El trasplante alogénico es el de elección en pacientes ancianos.

**116. Un paciente de 40 años de edad con antecedentes personales y familiares de sangrados frecuentes por mucosa oral y epistaxis, presenta en el estudio de hemostasia: alargamiento del tiempo de sangría, disminución de la actividad del Factor VIII y una disminución de la agregación plaquetaria inducida por ristocetina, todo lo cual es compatible con:**

1. Hemofilia A leve.
2. Tromboastenia de Glanzman.
3. Enfermedad de Bernard Soulier.
4. Enfermedad de von Willebrand.

5. Ingesta de ácido acetil salicílico.
- 117. En la enfermedad tromboembólica venosa en el paciente con trombofilia. Es FALSO que:**
1. Suele manifestarse a edades más precoces.
  2. Suele ser causa de enfermedad tromboembólica recidivante.
  3. Debe sospecharse en caso de antecedentes familiares positivos.
  4. Es indicación de heparina no fraccionada.
  5. Puede requerir tratamientos más prolongados.
- 118. La enfermedad injerto contra huésped es una complicación característica del:**
1. Trasplante hepático.
  2. Trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos.
  3. Trasplante singénico de progenitores hematopoyéticos.
  4. Trasplante renal.
  5. Trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos.
- 119. Una paciente diabética de 65 años acude a urgencias por fiebre de 38,5°C y malestar general junto con síndrome miccional. Su tensión arterial es de 90/60 mmHg, frecuencia cardíaca 105 lpm y frecuencia respiratoria de 22 rpm con saturación arterial de O<sub>2</sub> de 89%. En la exploración física destacaba puñopercusión izquierda positiva. En la analítica sobresalía leucocitosis de 15700/mm<sup>3</sup> (87%; neutrofilos) y creatinina de 1,4 mg/dL. Coagulación con 90.000 plaquetas. Señale aquella medida inicial cuyo retraso tenga una mayor influencia negativa en la evolución del cuadro:**
1. Administrar precozmente corticoides y proteína C activada.
  2. Administrar precozmente bicarbonato.
  3. Ingreso en UCI para ventilación mecánica asistida.
  4. Administración de antibióticos y estabilización hemodinámica.
  5. Administración de tratamiento inotrópico con dobutamina.
- 120. Paciente de 46 años con antecedentes de trasplante renal en tratamiento con azatioprina y corticoides. Consulta por cuadro de una semana de evolución de fiebre y tos productiva con esputo denso y blanquecino. En la Rx de tórax se observan dos nódulos pulmonares de 3 y 6 cm en lóbulo superior izquierdo y lóbulo inferior derecho respectivamente con cavitación central. En el cultivo de esputo se observan filamentos arrosariados grampositivos. ¿Cuál sería el tratamiento de elección?:**
1. Amoxicilina-Clavulánico.
  2. Eritromicina.
  3. Tetraciclinas.
  4. Trimetoprim-Sulfametoxazol.
  5. Levofloxacino.
- 121. Con respecto al Tétanos, ¿cuál de las siguientes frases es la correcta?:**
1. El Tétanos aparece tras un período mínimo de incubación de 14 días.
  2. La mortalidad del Tétanos es todavía en la actualidad, superior al 50%.
  3. En el diagnóstico del Tétanos, es fundamental haber efectuado cultivos previos al inicio del tratamiento.
  4. El Tétanos está caracterizado por una rigidez generalizada junto a crisis de espasmos musculares.
  5. En el tratamiento del Tétanos es fundamental mantener el estado de alerta del enfermo, con el fin de evitar aspiraciones.
- 122. La pauta más consensuada para administrar antibióticos de forma profiláctica en cirugía es:**
1. Cada 8 h. el día antes y el día de la intervención
  2. Cada 12 h. el día antes y el día de la intervención.
  3. Monodosis en el momento de la inducción anestésica.
  4. Tres dosis postoperatorias.
  5. Monodosis intraoperatoria.
- 123. Paciente de 30 años procedente de la India que consulta por cuadro de fiebre continua de 38-38.5°C de 2 meses de evolución, hepatomegalia con gran esplenomegalia. Analítica: pancitopenia e hipergammaglobulinemia. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:**
1. Fiebre tifoidea.
  2. Paludismo.
  3. Esquistosomiasis.
  4. Leishmaniasis.
  5. Amebiasis.
- 124. Ante una neumonía atípica, con sospecha de estar producida por la especie legionella, la solicitud más adecuada para confirmar o descartar esta etiología sería:**
1. Cultivo de esputo en agar  $\alpha$ -BCYE.
  2. Inmunofluorescencia directa frente a legionella en esputo.
  3. Detección de Antígeno de legionella en orina.
  4. Serología específica (Igm).
  5. Detección de anticuerpos en suero frente a legionella.
- 125. Un paciente de 80 años ingresa en el hospital por dolor lumbar de un mes de evolución, continuo, progresivo, que aumenta con los movimientos del tronco y en los últimos días se irra-**

**dia por la cara externa del muslo hasta rodilla junto con febrícula de 37,5°C. Presenta antecedentes de hipertrofia prostática benigna y un ingreso hospitalario de sepsis de origen urinario dos meses antes. Sería urgente descartar:**

1. Pielonefritis aguda.
2. Un nuevo episodio de sepsis.
3. Osteomielitis vertebral con absceso epidural.
4. Obstrucción de la vía urinaria con infección.
5. Proceso infeccioso retroperitoneal.

**126. Un hombre de 35 años fue hospitalizado debido a cefaleas, fiebre y confusión. Siete meses antes había recibido un transplante renal, después de lo cual había recibido fármacos inmunodepresores para evitar el rechazo. Se tomó una muestra de LCR en la que había un recuento de 56 células/mm<sup>3</sup> con un 96% de leucocitos polimorfonucleares, concentración de glucosa de 40 mg/dl y concentración de proteínas 172 mg/dl. La tinción de Gram del LCR fue negativa para microorganismos, pero crecieron cocobacilos grampositivos en los hemocultivos y en los cultivos del LCR. ¿Cuál es la causa más probable de la meningitis de este paciente?:**

1. *Neisseria meningitidis*.
2. *Streptococcus pneumoniae*.
3. *Streptococcus agalactiae*.
4. *Mycobacterium tuberculosis*.
5. *Listeria monocytogenes*.

**127. Cual es el procedimiento más adecuado para llegar al diagnóstico etiológico de una artritis de rodilla que se acompaña de fiebre, dolor muscular e inflamación migratoria en otras articulaciones junto a lesiones vesículo-pustulosas de la piel en una mujer joven y previamente sana:**

1. Cultivo del líquido sinovial.
2. Cultivo de sangre.
3. Cultivo de endocervix.
4. Biopsia cutánea.
5. Determinación de auto anticuerpos.

**128. Una mujer de 31 años ha sido diagnosticada recientemente de infección por VIH. Está asintomática. Acude a la consulta con una prueba de la tuberculina de 11 mm de diámetro, un recuento de 550 linfocitos CD4+/mm<sup>3</sup> y una carga viral de 80.000 copias/mL. ¿Qué medidas deben recomendarse?:**

1. Tratamiento de infección tuberculosa latente, profilaxis primaria de *Pneumocystis jiroveci* y tratamiento antirretroviral.
2. Tratamiento de infección tuberculosa latente y profilaxis primaria de *P. jiroveci*. No tiene criterios de inicio de tratamiento antirretroviral.
3. Tratamiento de infección tuberculosa latente y tratamiento antirretroviral. No tiene criterios de inicio de profilaxis de *P. jiroveci*.

4. Tratamiento de infección tuberculosa latente. No tiene criterios de inicio de profilaxis de *P. jiroveci* ni de tratamiento antirretroviral.
5. Seguimiento sin ninguna intervención específica en este momento.

**129. Un paciente de 27 años, con infección por VIH e inmunodepresión avanzada, refiere pérdida de visión bilateral, mayor en ojo izquierdo. El diagnóstico más probable a descartar es:**

1. Desprendimiento de retina.
2. Coroiditis toxoplásmica.
3. Retinopatía por VIH.
4. Retinitis por CMV.
5. Degeneración macular por inmunodeficiencia.

**130. ¿Cuál de las siguientes manifestaciones obliga a descartar infección por VIH?:**

1. Faringoamigdalitis estreptocócica de repetición.
2. Dermatomycosis extensas.
3. Trombocitopenia autoinmune.
4. Anemia ferropénica.
5. Cáncer digestivo en persona joven.

**131. En relación con la aplicación de injertos y colgajos en cirugía reconstructiva, señale la respuesta correcta:**

1. Un colgajo puede aportar diferentes tipos de tejidos (colgajo compuesto), en cambio los injertos sólo incluyen una clase de tejido, generalmente piel.
2. La vascularización de los injertos depende de su pedículo vascular.
3. Los colgajos libres han de ser necesariamente colgajos axiales, para poder anastomosar los elementos vasculares de su pedículo a vasos receptores.
4. En caso de accidentes con pérdida de sustancia cutánea, los injertos deben realizarse con carácter urgente, en cambio los colgajos pueden diferirse.
5. La diferencia fundamental entre injertos y colgajos reside en el tipo de vascularización que los nutre: los colgajos poseen una vascularización axial (al menos una arteria y una vena como parte del pedículo vascular), en cambio el pedículo de los injertos lo compone una parte del propio tejido (vascularización tipo rándom).

**132. Si usted recibe un paciente con quemaduras por llama en una sala de urgencias, deberá seguir como regla primaria:**

1. Olvidarse de las quemaduras hasta establecer un diagnóstico completo del estado del paciente.
2. Aplicar compresas húmedas sobre las quemaduras y administrar analgésicos por cualquier

vía disponible para aliviar el sufrimiento del paciente.

3. Canalizar una vía venosa para perfusión de líquidos al tiempo que toma una muestra para analítica general e iniciar la cura mientras llega el cirujano de guardia.
4. Administrar pronto la profilaxis antitetánica para evitar que se olvide.
5. Desbridar las ampollas provocadas por la lesión térmica mientras un asistente busca una vía de perfusión de líquidos para iniciar la reanimación hidroelectrolítica.

**133. El ecotinib es un fármaco activo en pacientes con cáncer de pulmón cuyo mecanismo de acción es:**

1. Inhibe la topoisomerasa 2.
2. Inhibe el EGFR (receptor del factor de crecimiento epidérmico).
3. Inhibe la polimerización de la tubulina.
4. Inhibe la despolimerización de la tubulina.
5. Inhibe la Hidroxi-Metil-Glutaryl-Coenzima A reductasa.

**134. ¿Cuál de las siguientes combinaciones de fármacos analgésicos INCORRECTA si aplicamos el tratamiento escalonado de la OMS?:**

1. Paracetamol, tramadol y dexametasona.
2. Naproxeno, morfina de liberación retardada y gabapentina.
3. Ketorolaco, morfina y tramadol.
4. Ácido acetilsalicílico, ketorolaco y tramadol.
5. Metadona, dexametasona y paracetamol.

**135. Un paciente de 73 años, hipertenso y con antecedentes de endarterectomía carotídea derecha hace 2 años, es diagnosticado de carcinoma de páncreas con metástasis peritoneales, hepáticas y pulmonares. El paciente rechaza el tratamiento con quimioterapia, aceptando únicamente manejo sintomático. Recibe tratamiento con morfina de liberación prolongada (llegando hasta 300 mg/día), lorazepán y metoclopramida, consiguiéndose un control adecuado de los síntomas. En la última semana reaparece dolor abdominal y náuseas y se añade dificultad para la deglución y periodos de agitación. El paciente está caquético, postrado, confuso, icterico y con sequedad de mucosas. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones, sobre el manejo del paciente, considera correcta?:**

1. La dosis de morfina que recibe es la máxima aconsejada para evitar depresión respiratoria, por lo que se debería asociar otro tipo de analgésico para controlar el dolor.
2. Haloperidol, clorpromacina y midazolam son fármacos útiles para controlar la agitación del paciente terminal.
3. La hidratación intravenosa alivia el sufrimiento causado por la deshidratación terminal sin

prolongar la agonía.

4. Se debe forzar la ingesta por vía oral, enteral o parenteral, para mejorar los síntomas.
5. La confusión no es frecuente en pacientes oncológicos terminales, por lo que se debe realizar un CT craneal para descartar complicaciones de su enfermedad vascular cerebral.

**136. Un paciente de 88 años ha sido dado de alta hospitalaria tras ser intervenido por una fractura de fémur. Acude a la consulta por presentar una úlcera de presión, aparecida en el hospital, de unos 5 cm en la zona sacra. Por la pérdida de piel en todo su espesor y presencia de tejido necrótico en su base la consideramos en estadio IV. Emite mal olor. La piel circundante está levemente eritematosa. El paciente está afebril y presenta un recuento y fórmula leucocitaria normales. ¿Cuáles de las siguientes aproximaciones sería la MENOS adecuada en este momento?:**

1. Instaurar medidas locales antipresión.
2. Administrar antibióticos sistémicos tras recoger cultivos del exudado.
3. Asegurar un buen estado nutricional del paciente.
4. Proceder al desbridamiento quirúrgico del material necrótico.
5. Utilizar antisépticos locales del tipo de la povidona yodada o hipoclorito sódico.

**137. Una mujer de 89 años con antecedentes de depresión, hemorragia digestiva por úlcera gastroduodenal, hipertensa, enfermedad diverticular de colon y fractura vertebral, sufre una caída fortuita en la calle e ingresa en el hospital por fractura de cadera. Está en tratamiento con citalopram, lorazepam, enalapril, omeprazol, lactulosa, alendronato y calcio. El riesgo de delirium es elevado en la fase postoperatoria. ¿Cuál de las siguientes intervenciones NO puede ser considerada como preventiva en situaciones de riesgo de delirium?:**

1. Movilización precoz.
2. Ajuste del horario de la medicación al respeto del sueño.
3. Detección precoz de la deshidratación y repleción de volumen.
4. Aumentar la dosis de sedantes para facilitar descanso.
5. Restringir sondas a situaciones estrictamente necesarias.

**138. Un hombre de 50 años acude a un servicio de urgencias del Centro de Salud presentando un cuadro de dolor abdominal súbito. ¿Cuál de las siguientes causas de dolor abdominal se planificaría en último lugar?:**

1. Infarto agudo de miocardio.
2. Diverticulitis.

3. Perforación de úlcera péptica.
4. Aneurisma disecante de aorta.
5. Embolia mesentérica.

**139. En un paciente con metástasis hepáticas de primario no conocido, ¿cuál de los siguientes tumores considera más improbable como origen?:**

1. T. mamarios.
2. T. pulmonares.
3. T. gastrointestinales.
4. T. prostáticos.
5. Melanomas.

**140. Un paciente consulta por pérdida de peso, dolor abdominal y trombosis venosa. En la exploración tiene esplenomegalia e ictericia. En las pruebas de imagen se confirma la sospecha clínica de tumor abdominal de:**

1. Estómago.
2. Vesícula.
3. Hígado.
4. Páncreas.
5. Colon.

**141. ¿Qué gen debería estudiarse en un paciente con cáncer colorrectal no acompañado de pólipos o con pocos pólipos en la mucosa adyacente, que tiene dos miembros adicionales de su familia en dos generaciones que han desarrollado un tumor similar?:**

1. Ras.
2. APC.
3. MSH2.
4. p53.
5. c-MYC.

**142. Al valorar el riesgo operatorio de un paciente con un infarto de miocardio previo, que se debe operar de una hernia inguinal sintomática, es cierto que:**

1. Se debe posponer la operación hasta transcurridos 9 meses del infarto por el alto riesgo de reinfarto perioperatorio.
2. El periodo de máximo riesgo de reinfarto perioperatorio es el primer mes.
3. El periodo de máximo riesgo de reinfarto perioperatorio son los 6 primeros meses.
4. Es una patología benigna y sólo se debe operar si la hernia se encarcera o estrangula.
5. No hay un incremento del riesgo pasado el tercer mes.

**143. Enfermo de 50 años de edad que refiere que hace unos 5 años le aparecen en distintas zonas de la superficie cutánea una placas eritematosas, algunas con ligera descamación y picor. Posteriormente le aparecen de forma sucesiva placas infiltradas eritematosas y en los últimos**

**meses lesiones tumorales de gran tamaño, algunas ulceradas. ¿Cuál de los diagnósticos que a continuación se enumeran es el más correcto?:**

1. Melanoma metastásico.
2. Histiocitosis X.
3. Neurofibromatosis.
4. Micosis Fungoide.
5. Sífilis.

**144. La isotretinoína oral es el tratamiento de elección en pacientes con acné severo, que no responde o lo hace discretamente a los tratamientos tópicos y tetraciclinas por vía oral. ¿Qué recomendación y/o control NO es necesario en su administración?:**

1. Si el paciente es mujer, solicitar un test de embarazo antes de iniciar el tratamiento y recomendarle la utilización de al menos un método anticonceptivo seguro, durante todo el tratamiento y hasta un mes después de terminarlo.
2. Si el paciente es hombre, recomendarle el uso de un método anticonceptivo durante todo el tratamiento y hasta tres meses después de terminarlo.
3. Controlar la función hepática y los niveles de triglicéridos y colesterol.
4. Recomendarle que evite el sol.
5. Recomendarle que se aplique sistemáticamente cremas emolientes en la piel y en la mucosa labial.

**145. ¿En cuál de las siguientes enfermedades es más frecuente la alopecia cicatricial?:**

1. Protoporfiria eritropoyética.
2. Liquen ruber plano.
3. Dermatitis atópica.
4. Pitiriasis rosada.
5. Eritema crónico migrans.

**146. ¿En cuál de las siguientes enfermedades NO está indicada la fototerapia con UVB de banda estrecha?:**

1. Dermatitis atópica.
2. Psoriasis.
3. Porfiria cutánea tarda.
4. Micosis fungoide.
5. Vitíligo.

**147. En el eritema exudativo multiforme, todas las respuestas son ciertas, EXCEPTO:**

1. Erupción de comienzo brusco y de predominio acral.
2. Generalmente en el mismo paciente las lesiones son monomorfas.
3. Coincide con un brote activo de herpes simple.
4. Es infrecuente en niños y ancianos.

5. No siempre muestra necrosis epidérmica en la histología.
- 148. Acude a urgencias un paciente de 35 años de edad, que estando en su casa manipulando un frasco que contiene un líquido de limpieza que no sabe precisar, aunque cree que es un desengrasante para hornos, al oprimir el pulsador el líquido alcanza sus ojos. Eso ha ocurrido hace unos minutos y le traen directamente a urgencias pues apenas puede abrir los ojos. ¿Qué hacer?:**
1. Hacer una cuidadosa anamnesis para tratar de averiguar la naturaleza del agente cáustico y utilizar el neutralizante adecuado.
  2. Enviar a un acompañante al domicilio para que nos traiga el envase del producto y lavar con el neutralizante correspondiente.
  3. Pasar por alto la anamnesis y la exploración y proceder a lavar los ojos con suero fisiológico o agua durante 15 a 30 minutos.
  4. Realizar una tinción con Fluoresceína Sódica para valorar adecuadamente las lesiones del segmento anterior.
  5. Enviar a un Centro con Oftalmólogo de guardia.
- 149. Paciente de 52 años de edad que acude a consulta manifestando que desde hace tres días nota visión borrosa con molestias en ojo derecho que se acentúan cuando está en lugares muy iluminados o en la calle si hace sol. Al ser explorado encontramos una discreta hiperemia conjuntival y tras la tinción con colirio de Fluoresceína sódica observamos sobre la cornea central una figura lineal ramificada de unos 5 mm de longitud que nos sugiere que estamos ante:**
1. Queratitis bacteriana.
  2. Queratitis vírica.
  3. Queratoconjuntivitis epidémica.
  4. Queratitis por acanthamoeba.
  5. Queratitis medicamentosa.
- 150. Paciente de 57 años de edad que acude a revisión anual rutinaria al Centro de Salud, pesa 84 kg y mide 1.75 m. Se encuentra según sus propias manifestaciones, bien de salud, hace poco ejercicio y come normalmente. Su presión arterial es 155/90. Al explorar el fondo de ojo previa dilatación pupilar con Tropicamida, observamos en el polo posterior de ambos ojos, rodeando el área macular una serie de puntos rojos y blancos junto con pequeñas manchas blancas y rojas. Esto nos hace pensar que:**
1. Es una retinopatía hipertensiva, controlaremos la presión arterial y/o recomendamos un Holter.
  2. Se trata de una degeneración macular asociada a la edad, remitimos de urgencia al Oftalmólogo.
  3. Podría ser una Retinitis por VIH, solicitaremos las pruebas correspondientes.
  4. Es una Retinopatía diabética, indicaremos una curva de Glucemia.
  5. Pensamos en una uveítis de posible origen luético.
- 151. Paciente varón, de 59 años de edad, hipertenso, que refiere una pérdida de visión en su ojo derecho, indolora y repentina. En el fondo de ojo destaca una papila de aspecto pálido y edematosa, mientras que el izquierdo es completamente normal. En el estudio de campo visual aparece un defecto en el campo inferior. ¿Cuál sería entre los siguientes el diagnóstico más probable para este cuadro?:**
1. Neuritis óptica anterior.
  2. Edema de papila por hipertensión intracraneal.
  3. Neuropatía óptica isquémica anterior.
  4. Neuritis óptica desmielinizante.
  5. Obstrucción de la vena central de la retina.
- 152. ¿Cuál de las siguientes lesiones orales NO se considera precancerosa?:**
1. Leucoplasia.
  2. Queratosis actínica de los labios.
  3. Fibrosis submucosa.
  4. Liquen plano (formas erosivas).
  5. Candidiasis oral.
- 153. Ante un varón con antecedentes de tabaquismo y alcoholismo que consulta porque desde hace meses nota una sensación de cuerpo extraño al tragar, parestesias faríngeas, pinchazos en los oídos y una adenopatía cervical. ¿Qué debemos sospechar?:**
1. Cáncer de las cuerdas vocales.
  2. Cáncer de supraglotis.
  3. Cáncer de cavum.
  4. Cáncer subglótico.
  5. Laringitis aguda.
- 154. Varón de 75 años que acude a la consulta por presentar parálisis facial derecha de lenta instauración. A la exploración se aprecia una tumoración preauricular derecha de 4 cm, de consistencia dura, que según refiere el paciente la tiene desde hace aproximadamente un año. No se palpan adenopatías cervicales, ¿Cómo orientaría el cuadro clínico?:**
1. Tumor maligno de glándula parótida.
  2. Colesteatoma.
  3. Parálisis facial a frigore.
  4. Tumor maligno de glándula submaxilar.
  5. Quiste de retención parotideo.
- 155. Paciente de 28 años que durante una pelea recibe un puñetazo en el mentón y acude a urgencias presentando tumefacción preauricular**

**derecha, otorragia, limitación de la abertura bucal y contacto prematuro de los molares del lado afecto. ¿Qué es FALSO en relación a esta patología?:**

1. Es la fractura más frecuente del territorio máxilofacial.
2. Su tratamiento no siempre es quirúrgico.
3. Los niños que sufren este tipo de fractura pueden presentar secundariamente alteraciones del crecimiento mandibular.
4. A la apertura bucal, los pacientes que sufren este tipo de fractura, suelen presentar desviación del mentón hacia el lado lesionado.
5. La ortopantomografía sigue siendo útil para su diagnóstico.

**156. Paciente de 55 años que refiere hipoacusia progresiva de oído derecho desde hace 1,5 años junto con sensación leve de inestabilidad y acúfeno en dicho oído. La exploración muestra tímpanos normales y la audiometría tonal indica una hipoacusia derecha moderada-severa. ¿Qué actitud tomaría?:**

1. Administraría sedantes vestibulares.
2. Control evolutivo.
3. Realizaría una resonancia magnética para descartar un neurinoma.
4. Le indicaría la adaptación de prótesis auditiva.
5. Le indicaría cirugía otológica de otoposclerosis.

**157. Señalar cuál de los siguientes síntomas NO es característico del trastorno obsesivo-compulsivo:**

1. Pensamientos e imágenes recurrentes.
2. Meticulosidad.
3. Ausencia de introspección.
4. Lentitud.
5. Compulsiones.

**158. Respecto a los trastornos de ansiedad señale la respuesta FALSA:**

1. Los pacientes que sufren un trastorno obsesivo compulsivo tienen ideas obsesivas irracionales e intrusivas. Las más frecuentes son las obsesiones de limpieza.
2. Son los trastornos más comunes en la población general. Son más frecuentes en mujeres y su incidencia disminuye con la edad.
3. El abuso de alcohol es una complicación grave y frecuente.
4. El trastorno por estrés postraumático suele aparecer en los seis primeros meses tras el suceso traumático.
5. El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por la presencia de crisis de angustia, recurrentes e inesperadas y puede cursar con o sin agorafobia.

**159. Paciente de 27 años que acude por tercera vez**

**en la semana a la urgencia por cortes superficiales, autoinflingidos, en ambos brazos. En la entrevista clínica destacan datos como importante impulsividad, consumo de diferentes tóxicos de manera abusiva, inestabilidad en las relaciones y numerosos intentos autolíticos. Señale el diagnóstico más probable:**

1. Fase maniaca de un trastorno afectivo bipolar.
2. Trastorno de personalidad límite.
3. Trastorno de personalidad esquizotípico.
4. Trastorno de ansiedad generalizada.
5. Síndrome de Cotard.

**160. Alberto acompaña a su padre, de 55 años, a la consulta del psiquiatra. El padre no veía necesaria la consulta porque dice sentirse estupidamente. Sin embargo el hijo cuenta que le ve cambiado desde hace algún tiempo. Todas las tardes se va a un bingo, algo que antes rechazaba, gasta en él más de la cuenta y cuando llega a casa, ya bastante tarde, da vueltas por la casa sin centrarse en nada y no hay manera de que se vaya a dormir. Habla de las personas que ha conocido en el bingo e incluso cuenta que hay una mujer con la que está pensando casarse. Ha hecho un amigo con el que piensa emprender un negocio seguro y no tolera que le contradigan. Al psiquiatra le cuenta que en su vida se ha encontrado mejor y que en todo caso será su hijo, que siempre está preocupado, quien necesite tratamiento. El hijo dice que nunca antes había visto a su padre de esta manera. ¿Cuál es su diagnóstico?:**

1. Trastorno esquizotípico.
2. Episodio hipomaniaco.
3. Distimia.
4. Trastorno límite de la personalidad.
5. Trastorno psicótico breve.

**161. En los pacientes con trastorno bipolar, tratados con sales de litio, es necesario el control de:**

1. La presión arterial.
2. La función tiroidea.
3. El título de anticuerpos.
4. El volumen de eyección ventricular.
5. El segmento ST.

**162. El test de supresión con dexametasona se emplea como test biológico complementario para el diagnóstico de:**

1. Esquizofrenia.
2. Trastorno bipolar.
3. Alcoholismo.
4. Trastorno somatomorfo.
5. Depresión endógena.

**163. En la exploración física del paciente con esquizofrenia es frecuente encontrar:**

1. Anomalías endocrinas.
2. Signos neurológicos menores.
3. Alteraciones cardiológicas.
4. Alteraciones inmunitarias.
5. Dermopatías crónicas.

**164. Señale cuál de los siguientes síntomas NO pertenece a los clasificados como síntomas negativos en la esquizofrenia:**

1. Aplanamiento afectivo.
2. Alogia.
3. Comportamiento desorganizado.
4. Disminución de la atención.
5. Abulia.

**165. Un hombre mayor es llevado a urgencias por la policía municipal. Cuentan los policías que deambulaba por la calle sin poder explicar donde vivía. Está correctamente vestido aunque con zapatillas de casa y no es capaz de decir cual es su domicilio. Se muestra algo inquieto y dice que su hija irá a buscarle aunque no recuerda su teléfono. Es incapaz de responder a preguntas sencillas como su edad, el nombre de su hija o un teléfono. No existen alteraciones de otro tipo. El diagnóstico sería:**

1. Trastorno psicótico.
2. Trastorno depresivo.
3. Trastorno por abuso de alcohol.
4. Trastorno bipolar.
5. Demencia.

**166. Un hombre de 23 años de edad es encontrado por la policía en estado comatoso y llevado al servicio de urgencias hospitalario. El paciente está hipoventilando a 4 respiraciones/min, cianótico y con pupilas mióticas. Existen múltiples señales de venopunción. Tras control de la vía aérea, ventilación y circulación, se administran 2,0 mg de naloxona intravenosa. El paciente despierta del coma, la frecuencia respiratoria aumenta a 24/min, está inquieto con diaforesis y midriasis. ¿Cuál de las siguientes acciones es la más adecuada en este momento?:**

1. Alta a su domicilio aconsejando seguimiento en programa de deshabitación.
2. Observación en urgencias con exámenes frecuentes del estado mental durante un mínimo de 4 a 6 horas.
3. Iniciar infusión de naloxona intravenosa con 2/3 de la dosis inicial por hora.
4. Administrar 10 mg de metadona intramuscular.
5. Sujeción mecánica en prevención de cuadro de agitación y agresión.

**167. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA en referencia a los riesgos asociados a una anestesia general y una intervención quirúrgica en una paciente gestante?:**

1. Los riesgos teratógenos son mayores en el primer trimestre de gestación.
2. Los riesgos de parto prematuro son máximos en el tercer trimestre de gestación.
3. Los anestésicos generales pueden provocar hipoperfusión e hipoxemia fetal.
4. La hemorragia quirúrgica no influye sobre el bienestar fetal ya que la circulación placentaria tiene auto-regulación.
5. El riesgo de aborto espontáneo asociado a la anestesia es menor durante el segundo trimestre de gestación.

**168. Gestante de 12 semanas que acude a su consulta para realizar una ecografía en la que usted observa una gestación intrauterina con un embrión único con LCC de 16 mm (acorde con 8 semanas) sin latido cardíaco. Señale lo correcto:**

1. Gestación mal datada. La LCC nos indica el tiempo de gestación en el primer trimestre. Corrigiremos la fecha probable del parto.
2. Diagnóstico de aborto diferido: legrado.
3. Determinación de  $\beta$ -HCG plasmática cada 48 horas.
4. Diagnóstico de feto acardio.
5. Amenaza de aborto. Recomendación de reposo y gestágenos.

**169. Paciente gestante de 38 semanas en periodo de dilatación (4 cm, primer plano); disfruta de anestesia epidural. Hace un año se le realizó cesárea por situación transversa. Estando previamente bien y de forma súbita presenta un sangrado que coincide en el registro cardiotocográfico fetal con 4 desaceleraciones tipo DIP 2 seguidos de una bradicardia fetal a 70 latidos por minuto. La presentación fetal se palpa sobre el estrecho superior de la pelvis y la dinámica uterina prácticamente ha cesado. Su actitud es:**

1. Sospecha de abruptio placentae; realiza cesárea.
2. Sospecha de placenta de inserción baja; esperará a la normalización de la frecuencia cardíaca fetal y permitirá seguir el curso del parto.
3. Sospecha de rotura uterina; realiza cesárea.
4. Sospecha de rotura de vasa previa; realiza cesárea.
5. Sospecha de placenta de inserción baja; utilizará oxitocina intravenosa para mejorar la dinámica uterina.

**170. Paciente en periodo expulsivo de 34 semanas de gestación, presentación en tercer plano de Hodge, posición OIT y aparición de una bradicardia fetal de 60-70 lat/min, constatándose la existencia de una acidosis respiratoria (PH = 7,18, PCO<sub>2</sub> = 68 mg Hg, EB = -2 mEq/l). ¿Cuál sería la actitud correcta?:**

1. Realización de una cesárea.
  2. Realización de un vacuum.
  3. Realización de un forceps.
  4. Colocación de un pulsioxímetro para conocer la saturación de O<sub>2</sub>.
  5. Aplicación de O<sub>2</sub> a la madre y repetición del PH en 10 minutos.
- 171. Entre los efectos de la adicción a la cocaína en una mujer gestante, es FALSO que exista:**
1. Mayor riesgo de desprendimiento de placenta.
  2. Riesgo de teratogénesis por la cocaína.
  3. Mayor incidencia de parto post-término.
  4. Mayor incidencia de hipertensión materna.
  5. Mayor incidencia de retraso del crecimiento intrauterino y bajo peso al nacer.
- 172. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la enfermedad pélvica inflamatoria es INCORRECTA?:**
1. La mayoría de las veces se origina por vía ascendente.
  2. Para el diagnóstico es imprescindible la toma de cultivo por laparoscopia.
  3. La promiscuidad sexual incrementa el riesgo de padecer la enfermedad.
  4. Puede tener como secuela la esterilidad.
  5. Los gérmenes causantes de la enfermedad más frecuentes son la Neisseria gonorrhoeae y la Chlamydia trachomatis.
- 173. Todas las siguientes pueden ser complicaciones de la fecundación in Vitro, EXCEPTO:**
1. Embarazo múltiple.
  2. Hiperestimulación ovárica.
  3. Infección Pélvica.
  4. Hiperprolactinemia.
  5. Estrés y trastornos psicológicos en la pareja.
- 174. Mujer de 44 años de edad, con antecedentes de dos embarazos normales y ningún dato patológico destacable en su historia ginecológica. Acude a la consulta para revisión refiriendo que ha sido controlada en medicina interna para descartar un cáncer de colon no poliposo hereditario (síndrome de Lynch tipo II). Esta paciente tiene un elevado riesgo de padecer un cáncer de colon a lo largo de su vida, pero también tiene un mayor riesgo de padecer otros tipos de neoplasias. Señale cuál de los siguientes cánceres ginecológicos es el que implica un mayor riesgo de presentación en esta paciente:**
1. Cáncer de mama.
  2. Cáncer de vulva.
  3. Cáncer de ovario.
  4. Cáncer de endometrio.
  5. Cáncer de cuello uterino.
- 175. Mujer de 55 años, hipertensa y diabética con IMC > 30. Acude a consulta de ginecología por sangrado vaginal de varios días de evolución tras 5 años de amenorrea. La línea endometrial medida por ecografía es de 10 mm. La biopsia tomada por histeroscopia informa de hiperplasia de endometrio compleja atípica. ¿Cuál es la mejor opción terapéutica?:**
1. Histerectomía total con salpingooforectomía bilateral.
  2. Análogos GnRH.
  3. Resección endometrial por histeroscopia.
  4. Dispositivo liberador de levonorgestrel.
  5. Gestágenos.
- 176. Mujer de 27 años, que acude a consulta de ginecología remitida desde su médico de cabecera con el diagnóstico citológico cervical de lesión intraepitelial de alto grado (HSIL). Fumadora, sin hijos, sin pareja estable y con deseos reproductivos. Se realiza una colposcopia con biopsia y el estudio histológico informa de lesión intraepitelial de alto grado (HSIL). ¿Cuál es la conducta indicada en esta paciente?:**
1. Histerectomía.
  2. Vacunación para el virus del papiloma humano (HPV).
  3. Tratamiento antiinflamatorio local.
  4. Seguimiento citológico.
  5. Conización cervical.
- 177. Una mujer de 54 años inicia estudio por molestias abdominales. El escáner descubre una lesión quística de 8 cm en el ovario derecho y dos nódulos abdominales que parecen depender del peritoneo. El CA-125 es normal. ¿Cuál de estas actitudes le parece más acertada?:**
1. Laparotomía exploradora, para diagnosticar y tratar un probable cáncer de ovario.
  2. Puede tratarse de un quiste lúteo, convendría realizar un tratamiento de prueba con anovulatorios y reevaluar en tres meses.
  3. Se trata de un cáncer diseminado, la paciente debe recibir quimioterapia sistémica.
  4. Vigilancia, repitiendo la exploración con escáner en tres meses.
  5. Antibioterapia de amplio espectro, ante la posibilidad de una infección de origen ginecológico.
- 178. Una de las siguientes aseveraciones sobre el ganglio centinela en el cáncer de mama es cierta:**
1. El ganglio centinela es el primer ganglio que recibe el drenaje linfático del tumor primario.
  2. El ganglio centinela es el primer ganglio metastatizado.
  3. Para su correcta localización es imprescindible la inyección de un colorante en la zona peri-

tumoral (azul de isosulfan).

4. La existencia de una adenopatía axilar palpable en una paciente con un tumor de 3 cm de diámetro no se considera una contraindicación a la técnica de detección.
  5. Si durante la identificación del ganglio centinela solo capta la cadena mamaria interna se considerará como prueba fallida.
- 179. A una mujer de 43 años se le ha realizado una tumorectomía de mama derecha con biopsia de ganglio centinela en la que la anatomía patológica muestra “carcinoma ductal infiltrante de 0,6 cm de diámetro mayor, con bordes quirúrgicos libres. Dos ganglios centinelas sin células tumorales”, y sin signos de metástasis a distancia. Presenta un cáncer de mama en el siguiente estadio:**
1. pT<sub>3</sub>N<sub>1</sub>M<sub>0</sub>.
  2. pT<sub>1a</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>.
  3. pT<sub>1b</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>.
  4. pT<sub>1c</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>.
  5. pT<sub>2</sub>N<sub>1</sub>M<sub>0</sub>.
- 180. Neonato de 17 horas de vida, trasladado desde un hospital comarcal sin cuidados intensivos. Embarazo con diabetes gestacional. Parto espontáneo, cefálico, amniorrhexis 11 horas antes, con líquido claro. La edad gestacional es de 36 semanas. En la exploración física se observa mal estado general, color terroso de piel, cianosis acra, taquipnea, aleteo nasal, retracciones intercostales, quejido. FC: 150 l.p.m. FR: 80 r.p.m. Buena ventilación bilateral. Se palpa hígado a 1 cm., llanto agudo, hipotonía generalizada. T.A.: 47/31 mm Hg. ¿Cuál sería la sospecha clínica?:**
1. Hemorragia cerebral.
  2. Sepsis.
  3. Fenilcetonuria.
  4. Enfermedad de las membranas hialinas.
  5. Hipoglucemia en hijo de madre diabética.
- 181. La valoración del desarrollo psicomotriz constituye una exploración importante para detectar trastornos del desarrollo durante la primera infancia. ¿A qué edad el 50% de los lactantes deben mantenerse sentados sin ayuda?:**
1. A los 4 – 5 meses.
  2. A los 5 – 6 meses.
  3. A los 6 – 7 meses.
  4. A los 7 – 8 meses.
  5. A los 8 – 9 meses.
- 182. Un lactante de 35 días de vida acude a urgencias por presentar vómitos proyectivos, de contenido no bilioso, en cantidad y frecuencia progresivos desde hace 3 días, con presencia de pequeñas estrías de sangre en los últimos vómi-**

**tos. A la exploración presenta aceptable estado de hidratación, ligera ictericia y abdomen sin hallazgos destacables a la palpación. ¿Qué exploración complementaria solicitaría para confirmar el diagnóstico?:**

1. Esofagogastroscofia.
  2. Tránsito digestivo baritado.
  3. Analítica bioquímica hepática.
  4. Ecografía abdominal.
  5. TAC con contraste digestivo.
- 183. Niño de 2 meses que acude a urgencias por tos intensa. Dos semanas antes había comenzado con congestión respiratoria superior y tos leve, etiquetándose el cuadro por un pediatra como un cuadro catarral. La tos empeoró hasta causar vómitos y episodios de apnea con cianosis. Su madre también ha presentado tos durante varias semanas. Durante el examen físico el niño comenzó a toser, persistiendo ésta durante más de 30 segundos, con jadeo inspiratorio, y cierto grado de cianosis. Después de dejar de toser el niño estaba agotado, con llanto débil. Analíticamente se observó una leucocitosis de 34.000 con un 85% de linfocitos. ¿Cuál es el agente etiológico más probable de este cuadro?:**
1. Chlamydia trachomatis.
  2. Adenovirus.
  3. Bordetella pertussis.
  4. Bordetella parapertussis.
  5. Rinovirus.
- 184. En la evaluación de un niño con faringoamigdalitis aguda, señale cuál de los siguientes datos clínicos NO sugiere una etiología estreptocócica:**
1. Petequias en el paladar blando.
  2. Fiebre y odinofagia de comienzo brusco.
  3. Exantema de tipo escarlatiniforme.
  4. Vesículas o úlceras en la mucosa orofaríngea.
  5. Adenopatías grandes en el ángulo mandibular.
- 185. Usted recibe a un niño de 7 años de edad que cuando tenía 15 meses, ante un cuadro de diarrea crónica y escasa ganancia ponderal, fue estudiado por su pediatra quien encontró positividad de los anticuerpos IgA anti gliadina y antitransglutaminasa tisular, por lo que indicó biopsia yeyunal que demostró atrofia vellositaria total. Desde entonces ha estado con dieta exenta de gluten (y los 3 primeros meses después de la biopsia con fórmula a base de proteínas hidrolizadas) con lo que la diarrea ha cedido, el peso se ha normalizado y los anticuerpos anti gliadina y antitransglutaminasa tisular se han negativizado. ¿Qué haría usted ahora?:**
1. Le daría de alta indicando dieta libre.
  2. Indicaría dieta libre y lo volvería a ver en revisión 1 año después.

3. Le indicaría la realización de una biopsia yeyunal para confirmar la normalización histológica. Entonces indicaría dieta exenta de gluten de forma indefinida.
  4. Le indicaría dieta exenta de gluten de forma indefinida.
  5. Después de comprobar la normalización histológica en una 2ª biopsia, indicaría prueba de provocación con gluten.
- 186. Niño de 2 meses de edad que acude a Urgencias por presentar rinorrea clara y fiebre de 38°C en los tres últimos días. Desde hace 24 horas, tiene tos en accesos y dificultad respiratoria progresiva. En las últimas 12 horas rechaza todas las tomas. En los antecedentes personales destaca un embarazo y parto normal, es alimentado con lactancia materna. Ha recibido la primera dosis de DTP acelular, Hemophilus influenzae tipo B, Meningococo C, Polio oral y 2 dosis de Hepatitis B. En la exploración destaca una frecuencia cardiaca de 135 l.p.m., una frecuencia respiratoria de 55 r.p.m. y una saturación de O<sub>2</sub> con aire ambiental de 90%. Polipnea con tiraje intercostal y subcostal leve-moderado y en la auscultación destaca la presencia de subcrepitanes y sibilancias generalizadas. Ante este paciente, ¿qué diagnóstico de presunción realizaría?:**
1. Crisis asmática.
  2. Bronquiolitis.
  3. Neumonía.
  4. Tosferina.
  5. Infección respiratoria de vías altas.
- 187. Niña de 10 años con hipertensión arterial sistémica, ausencia de pulso arterial periférico en extremidades inferiores y soplo sistólico en región interescapular. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?:**
1. La Rx de Tórax puede presentar muescas costales.
  2. El diagnóstico se efectuará mediante, Ecocardiografía 2D-Doppler color y/o RM.
  3. La paciente padece una Coartación de Aorta.
  4. El tratamiento de elección es médico (hipotensores).
  5. Se asocia frecuentemente a S. de Turner.
- 188. Con relación al tratamiento del hipotiroidismo congénito, indique la respuesta correcta:**
1. Es necesario tener un diagnóstico etiológico antes de iniciar el tratamiento.
  2. Han de normalizarse los niveles de tiroxina de manera progresiva para evitar efectos secundarios.
  3. El retraso en su inicio puede condicionar una lesión cerebral definitiva.
  4. Ha de retirarse a los 3 años a todos los pacientes para descartar que sea transitorio.
5. Requiere un seguimiento analítico semestral.
- 189. Paciente de 7 años de edad que consulta por aumento de tamaño de la bolsa escrotal derecha, siendo derivado a la consulta de Cirugía para descartar hidrocele o hernia inguinal. Es visto en la consulta de Cirugía tres semanas más tarde donde aprecian edema escrotal y de pene, edema palpebral y edema de miembros inferiores siendo remitido a Urgencias. No refiere oliguria. Exploración: FC: 90 l.p.m. T.A.: 105/65 mm Hg. Tª: 36,5°C. Sat O<sub>2</sub>: 98%. Buen estado general, color pálido de piel. Edemas palpebrales bilaterales. Edema con fovea hasta raíz de miembros inferiores. Edema escrotal y peneano. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen distendido, no doloroso, con aparente ascitis sin visceromegalias, ni masas anormales. ORL: normal. Antecedentes personales sin relevancia. Antecedentes familiares: Padre con diabetes insulino dependiente. ¿Cuál sería su primera sospecha diagnóstica?:**
1. Insuficiencia cardiaca.
  2. Síndrome nefrótico.
  3. Glomerulonefritis proliferativa.
  4. Insuficiencia hepática.
  5. Insuficiencia renal.
- 190. ¿Cuál de estos datos de la Historia Clínica, NO constituye un factor de riesgo de hipoacusia en la infancia?:**
1. Infección en el embarazo por toxoplasmosis.
  2. Meningitis bacteriana.
  3. Bajo peso al nacer (menos de 1500 grs.).
  4. Hiperbilirrubinemia.
  5. Administración de corticoides durante el embarazo.
- 191. Ante un paciente de 6 años que acude a urgencias tras haber sufrido una caída fortuita desde un columpio, presentando intenso dolor, deformidad e impotencia funcional en el codo izquierdo, deberemos sospechar en primer lugar:**
1. Fractura de cúbito y radio con luxación de cabeza radial.
  2. Fractura-luxación de la cabeza radial.
  3. Fractura del olécranon y luxación de cabeza radial.
  4. Fractura supracondílea del codo.
  5. Fractura-epifisiolisis de epitróclea.
- 192. Un niño varón de seis años es traído a la consulta tras apreciar en la revisión escolar que presenta un arco plantar excesivo. A la exploración efectivamente se aprecia un arco plantar marcado, así como un retropié con deformidad en varo. ¿Cuál debe ser la siguiente actuación médica?:**

1. Revisión en un año.
2. Plantillas correctoras del arco plantar.
3. Plantillas de cuña pronadora de retropié.
4. Exploración neurológica y raquídea detallada.
5. Cirugía de liberación de la fascia plantar.

**193. Se realiza un estudio para determinar si se produce o no hemorragia digestiva con un determinado tipo de tratamiento. En este caso la variable principal del estudio es de tipo?:**

1. Cualitativo continuo.
2. Categórico ordinal.
3. Categórico discreto.
4. Cualitativo binario.
5. Categórico dependiente.

**194. Para el empleo de los métodos paramétricos en el análisis estadístico de los datos, la distribución de la variable dependiente debe ser:**

1. Emparejada por la edad.
2. Dicotómica.
3. Lineal.
4. Nominal.
5. Normal.

**195. Sobre el error de tipo I cuando se estudian las diferencias entre dos tratamientos:**

1. Se llama también riesgo Beta.
2. Su opuesto representa la potencia de la prueba.
3. Lleva a concluir que hay una diferencia, cuando en realidad no la hay.
4. Implica que la hipótesis nula estaba mal planteada.
5. Implica que se debería hacer de nuevo el análisis.

**196. ¿Qué es un metanálisis?:**

1. Es una manera de analizar los datos de un estudio.
2. Es una manera de agrupar estudios heterogéneos.
3. Es un tipo de revisión narrativa.
4. Es una manera sistemática de agrupar los resultados de diversos estudios.
5. Es una manera de hacer búsquedas bibliográficas.

**197. ¿Cuál de las características de un test diagnóstico es análoga al poder o potencia de un estudio?:**

1. Valor predictivo positivo.
2. Valor predictivo negativo.
3. Sensibilidad.
4. Especificidad.
5. Utilidad.

**198. En investigación clínica el diseño que mejor**

**evalúa el efecto de los fármacos en el ser humano es:**

1. Estudio observacional prospectivo.
2. Estudio observacional retrospectivo.
3. Ensayo clínico aleatorizado controlado prospectivo.
4. Ensayo clínico aleatorizado controlado retrospectivo.
5. Ensayo clínico con control histórico.

**199. Para tratar de establecer una relación causal entre el asma y el riesgo de enfermedad neumocócica invasiva (ENI) se seleccionaron pacientes con ENI y se compararon con otro grupo de pacientes sin ENI, en cuanto a sus antecedentes de asma. ¿Cuál es el tipo de diseño de estudio empleado?:**

1. Estudio de cohortes.
2. Ensayo clínico aleatorizado.
3. Estudio ecológico.
4. Casos y controles.
5. Ensayo clínico cruzado.

**200. Con respecto a los ensayos clínicos de superioridad, señale la respuesta INCORRECTA:**

1. Son aquellos ensayos que se diseñan para detectar diferencias entre dos tratamientos.
2. Es necesario que se determine a priori la diferencia que se considera clínicamente irrelevante (delta o límite de no-inferioridad).
3. El análisis por intención de tratar (ITT) es el de elección en este tipo de ensayos clínicos.
4. Bajo determinadas circunstancias es posible interpretar un ensayo de superioridad como de no-inferioridad.
5. Un ensayo de superioridad puede demostrar diferencia estadísticamente significativa sin que ésta sea clínicamente relevante.

**201. ¿Cuál de las siguientes características es propia de los ensayos clínicos pragmáticos o naturalísticos?:**

1. Evalúa la efectividad de las intervenciones más que su eficacia.
2. Necesita un número menor de pacientes que los ensayos clínicos explicativos.
3. Incluye una población muy homogénea.
4. Tiene unos criterios de inclusión muy estrictos.
5. Tiene menor validez externa que los ensayos clínicos explicativos.

**202. ¿Cuál de las siguientes características es propia de las fases precoces de la investigación con un nuevo fármaco?:**

1. Se prioriza la validez externa de los estudios.
2. Se incluyen pacientes parecidos a la población susceptible de recibir el fármaco.

3. Se miden parámetros farmacodinámicos o variables intermedias.
  4. La duración de los estudios es más larga que en fases avanzadas.
  5. No se restringe el número de pacientes incluidos.
- 203. Cuando leemos un ensayo clínico publicado en una revista científica, debemos comprobar si se cumplen una serie de características importantes para juzgar la validez de sus resultados. De las siguientes características, indique cuál es la MENOS relevante:**
1. Asignación aleatoria del tratamiento.
  2. Enmascaramiento de la intervención.
  3. Características similares de los dos grupos de comparación al inicio del estudio.
  4. Inclusión del mismo número de sujetos en todos los centros participantes.
  5. Análisis estadístico por intención de tratar.
- 204. Suponga que en el grupo experimental de un ensayo clínico con antiarrítmicos, la incidencia de eventos de interés (arritmias y muertes por causas cardíacas) se reduce de forma estadísticamente significativa con respecto al grupo control. Sin embargo, la mortalidad por todas las causas es superior en el grupo experimental. ¿Es correcto concluir a favor del fármaco experimental?:**
1. No, ya que la mayor mortalidad global en uno de los grupos puede haber reducido las oportunidades de sufrir eventos de interés entre los pacientes a él asignados.
  2. Sí, ya que la mortalidad por causas no cardiovasculares no tiene nada que ver con el problema que estudia ese ensayo clínico.
  3. Sí, si los dos grupos son homogéneos en cuanto al pronóstico antes de iniciar el tratamiento; no en caso contrario.
  4. Sí, si el ensayo se diseñó para valorar diferencias en arritmias y muertes cardíacas.
  5. Sólo si los resultados sobre los eventos de interés coinciden con los de otros estudios similares.
- 205. Se han realizado dos ensayos clínicos controlados con placebo para comprobar el beneficio del metoprolol en pacientes que han sufrido un infarto agudo de miocardio. En el primero se incluyeron pacientes de alto riesgo y la mortalidad se redujo de un 40% con placebo a un 20% con metoprolol. En el segundo se incluyeron pacientes de bajo riesgo y la mortalidad se redujo de un 10% con placebo a un 5% con metoprolol. A la hora de interpretar estos resultados ¿cuál de las siguientes afirmaciones NO es correcta?:**
1. El metoprolol reduce la mortalidad un 50% en los dos tipos de pacientes.
  2. El metoprolol es más eficaz en los pacientes de alto riesgo porque reduce el riesgo relativo de mortalidad un 20% en los pacientes de alto riesgo y sólo un 5% en los de bajo riesgo.
  3. El riesgo relativo es igual en los dos grupos de pacientes (0,5).
  4. El beneficio absoluto es mayor en los de alto riesgo porque evita 20 muertes por cada 100 pacientes tratados frente a sólo 5 muertes por cada 100 pacientes tratados de bajo riesgo.
  5. Si los recursos son limitados es más rentable tratar a los pacientes de mayor riesgo porque se obtiene un beneficio absoluto mayor.
- 206. ¿Cuál de las siguientes es una ventaja de los estudios de cohortes?:**
1. Son adecuados para estudiar enfermedades con largo periodo de inducción.
  2. Son generalmente menos costosos en tiempo y dinero que los estudios de caso y controles.
  3. Son útiles para medir los efectos de exposiciones infrecuentes en la población.
  4. Son muy adecuados para estudiar las causas de enfermedades infrecuentes.
  5. La aleatorización de la exposición.
- 207. ¿Cuál de los siguientes NO es un objetivo habitual de un ensayo clínico con un medicamento?:**
1. Estudiar propiedades farmacocinéticas.
  2. Demostrar eficacia.
  3. Conocer el perfil de seguridad.
  4. Determinar dosis.
  5. Determinar el patrón de prescripción habitual.
- 208. Los ensayos clínicos de diseño cruzado:**
1. Reclutan un número de pacientes superior al de un diseño paralelo con objetivo similar.
  2. Todos los pacientes reciben todos los tratamientos estudiados.
  3. No emplean placebo.
  4. No requieren consentimiento informado del sujeto.
  5. No suelen incluir periodos de lavado.
- 209. La probabilidad de que un individuo tomado aleatoriamente en una serie de sujetos de estudio tenga un resultado negativo en las pruebas diagnósticas si realmente no tiene la enfermedad se denomina:**
1. Sensibilidad.
  2. Especificidad.
  3. Proporción de falsos negativos.
  4. Proporción de falsos positivos.
  5. Valor predictivo negativo.
- 210. Hemos realizado un estudio de investigación en una determinada área de salud en el que se han incluido 500 pacientes con hipertensión arterial mediante un muestreo de casos consecutivos.**

**Este tipo de muestreo consiste en:**

1. Escoger "a dedo" a los individuos entre la población accesible que se suponen más apropiados para participar en el estudio.
2. Dividir a la población en subgrupos de acuerdo a ciertas características, y escoger una muestra al azar de cada uno de esos grupos.
3. Enumerar cada unidad de la población accesible y seleccionar una muestra al azar.
4. Elegir a cada individuo que cumpla con los criterios de selección del estudio dentro de un intervalo de tiempo específico o hasta alcanzar un determinado número.
5. Extraer una muestra al azar a partir de agrupaciones naturales de individuos dentro de la población.

**211. El sesgo amnésico que puede producirse en los estudios de casos y controles:**

1. Es un sesgo de selección.
2. Es un sesgo de clasificación diferencial.
3. Es un sesgo de clasificación no diferencial.
4. Es un sesgo de confusión.
5. No es realmente un sesgo sino un error que acontece en estudios con ancianos.

**212. ¿Cuál de entre las siguientes es una de las principales ventajas de los estudios casos-control?:**

1. Son especialmente útiles para medir los efectos de exposiciones infrecuentes en la población.
2. Miden la relación entre la exposición y varias enfermedades.
3. Evitan el sesgo de supervivencia.
4. Permiten valorar en el contexto de una determinada enfermedad, diferentes factores etiológicos simultáneamente.
5. La facilidad para seleccionar el grupo de comparación.

**213. ¿Cuál de las siguientes es una característica de los estudios de casos y controles apareados?:**

1. Es posible seleccionar más de un control por cada caso.
2. Son estudios de diseño cruzado.
3. Cada sujeto actúa como su propio control.
4. Se realiza un seguimiento prospectivo de los sujetos seleccionados, que es concurrente para los casos y para los controles.
5. En un estudio de casos y controles, el emparejamiento garantiza la eliminación de los factores de confusión.

**214. Deseamos investigar la hipótesis de que los fármacos antirretrovirales que se administran durante el embarazo para prevenir la transmisión vertical del HIV pueden afectar negativamente el aprendizaje en los niños expuestos in-utero a estos fármacos, independientemente de**

**que estos niños resulten o no infectados por el HIV. De entre los siguientes diseños de estudios, ¿cuál es el más adecuado?:**

1. Un ensayo clínico, que compare la prevalencia de retraso psicomotor en recién nacidos cuyas madres recibieron tratamiento antirretroviral en el embarazo, y en recién nacidos cuyas madres recibieron placebo.
2. Un estudio de cohortes, que compare la incidencia de retraso psicomotor en dos grupos de niños: uno de ellos infectado por el HIV y el otro grupo no infectado.
3. Un estudio de cohortes, que compare la prevalencia de retraso psicomotor en niños infectados por el VIH entre aquellos que fueron expuestos in-utero a antirretrovirales y los que no lo fueron.
4. Un estudio de cohortes, que mida la incidencia de retraso psicomotor en niños no infectados por el VIH, hijos de madres seropositivas, y estudie su asociación con la exposición in-utero a antirretrovirales.
5. Un estudio de casos y controles, en el que se seleccionan como casos niños con retraso psicomotor y como controles niños no expuestos in-utero a antirretrovirales.

**215. Los denominados Grupos Relacionados por el Diagnóstico (o "GRD") constituyen una herramienta de gestión que clasifica los episodios de hospitalización:**

1. En función del proceso clínico y el consumo de recursos.
2. En función del proceso clínico sin tener en cuenta el consumo de recursos.
3. Sin tener en cuenta el proceso clínico sólo en función del consumo de recursos.
4. Sin tener en cuenta el proceso clínico ni el consumo de recursos.
5. Sólo cuando se ha realizado un procedimiento quirúrgico independientemente del consumo de recursos.

**216. En un ensayo clínico realizado en 800 pacientes hipertensos tratados con dos tipos de fármacos ("A" y "B") se obtienen los siguientes resultados: en el grupo tratado con el fármaco "A" se observa una disminución media de la presión arterial sistólica de 46 mm de Hg, en el grupo tratado con el fármaco "B" la disminución media observada en el mismo parámetro es de 47 mm de Hg, en el estudio estadístico de comparación entre las dos medias se obtiene una  $p < 0,60$ . El coste económico del tratamiento con el fármaco "A" es un 25% mayor que con el fármaco "B". Según estos resultados podemos afirmar que:**

1. El fármaco "A" es más eficaz pero más eficiente que el "B".
2. El fármaco "A" es menos eficaz pero más

- eficiente que el "B".
3. El fármaco "A" es igual de eficaz e igual de eficiente que el "B".
  4. El fármaco "A" es igual de eficaz pero más eficiente que el "B".
  5. El fármaco "A" es igual de eficaz pero menos eficiente que el "B".
- 217. En un análisis coste-utilidad, la utilidad siempre la vamos a medir en:**
1. Unidades monetarias.
  2. Grado de efectividad.
  3. Consecuencias clínicas obtenidas.
  4. Años de vida ajustados por calidad.
  5. Unidades de calidad de vida ganadas.
- 218. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA sobre los estudios transversales?:**
1. Sólo tienen como finalidad estimar la prevalencia de una determinada variable.
  2. Los estudios transversales utilizan técnicas estadísticas descriptivas y analíticas.
  3. A veces se utilizan para investigar la asociación de una determinada exposición y una enfermedad.
  4. En los estudios transversales analíticos la medición de la exposición y la enfermedad se realiza simultáneamente.
  5. Los estudios transversales descriptivos tienen como finalidad estimar la frecuencia de una variable de interés en una determinada población en un momento concreto.
- 219. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el papilomavirus humano (HPV) NO es cierta?:**
1. Los serotipos 16 y 18 son los causantes del 70% de los cánceres de cervix uterino.
  2. La vacuna tetravalente ha demostrado disminución del riesgo de neoplasia de cervix en mujeres no infectadas previamente.
  3. La inmunidad que se adquiere ya se ha comprobado que es de por vida.
  4. La vacuna tetravalente también reduce el riesgo de lesiones vaginales asociadas al HPV en mujeres.
  5. Se están llevando a cabo estudios para valorar el coste-efectividad.
- 220. En el caso de la enfermedad meningocócica, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?:**
1. En el momento actual hay varias vacunas autorizadas frente a la meningitis B de gran eficacia.
  2. La transmisión del meningococo no se produce de persona a persona.
  3. Existen vacunas conjugadas frente a la meningitis C de gran eficacia.
  4. Las vacunas más inmunogénicas son las polisacáridicas no conjugadas.
5. Las tasas de incidencia de enfermedad meningocócica son similares en las distintas partes del mundo.
- 221. Paciente de 46 años en tratamiento desde hace 1 año con fenitoína. Se encuentra bien controlado y sin ninguna otra sintomatología. La dosis administrada es de 100 mg/8 h y la última dosis administrada fue hace 8 horas previa a la extracción. Se obtiene un nivel de 6.50 (Rango terapéutico de 10-20 ug/mL). ¿Qué actitud tomaría con el paciente teniendo en cuenta ese nivel?:**
1. Reduciría el intervalo entre dosis.
  2. Cambiaría de fármaco.
  3. Aumentaría la dosis.
  4. Mantendría la misma pauta.
  5. Repetiría la determinación.
- 222. Paciente de 69 años de edad, recibió un trasplante ortotópico de corazón hace 10 años. Se encuentra en tratamiento estable con tacrolimus, 3 mg cada 12 horas, y dosis bajas de prednisona. Hace cinco días presentó un cuadro respiratorio agudo, para el que se le indicó tratamiento con claritromicina, 500 mg/12 horas, por vía oral. Acude a urgencias con temblor, disminución del nivel de conciencia y lenguaje incoherente. Se objetivó una concentración en sangre de tacrolimus 13 horas tras la administración de 20,1 ng/ml. ¿Cuál es su sospecha diagnóstica más plausible?:**
1. Dada la edad del paciente y los antecedentes, es probable que presentara insuficiencia renal, que empeoró por la infección respiratoria y que es responsable del cuadro clínico.
  2. La dosis de claritromicina administrada fue elevada para la probable insuficiencia renal del paciente, acumulándose y dando lugar a los síntomas referidos.
  3. Los síntomas relatados son frecuentes con concentraciones sanguíneas elevadas de tacrolimus, como es el caso, por lo que puede pensarse que se ha estado administrando durante mucho tiempo una dosis demasiado elevada del inmunosupresor.
  4. La claritromicina ha podido inhibir la eliminación de tacrolimus, máxime si se ha administrado una dosis no ajustada a la función renal del paciente, y la acumulación de este fármaco es la responsable de la situación.
  5. La infección respiratoria es la única responsable de la situación, que no ha sido tratada de forma adecuada con el antibiótico elegido.
- 223. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la Dosis Diaria Definida (DDD) es FALSA?:**
1. Es la mejor forma de estimar el consumo de un medicamento.
  2. La DDD debe considerarse como la dosis

- recomendada por la comunidad científica.
3. Es una unidad internacional de medida establecida por la OMS.
  4. Suele expresarse como DDD/1000 habitantes/día.
  5. La DDD corresponde a la dosis diaria media de mantenimiento de un fármaco para su principal indicación.
- 224. Uno de los siguientes fármacos no se utiliza para el tratamiento del shock cardiogénico. Indique cuál:**
1. Milrinona.
  2. Dobutamina.
  3. Verapamilo.
  4. Dopamina.
  5. Noradrenalina.
- 225. ¿Cuál de los siguientes antibióticos es el que puede generar un mayor número de interacciones medicamentosas?:**
1. Ciprofloxacino.
  2. Ceftazidima.
  3. Azitromicina.
  4. Rifampicina.
  5. Gentamicina.
- 226. ¿Cuál de los siguientes microorganismos que infectan el tracto intestinal causa bacteriemia con mayor frecuencia?:**
1. *Vibrio cholerae*.
  2. *Salmonella enteritidis*.
  3. *Campylobacter jejuni*.
  4. *Yersinia enterocolitica*.
  5. *Shigella flexneri*.
- 227. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones referidas al citomegalovirus es cierta?:**
1. Posee el genoma de menor tamaño de todos los herpes virus humanos.
  2. La inmunidad celular es esencial para eliminar y controlar el desarrollo excesivo de la infección.
  3. El virus facilita la presentación de antígenos tanto a los linfocitos T citotóxicos CD8 como a los linfocitos T CD4.
  4. En casi todos los casos se replica y disemina originando una sintomatología clínica muy característica (fiebre, hepato-esplenomegalia, linfadenopatías y trombocitopenia).
  5. El riesgo de anomalías congénitas graves es muy bajo en los niños nacidos de madres que padecieron infección primaria durante el embarazo.
- 228. Señale cuál de los siguientes antibióticos no ofrece cobertura frente a *Pseudomonas aeruginosa*:**
1. Ceftazidima.
  2. Vancomicina.
  3. Ciprofloxacino.
  4. Piperacilina-Tazobactam.
  5. Imipenem.
- 229. Paciente que acude a Urgencias con fiebre intermitente, escalofríos, cefalea, debilidad y abundante sudoración nocturna de 3 días de evolución. Como antecedente epidemiológico destaca un viaje a la Península Arábiga hace 3 semanas donde consumieron leche de camella. El modo más rápido de diagnosticar la infección sospechada es:**
1. Prueba de Montoux.
  2. Tinciones de micobacterias en esputo y/o orina.
  3. Prueba del Rosa de Bengala.
  4. Gram directo del líquido cefalorraquídeo.
  5. Test para detección de anticuerpos heterófilos (Paul-Bunnell).
- 230. Ante un cuadro de fiebre de 39°C, cefalea y afectación del nivel de consciencia en un paciente de 16 años, sin inmunodeficiencia conocida ni sospechada, ¿qué determinación en LCR le interesaría menos conocer en un primer acercamiento etiológico?:**
1. PCR de herpes virus humano 1 y 2 (HUH-1 y HUH-2).
  2. Aglutinación látex de *Cryptococcus neoformans*.
  3. PCR de enterovirus.
  4. Gram y cultivo bacteriológico.
  5. Antígenos bacterianos de *Neisseria meningitidis*, *Hemophilus influenzae* y *Streptococcus pneumoniae*.
- 231. En la enfermedad de Alzheimer se produce una degeneración de la corteza cerebral. Las lesiones que se observan en la corteza cerebral, además de las placas seniles, son:**
1. Degeneración neurofibrilar.
  2. Cuerpos de Lewy.
  3. Espongiosis.
  4. Infiltración inflamatoria.
  5. Cuerpos de Lafora.
- 232. Una de las siguientes características morfológicas, NO corresponde a la gomerulonefritis proliferativa aguda post-estepocócica:**
1. Afectación difusa de penachos glomerulares.
  2. Infiltración glomerular por neutrófilos.
  3. Proliferación de células endoteliales y mesangiales.
  4. Depósitos mesangiales de IgA.
  5. Depósitos subepiteliales de material electrodensito.
- 233. ¿Cuál de las siguientes entidades no correspon-**

**de a un síndrome mieloproliferativo crónico?:**

1. Leucemia mieloide crónica.
2. Trombocitosis esencial.
3. Mieloma múltiple.
4. Policitemia vera.
5. Mielofibrosis con metaplasia mieloide.

**234. ¿Cuál de estos tumores tiroideos tiene mejor pronóstico?:**

1. Carcinoma folicular pobremente diferenciado.
2. Carcinoma medular de tiroides.
3. Carcinoma papilar de tiroides.
4. Carcinoma pobremente diferenciado de tipo insular.
5. Linfoma de células grandes.

**235. Una mujer de 25 años presenta en una citología cervicovaginal de rutina la presencia de coilocitos. La biopsia cervical demuestra la presencia de CIN de alto grado. Mediante técnicas de hibridación se pone de manifiesto la existencia de HPV tipos 16-18. ¿Cuál es la significación biológica y pronóstica de este hallazgo?:**

1. Que el genoma vírico se halla integrado en el ADN celular del huésped y que el riesgo de desarrollo de un carcinoma invasivo es alto.
2. Que el genoma vírico no se halla integrado en el ADN celular del huésped y que el riesgo de desarrollo de un carcinoma invasivo es alto.
3. Que el ADN viral permanece en forma episómica libre en la célula huésped y que el riesgo de desarrollo de carcinoma infiltrante es muy alto.
4. Que el ADN viral permanece en forma episómica libre en la célula huésped y que el riesgo de desarrollo de carcinoma infiltrante es bajo.
5. Que existe ya un carcinoma microinvasor.

**236. ¿Cuál de las siguientes venas no pertenece al territorio venoso profundo?:**

1. Safena interna.
2. Femoral superficial.
3. Femoral común.
4. Ilíaca.
5. Peronea.

**237. Indique cuál de las siguientes ramas arteriales no procede de la arteria aorta abdominal:**

1. Tronco arterial celíaco.
2. Arteria sacra media.
3. Arteria diafragmática superior.
4. Arteria renal derecha.
5. Arteria gonadal derecha.

**238. La arteria hemorroidal superior que irriga al recto es una rama de la arteria:**

1. Ilíaca externa.

2. Mesentérica inferior.
3. Ilíaca interna.
4. Mesentérica superior.
5. Gastroepiploica inferior.

**239. ¿Dónde se origina la arteria coroidea anterior?:**

1. Arteria carótida común.
2. Arteria carótida interna.
3. Arteria cerebral media.
4. Arteria cerebral anterior.
5. Arteria comunicante posterior.

**240. En el contexto de una lesión en el hemisferio cerebral derecho, el paciente presenta dilatación de la pupila derecha y alteración en los movimientos del ojo derecho. Estos síntomas son debidos a:**

1. Herniación subfalcina o subfalcial (cingular).
2. Herniación transtentorial (uncinada, temporal mesial).
3. Herniación amigdalara.
4. Acidosis metabólica.
5. Hidrocefalia.

**241. Señale la respuesta correcta en relación a la respuesta inmune:**

1. Los 3 principales tipos de tejido linfóide periférico son el bazo, los nódulos linfáticos y el tejido linfóide asociado a la mucosa (MALT).
2. Los neutrófilos, eosinófilos y basófilos son llamados en su conjunto linfocitos de respuesta inmune retardada.
3. Los mastocitos están especializados en la respuesta inmune contra virus y secretan sustancias que alejan a los eosinófilos y basófilos en lugar de inflamación.
4. Los linfocitos T maduran en la médula ósea.
5. Los linfocitos y las líneas mieloides derivan de una célula madre mesenquimal pluripotente.

**242. ¿Por cuál de estas rutas de activación es más fuerte el primer enlace que fija el complemento a los patógenos?:**

1. Vía clásica.
2. Vía alternativa.
3. Vía de las lectinas.
4. Fase lítica.
5. Vía dependiente de anticuerpos.

**243. De los siguientes procesos, señale cuál constituye la situación de inmunodeficiencia primaria más frecuente en nuestro medio:**

1. Síndrome de inmunodeficiencia variable común.
2. Síndrome de inmunodeficiencia combinada severa por defecto en CD45.
3. Síndrome de inmunodeficiencia combinada

severa por defecto en la enzima purina nucleósido fosforilasa (PNP).

4. Síndrome linfoproliferativo ligado a X / (síndrome de Duncan / Purtilo).
5. Síndrome de hiper-IgM ligado al sexo, por defecto en el ligando de CD40.

**244. Una paciente de 70 años de edad con antecedentes de asma corticodependiente y cáncer de mama tratado con quimio y radioterapia, ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos debido a un cuadro de insuficiencia respiratoria severa y patrón radiológico de neumonía intersticial. La analítica revela linfopenia y un número muy bajo de células T circulantes, con CD4/CD8 invertido. ¿Cuál es la causa más probable de la inmunodeficiencia que presenta el paciente?:**

1. Un síndrome de Chediak-Higashi con expresión incompleta.
2. Una deficiencia congénita de la molécula CD4 con presentación en la edad adulta.
3. Una enfermedad granulomatosa crónica.
4. Una deficiencia de moléculas de adhesión leucocitaria.
5. Un cuadro de inmunodeficiencia secundaria.

**245. Señale la respuesta FALSA respecto a las inmunoglobulinas humanas:**

1. Las inmunoglobulinas se sintetizan en los órganos linfoides pero son capaces de realizar su función efectora lejos de su lugar de síntesis.
2. Todos los diferentes isotipos de inmunoglobulinas (IgG, IgA, IgM, IgE, IgD) pueden ser transportados a través de diferentes compartimentos y fluidos incluyendo la placenta.
3. En sus funciones efectoras, los anticuerpos utilizan tanto la región variable para la unión al antígeno como las regiones constantes de la molécula.
4. Los mecanismos de opsonización mediados por inmunoglobulinas implican la participación de células y receptores ajenos a las células B productoras de anticuerpos.
5. Existen mecanismos de citotoxicidad celular mediados por IgE capaces de reconocer y eliminar helmintos.

**246. El control de la expresión de los genes es crucial para la evolución. Señale cuál de las respuestas siguientes es verdadera:**

1. Los cromosomas de los humanos y los chimpancés son muy distintos.
2. Las secuencias de ARN mensajero (ARNm) son decodificadas en conjuntos de 4 nucleótidos.
3. Todas las células actuales usan el ARN como su material hereditario.
4. Los genes que codifican para nuevas proteínas

pueden ser creados mediante la recombinación de exones.

5. El número de genes existentes en un organismo es el mismo que el número de proteínas existentes en dicho organismo.

**247. Señale cuál de las siguientes respuestas es FALSA con respecto al control genético:**

1. Todos los tipos celulares de un organismo multicelular contienen el mismo ADN.
2. Las células de diferentes tipos sintetizan un conjunto de proteínas diferentes.
3. Una célula puede cambiar la expresión de sus genes en respuesta a señales externas.
4. La expresión génica puede ser regulada a varios niveles de la vía que conduce desde el ADN al ARN y a la proteína.
5. El control genético es muy estricto para evitar mutaciones lo que implica que cada gen mantiene el control sobre una única proteína.

**248. Respecto al surfactante pulmonar es FALSO que:**

1. Aumenta la tensión superficial de la superficie del interior alveolar.
2. Reduce el esfuerzo para distender los pulmones.
3. Su secreción en el feto comienza en el sexto/séptimo mes del embarazo.
4. Su déficit puede ser responsable de atelectasias.
5. Contiene fosfolípidos y proteínas.

**249. ¿Cuál de los siguientes receptores de la membrana plaquetaria participa en la formación de los enlaces cruzados responsables de la agregación plaquetaria?:**

1. Receptor GP Ib.
2. Receptor GP IIb/IIIa.
3. Receptor P2Y<sub>12</sub>.
4. Receptor P2X<sub>1</sub>.
5. Receptor PAR-1.

**250. Durante un ciclo cardiaco en un sujeto normal es cierto que:**

1. La presión en el ventrículo es máxima durante la fase de contracción isovolúmica o isovolúmica.
2. El primer ruido cardiaco corresponde al cierre de las válvulas semilunares.
3. El complejo QRS sucede durante la fase de eyección o expulsión ventricular.
4. La presión arterial es máxima durante la fase de eyección o expulsión ventricular.
5. La sístole auricular coincide exactamente con la onda P del electrocardiograma.

**251. ¿Cuál de los siguientes hallazgos endoscópicos es más característico encontrar en la colitis**

**ulcerosa?:**

1. Úlceras serpinginosas.
2. Presencia de pseudopólipos.
3. Presencia de mucosa normal con áreas de inflamación (lesiones alternantes).
4. Ulceraciones aftosas.
5. Estenosis del colon.

**252. Paciente de 65 años de edad, con antecedentes de diabetes, artrosis, claudicación intermitente gemelar bilateral y ausencia de cardiopatías. Acude a urgencias refiriendo dolor en reposo y frialdad de pie y pierna izquierda de 4 horas de evolución. La exploración muestra en miembro inferior izquierdo, pie pálido y frío y ausencia de pulsos a todos los niveles; en miembro inferior derecho, el pie está caliente con ausencia de pulso poplíteo y distales. El diagnóstico clínico más probable es:**

1. Isquemia aguda de miembros inferiores por embolia bilateral.
2. Artrosis vertebral con estenosis del canal lumbar.
3. Isquemia aguda de miembro inferior izdo. por embolia iliaca.
4. Neuropatía diabética de miembros inferiores.
5. Isquemia aguda de miembro inferior izdo. por trombosis arterial.

**253. Un paciente varón de unos 40 años es traído a urgencias por haber sido hallado caído en la vía pública en una zona de ocio nocturno. El paciente está poco reactivo, presenta una frecuencia respiratoria de 7 por minuto, una presión arterial de 90/60 y frecuencia cardíaca de 58 por minuto. Pupilas mióticas. Después de asegurar la permeabilidad de la vía aérea, ¿cuál sería el paso inmediato más apropiado a seguir?:**

1. Administrar 0,4 mg de naloxona im o iv.
2. Obtener un hemograma y una bioquímica básica.
3. Solicitar un examen toxicológico de orina.
4. Realizar un ECG.
5. Solicitar una TC craneal.

**254. ¿Cuál de las siguientes es la principal causa de muerte en los diabéticos?:**

1. La macroangiopatía.
2. Las complicaciones renales glomerulares.
3. La desnutrición.
4. Infecciones cutáneas purulentas.
5. La cetoacidosis.

**255. Mujer de 35 años sin factores de riesgo cardiovascular, con historia de una muerte fetal de 20 semanas, que presenta un infarto de la cerebral media derecha. En la exploración física llama la atención la presencia de livedo reticularis. En el**

**estudio de coagulación se observa un alargamiento del APTT. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:**

1. Poliarteritis nodosa.
2. Esclerosis sistémica.
3. Micropoliangeitis.
4. Hemofilia.
5. Síndrome antifosfolípido.

**256. En la tricoleucemia, o leucemia de células peludas, son habituales al diagnóstico los siguientes datos EXCEPTO uno:**

1. Esplenomegalia.
2. Anemia.
3. Fibrosis medular.
4. Ensanchamiento mediastínico.
5. Linfocitos circulantes con prolongaciones citoplasmáticas.

**257. Un paciente de 43 años diagnosticado de sinusitis un mes antes, acude a Urgencias por una crisis tonicoclónica generalizada. La familia refiere que durante la semana anterior se había quejado de cefalea y vómitos. En la exploración el paciente se encuentra somnoliento y a excepción de edema de papila el resto de la exploración era normal. El diagnóstico más probable, en este caso, CONTRAINDICARÍA:**

1. Iniciar tratamiento empírico con antibióticos.
2. Iniciar tratamiento anticomitial.
3. Realizar punción lumbar diagnóstica.
4. Iniciar tratamiento con Dexametasona.
5. Solicitar una TC (tomografía computerizada) de cráneo con contraste intravenoso.

**258. Una paciente de 52 años afecta de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II y síndrome ansioso-depresivo va a ser sometida a una histerectomía programada vía suprapúbica por un mioma uterino. Sigue regularmente tratamiento con gliclazida 80 mg/día, enalapril 20 mg/día, hidroclorotiazida 25 mg/día y sertralina 100 mg/día. ¿Cuáles deberían ser nuestras instrucciones respecto a la medicación a tomar en el perioperatorio?:**

1. Parar toda la medicación una semana antes de la intervención quirúrgica.
2. Parar toda la medicación dos días antes de la intervención quirúrgica.
3. Seguir con la medicación habitual, incluido el día de la intervención.
4. Tomar la medicación habitual, pero a mitad de dosis el día de la intervención.
5. Parar los hipoglucemiantes orales, el antidepresivo y el diurético el día de la intervención, y mantener el enalapril.

**259. Niño de 8 meses de edad que su madre trae a Urgencia por rechazo del alimento desde hace**

**30 días. A la exploración presenta desnutrición y palidez intensa, cefalohematoma parietal izquierdo, manchas equimóticas redondeadas y de borde bien delimitado en ambos muslos y zona escrotal. El niño llora mucho durante la exploración y está muy agitado. El diagnóstico de presunción más probable es:**

1. Sepsis fulminante con CID.
2. Niño maltratado.
3. Déficit congénito de antitrombina 3.
4. Varicela hemorrágica.
5. Enfermedad de Kawasaki.

**260. Mujer de 40 años, con Diabetes Mellitus tipo I e historia de ferropenia desde hace años. En estudio en las consultas de Digestivo por cuadros de dolor abdominal difuso y recurrente de características inespecíficas, que ceden de forma espontánea. Presenta un ritmo intestinal normal pero con episodios ocasionales de aumento del número de deposiciones, de consistencia líquida y sin sangre. La exploración física es normal. En analítica: Hto. 36%, Hb 11,9 g/dl, Fe 37 microgr/dl, ALT 55, Ac Anti-Transglutaminasa TIS IgA 195 u/ml. Se realiza biopsia intestinal. ¿Qué datos histológicos espera encontrar para realizar el diagnóstico en esta paciente?:**

1. Atrofia de las criptas.
2. Presencia de granulomas en la mucosa.
3. Infiltración de eosinófilos en la submucosa.
4. Atrofia subtotal de las vellosidades.
5. Abscesos de las criptas.