MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL

PRUEBAS SELECTIVAS 2009

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. El cuestionario se compone de 225 preguntas más 10 de reserva. Tenga en cuenta que hay 25 **preguntas que están ligadas a una imagen**. Todas las imágenes están colocadas en las tres hojas finales de este cuestionario.

3. 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

4. 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.

5. 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.

6. Si inutiliza su "Hoja de Respuestas" pida un nuevo juego de repuesto a la Mesa de Examen y **no olvide** consignar sus datos personales.

7. 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.

8. Podrá retirar su Cuaderno de Examen una vez finalizado el ejercicio y hayan sido recogidas las "Hojas de Respuesta" por la Mesa.

1. Pregunta vinculada a la imagen nº 1.

Un hombre de 78 años de edad, con buen estado funcional físico y cognitivo, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 y cardiopatía en fibrilación auricular acude al servicio de urgencias de un hospital terciario por dolor abdominal intenso, continuo, difuso, de unas 4 horas de evolución. Las constantes vitales son normales. El abdomen es blando y levemente doloroso a la palpación sin defensa ni rebote. El ECG muestra fibrilación auricular sin otros hallazgos y la glucemia capilar es 140 mg/dL. La imagen 1 muestra la radiografía simple de abdomen a su llegada a urgencias. En relación con la lectura de la radiografía, señale, entre las siguientes, la respuesta correcta:

1. Dilatación de asas de intestino delgado y grueso, compatible con obstrucción en sigma.
2. Asas de intestino delgado ligeramente dilatadas, con aire y presencia de heces y gas en marco cólico.
3. Asas de intestino delgado dilatadas e imagen de colon cortado asociado a pancreatitis aguda.
4. Dilatación de asas de intestino delgado y grueso, por fecaloma en ampolla rectal.
5. Asas de intestino delgado dilatadas con aire en la pared ("neumatosis intestinal").

2. Pregunta vinculada a la imagen nº 1.

¿Cuál de las siguientes es la prueba diagnóstica más adecuada en el estudio del dolor abdominal de este paciente?:

1. TAC abdominal sin contraste para disminuir el riesgo de daño renal.
2. Repetir radiografía simple de abdomen para descartar aire libre intraperitoneal.
3. Hacer una ecografía abdominal para descartar patología biliar y/o renoureteral.
4. Colonoscopia para valorar la integridad de la mucosa del colon.
5. Angiografía por medio de tomografía axial computarizada (Angio-TAC).

3. Pregunta vinculada a la imagen nº 2.

Paciente de 86 años de edad con antecedente de hipertensión arterial, diabetes mellitus e hipotiroidismo, que sufrió una fractura de cadera hace cuatro meses y desde entonces es dependiente para algunas actividades básicas (Barthel 55), presentando un deterioro cognitivo moderado con Pfeiffer de 4 errores. Tratamiento habitual con metformina 3 comp. al día de 850 mg, levotiroxina 100 mcg, ramiprilo 5 mg y ácido acetil salicílico 100 mg. Acude a urgencias por presentar desde una semana antes debilidad generalizada, estreñimiento, náuseas y vómitos diarios. No fiebre ni síntomas respiratorios o urinarios. En la exploración tensión arterial sistólica de 110 mmHg, frecuencia cardiaca 90 sístoles/minuto, palidez muco cutánea, abdomen timpánico duro y distendido. Se practica analítica sanguínea, orina y radiografía de abdomen que se muestra en la imagen nº 2.
¿Cuál cree que es la valoración más adecuada de esta radiografía de abdomen?:

1. Se trata de una radiografía de mala calidad, con una proyección inadecuada que no permite un diagnóstico.
2. La radiografía muestra una dilatación de asas intestinales con gas fuera de las asas.
3. La radiografía evidencia una gran distensión de asas de intestino delgado con niveles hidroaéreos que sugieren una obstrucción a nivel de la válvula ileocecal.
4. Se observa gran cantidad de gas dentro de asas muy distendidas de colon y sigma, así como abundantes heces en ampolla rectal que sugiere la presencia de un fecaloma.
5. La dilatación de asas y la presencia de una masa en plano anterior sugiere la existencia de una neoplasia abdominal.

4. Pregunta vinculada a la imagen nº 2.

La enferma ingresa en el Hospital. Tras la estabilización de proceso agudo, se inicia la alimentación oral. ¿Cuál cree que sería la estrategia más adecuada para el control de la diabetes mellitus?:

1. Continuar con metformina, realizar controles de glucemia y añadir bolos de insulina rápida si la glucemia es elevada.
2. Retirar metformina y utilizar repaglinida al tener vida media más corta.
3. Intentar controlar la glucemia combinando metformina y otros antidiabéticos orales para evitar a toda costa la utilización de insulina.
4. Retirar la metformina, administrar una pauta de insulina y programar rescate según los controles de glucemia.
5. Retirar todos los antidiabéticos orales y administrar bolos de insulina rápida cada seis horas según los controles de glucemia.

5. Pregunta vinculada a la imagen nº 3.

Hombre de 67 años de edad, fumador de 30 cigarrillos al día con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, hipercolesterolemia, en tratamiento farmacológico con amlodipino, metformina y simvastatina. Acude al servicio de urgencias refiriendo disnea de medianos esfuerzos en el último mes, edemas en miembros inferiores, nicturia y tos seca sobre todo por las noches. A la exploración física presenta una TA 167/98 mmHg. FC 103 lpm saturación capilar de oxígeno de 91%, taquipnea de 23 r.p.m. Se objetiva una disminución severa del

murmullo vesicular, hipoventilación en bases y alguna sibilancia espiratoria. Se encuentra arrítmico a 103 lpm sin soplos. Abdomen sin hallazgos significativos. Edemas. Ante este cuadro clínico, ¿qué determinación analítica le parece menos relevante en la evaluación diagnóstica durante la estancia en urgencias de este paciente?:

1. Péptido natriurético tipo B.
2. Hemograma.
3. Gasometría arterial.
4. Iones en orina.
5. Troponina.

6. Pregunta vinculada a la imagen nº 3.

Durante su estancia en urgencias se realiza al paciente referido en la pregunta anterior una radiografía del tórax que se muestra en la imagen 3. Ante el cuadro clínico presentado y los hallazgos radiológicos descritos en este paciente. ¿Cuál de las siguientes opciones terapéuticas le parece la más adecuada?:

1. 20 mgr de furosemida endovenosa.
2. Salbutamol en nebulización.
3. 100 mgr de metilprednisolona endovenosa.
4. Bolo endovenoso de heparina sódica de 10.000 unidades.
5. Ceftriaxona 2 gr endovenoso cada 24 h.

7. Pregunta vinculada a la imagen nº 4.

Paciente de 66 años de edad, fumador, diabético e hipertenso que acude al hospital por dolor torácico opresivo mientras caminaba. En urgencias persiste leve dolor precordial, la presión venosa es normal, tiene crepitantes en las bases pulmonares, un cuarto tono, y una presión arterial de 140/85 mmHg. La analítica mostró unos D-dímeros normales y una troponina I de 3,02. Se realizó un ECG que se muestra en la imagen 4. ¿Qué respuesta es la correcta con respecto al ECG?:

1. Fibrilación auricular y descenso del ST anterior.
2. Ritmo sinusal y ascenso del ST lateral.
3. Fibrilación auricular y ascenso del ST inferior.
4. Ritmo sinusal y descenso del ST anterolateral.
5. Ritmo sinusal y signos de hipertrofia ventricular izquierda.

8. Pregunta vinculada a la imagen nº 4.

En el caso de la pregunta anterior. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:

1. Embolia de pulmón.
2. Pericarditis aguda.
3. Infarto agudo inferior, Killip I.
4. Infarto posterior, Killip IV.
5. Infarto anterolateral, Killip II.

9. Pregunta vinculada a la imagen nº 5.

Una mujer de 62 años de edad, acude a Urgencias de un Hospital por presentar disnea de reposo que se inició bruscamente una semana antes y se ha agravado en las últimas horas. La exploración inicial muestra una paciente ansiosa, taquipneica, con TA 153/104, Tª 37,2ºC, frecuencia cardiaca de 128 lat/min, saturación de O2 por pulsoxímetro del 85%. Se realiza una radiografía de tórax con un aparato portátil que se muestra en la imagen 5. Señale de la siguientes hipótesis diagnósticas iniciales la que es más IMPROBABLE en el cuadro clínico referido hasta el momento:

1. Síndrome ansioso.
2. Embolia Pulmonar.
3. Neumotórax.
4. Hipertiroidismo.
5. Insuficiencia cardiaca.

10. Pregunta vinculada a la imagen nº 5.

En el caso anterior, posteriormente se recibieron los siguientes resultados: Gasometría basal: pH 7,47, PCO2 28,6 mmHg, PO2 58,6 mmHg. Hemograma: 10.300/mm3 leucocitos con 58% de neutrófilos, hemoglobina 15,2 g/dl, hematocrito 44,1%, plaquetas 225.000/mm3. Bioquímica: troponina I 0,12 ng/ml (N < 0,04), mioglobina 51,5 mg/ml (N < 65,8), ProBNP 916,8 pg/ml (N < 300) y D-dímero 2085 microg/litro (N < 230). Con estos datos, elige entre las siguientes pruebas complementarias, aquella que en su opinión, le permitirá confirmar su principal sospecha diagnóstica?:

1. Ecocardiograma.
2. Angiografía coronaria.
3. Angio TAC pulmonar.
4. Repetir determinaciones de troponina y mioglobina.
5. Hemocultivos y cultivos de esputos.

11. Pregunta vinculada a la imagen nº 6.

La radiografía de la imagen 6 corresponde a un hombre de 72 años bebedor habitual y con descuido importante en el aseo personal. Desde hace 1 mes, sensación distérmica que se acompaña de tos y expectoración purulenta. No refiere dolor torácico, náuseas ni vómitos. Que cabe NO esperar en la exploración del paciente:

1. Abolición del sonido en el lóbulo superior izquierdo.
2. Soplo anfótero en el lóbulo superior izquierdo.
3. Roncus.
4. Crepitantes.
5. Aliento fétido.

12. Pregunta vinculada a la imagen nº 6.

Este paciente precisa ingreso hospitalario para recibir tratamiento antibiótico intravenoso durante varias semanas, ¿cuál de los siguientes tratamientos cree que es el más adecuado?:

1. Amoxicilina 2 g cada 6 horas.
2. Amoxicilina/clavulánico 2/0,2 g cada 8 horas.
3. Ceftriaxona 2 g cada 24 h.
4. Levofloxacino 0,5 g cada 24 h.
5. Metronidazol 1,5 g cada 24 h.

13. Pregunta vinculada a la imagen nº 7.

En el TAC de tórax presentada en la imagen 7, se observa una imagen que definiría como:

1. Derramen cisural.
2. Infiltrado alveolar.
3. Bronquiectasias.
4. Nódulo pulmonar.
5. Secuestro pulmonar.

14. Pregunta vinculada a la imagen nº 7.

¿Dónde localizaría la lesión de la imagen 7?:

1. Lóbulo superior.
2. Lóbulo medio.
3. Lóbulo inferior.
4. Pleura.
5. Mediastino.

15. Pregunta vinculada a la imagen nº 7.

¿Cuál de las siguientes pruebas le parece más indicada para el diagnóstico más correcto y precoz posible de la lesión pulmonar de la imagen 7?:

1. Broncoscopia.
2. Toracocentesis.
3. Mediastinoscopia.
4. Gammagrafía de ventilación – perfusión.
5. Cultivo de esputos.

16. Pregunta vinculada a la imagen nº 8.

Una paciente joven consulta por la reciente aparición en las piernas de las lesiones que pueden observarse en la imagen 8. Por las características de las mismas una de las siguientes opciones diagnósticas es muy IMPROBABLE:

1. Paniculitis de Weber-Christian.
2. Vasculitis leucocitoclástica.
3. Eritema indurado o enfermedad de Bazin.
4. Eritema nudoso.
5. Linfangitis nodular.

17. Pregunta vinculada a la imagen nº 9.

Supongamos que la radiografía de tórax de la paciente de la pregunta anterior, fuese la de la imagen 9. ¿Cuál es el diagnóstico radiológico más probable?:

1. Infiltrado intersticial en campos superiores.
2. Derrame pleural subpulmonar izquierdo.
3. Adenopatías hiliares.
4. Gran masa mediastínica.
5. Arterias pulmonares grandes.

18. Pregunta vinculada a las imágenes nºs 8 y 9.

Supongamos, que la biopsia cutánea del paciente de la imagen 8 muestra un granuloma no caseificante y se establece el diagnóstico de sarcoidosis. ¿Cuál de las siguientes sería la respuesta más apropiada?:

1. Con las características de la lesión cutánea y la radiografía de tórax, el diagnóstico puede aceptarse.
2. La elevación del enzima convertidor de la angiotensina se considera una prueba poco sensible pero muy específica para el diagnóstico.
3. A pesar de que solamente el 25% de los pacientes tiene granulomas en el hígado, el 75% tiene alteraciones clínicas o en la analítica hepática.
4. La prueba de la tuberculina es positiva en la mayoría de pacientes con sarcoidosis.
5. La eventual hipercalcemia se atribuye a un aumento de actividad de al parathormona.

19. Pregunta vinculada a la imagen nº 10.

A la vista de la paciente que se muestra en la imagen 10. ¿Cuál es el diagnóstico?:

1. Carcinoma anaplásico de tiroides.
2. Enfermedad de Graves.
3. Tiroiditis de Hasimoto.
4. Carcinoma medular de tiroides.
5. Linfoma tiroideo.

20. Pregunta vinculada a la imagen nº 10.

En el caso de la paciente de la imagen 10, ¿cuál de las siguientes pruebas diagnósticas realizaría en primer lugar?:

1. Gammagrafía tiroidea.
2. Ecografía tiroidea.
3. Anticuerpos antitiroideos.
4. Niveles de T4 y TSH.
5. Niveles de tiroglobulina.

21. Pregunta vinculada a la imagen nº 11.

Una niña de 12 años viene a consulta con las lesiones que presenta la imagen 11, afectando a

ambos huecos poplíteos. ¿Qué tipo de lesiones se ajustan mejor a las que presenta la niña?:

1. Lesiones esclerosas.
2. Lesiones liquenificadas.
3. Lesiones atróficas.
4. Lesiones habonosas.
5. Lesiones costrosas residuales.

22. Pregunta vinculada a la imagen nº 11.

El antecedente que nos puede dar más información en el caso de la imagen 11 sería:

1. La existencia de más casos entre los que viven en la misma casa.
2. Haber padecido lesiones en cara y dorso de brazos cuando era más pequeña.
3. Haber padecido un cuadro gripal con quince días de antelación.
4. Haber vivido fuera de España.
5. Tener piel de fototipo I.

23. Pregunta vinculada a la imagen nº 12.

Hombre de 34 años, sin antecedentes médicos de interés, hábitos tóxicos ni conductas sexuales de riesgo. Presenta de manera brusca fiebre de 38-39ºC, acompañada de malestar general, que se acompaña de dolor intenso y cambios en el contorno articular de la rodilla derecha y el tobillo izquierdo, dificultando la deambulación. Refiere también dolor a nivel del talón derecho y molestias mal definidas en las plantas de los pies.
Exploración: TA 110/70; Tª 38,6; P.A. 90 lpm. Buen aspecto general, sin adenopatías en ningún territorio, AC y AP normales. Exploración abdominal normal. Exploración musculoesquelética: contractura en flexión a 170º en rodilla dcha. con aumento del perímetro articular, dolor e impotencia funcional a los movimientos activos y pasivos en dicha articulación. Incremento del perímetro articular en ambos maleolos del tobillo izdo., con dolor a la palpación y movilización activa. Resto de exploración normal EXCEPTO los hallazgos que se muestra en la figura 12. En la analítica llevada a cabo en el servicio de Urgencias presenta: Hb 12,2; VCM 84; Leucos 12.000; Plaquetas 380.000; Creat: 0,8; VSG 80 mm a la primera hora, orina normal. Se realiza artrocentesis de rodilla, obteniéndose 40 cc. de líquido turbio, con abundantes células y ausencia de cristales en microscopía de luz polarizada y tinción Gram negativa.
¿Cuál de estas afirmaciones es la más adecuada, con respecto al cuadro clínico del paciente?:

1. La presencia de artritis en más de un territorio articular sugiere el diagnóstico de Artritis Reumatoide.
2. La presencia de artritis en más de un territorio articular excluye la presencia de una artritis infecciosa.
3. La presencia de artritis en más de un territorio articular, asociada a fiebre y presencia de afectación cutánea nos orienta hacia una enfermedad sistémica, como el Lupus Eritematoso Sistémico.
4. La presencia de artritis de rodilla y tobillo y la afectación que presenta en los dedos de los pies, y la fiebre son sugerentes de Infección por Gonococo.
5. La fiebre y la presencia de artritis de rodilla y tobillo, y la afectación que presenta en los dedos de los pies, son sugerentes de una Artritis Reactiva.

24. Pregunta vinculada a la imagen nº 12.

En el caso de la pregunta anterior. ¿Cuál cree usted que es el manejo diagnóstico y terapéutico más adecuado en éste momento?:

1. Realizar hemocultivos, cultivo de líquido articular e iniciar tratamiento antibiótico IV. En caso de que los cultivos sean negativos completar tratamiento antibiótico de 10 días y ver evolución.
2. Realizar hemocultivos, cultivo de líquido articular e iniciar tratamiento antibiótico i.v. y antiinflamatorio v.o. En caso de que los cultivos sean negativos, suspender antibióticos y ver evolución.
3. Realizar hemocultivos, cultivo de líquido articular e iniciar tratamiento antibiótico i.v. y corticoides a altas dosis (1 mg/kg de peso). En caso de que los cultivos sean negativos, suspender antibióticos y ver evolución.
4. Iniciar de inmediato tratamiento con corticoides a altas dosis (1 mg/kg de peso) y Metotrexato (15 mg v.o. en dosis única semanal).
5. Iniciar de inmediato tratamiento con antiinflamatorios y Metotrexato (15 mg v.o. en dosis única semanal).

25. Pregunta vinculada a la imagen nº 12.

¿Cuál de los posibles test complementarios podría ayudarle más en el diagnóstico del paciente?:

1. Anticuerpos Antinucleares y estudio del Complemento.
2. Factor Reumatoide y Anticuerpos anti-péptido citrulinado.
3. Determinación del HLA-B27.
4. Serología de Salmonella, Shigella y Yersinia.
5. Determinación de Antígeno del Gonococo en uretra.

26. Entre las causas de carcinoma epidermoide de esófago, se consideran las siguientes EXCEPTO:

1. Tabaco.

2. Alcohol.
3. Acalasia.
4. S. de Plummer-Vinson.
5. Reflujo gastro-esofágico.

27. Los linfomas del intestino delgado tienen los siguientes caracteres EXCEPTO:

1. El origen suele ser el linfocito T.
2. Se localizan más frecuentemente en duodeno.
3. Se relacionan con malabsorción crónica.
4. Se relacionan con transplantes de órganos.
5. Se relacionan con el SIDA.

28. Un hombre de 40 años sin enfermedades concomitantes, acude a urgencias por melenas de 24 horas de evolución sin repercusión hemodinámica. Refiere consumo de antiinflamatorios no esteroideos los días previos por cefalea. La analítica es normal salvo el hematocrito de 33%. La endoscopia digestiva alta realizada de forma urgente a las 6 horas del ingreso muestra una úlcera antral excavada de 8 mm de diámetro con base de fibrina limpia y bordes lisos y regulares. Las biopsias de la úlcera resultan benignas y muestran infección por *Helicobacter pylori*. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?:

1. En la endoscopia inicial está indicado aplicar una terapéutica endoscópica para disminuir el riesgo de recidiva hemorrágica.
2. Dada la ausencia de malignidad en las biopsias iniciales y el aspecto endoscópico de la úlcera, se puede descartar de manera fiable el cáncer gástrico y es innecesario el seguimiento endoscópico.
3. Sólo está indicado el tratamiento erradicador del Helicobacter pylori si se constata recidiva de la úlcera en ausencia de antiinflamatorios no esteroideos.
4. Dado que se trata de una úlcera complicada (hemorragia) la mejor opción terapéutica es una vagotomía y piloroplastia.
5. El paciente podría ser dado de alta hospitalaria de forma precoz.

29. Acude a nuestra consulta un paciente de 45 años, diagnosticado previamente de colitis ulcerosa corticodependiente e intervenido mediante panproctocolectomía con creación de reservorio ileoanal hace un mes con un postoperatorio no complicado. ¿Cuál de las siguientes es la complicación más importante y frecuente derivada de esta intervención a la que deberemos prestar atención?:

1. Aparición de reservoritis.
2. Aparición de yeyunitis ulcerativa.
3. Aparición de gastroduodenitis.
4. Aparición de esofagitis por citomegalovirus.
5. Aparición de absceso pélvico.

30. En el tratamiento de mantenimiento a largo plazo en pacientes con Enfermedad inflamatoria intestinal, ¿cuál de los siguientes fármacos es el menos recomendable?:

1. Azatioprina.
2. Mesalazina.
3. Prednisona.
4. 6-Mercaptopurina.
5. Metotrexato.

31. Mujer de 80 años con diagnóstico de hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca de etiología valvular por estenosis aórtica severa, anticoagulada con acenocumarol por fibrilación auricular crónica. Acude a consulta refiriendo deterioro de su clase funcional en los últimos meses. Aporta analítica con hemoglobina de 9.5 g/dl, VCM 75 fl, ferritina de 5 ng/ml y se ha realizado gastroscopia y colonoscopia sin mostrar alteraciones. ¿Cuál de las siguientes técnicas solicitaría para su diagnóstico en primer lugar?:

1. Resonancia magnética intestinal.
2. Tránsito esófago-gastroduodenal.
3. Cápsula endoscópica.
4. Ecoendoscopia.
5. Arteriografía.

32. Un paciente obeso de 35 años de edad, con un consumo de alcohol de 30 g/día consulta por aumento ligero de transaminasas y gammaglutamiltranspeptidasa (inferior a dos veces los valores normales). El paciente se halla asintomático y la exploración demuestra sólo hepatomegalia de 3 cm por debajo del reborde costal. En la ecografía abdominal se constata un aumento difuso de la ecogenicidad hepática sin otras alteraciones. El diagnóstico más probable es:

1. Esteatosis hepática alcohólica.
2. Hemocromatosis.
3. Cirrosis hepática.
4. Esteatosis hepática no alcohólica.
5. Enfermedad de Wilson.

33. Hombre de 28 años, informático, habitualmente sano, deportista de gimnasio (Halterofilia), sin antecedentes patológicos recientes, consulta por malestar general, ictericia, coluria y prurito discreto. En la analítica destaca: bilirrubina directa 96 umol/l (5,6 mg/dl), total 100 umol/l (5,8 mg/dl), ALT 80 U/l (n<40) AST, 75 U/l (n<40), fosfatasa alcalina 180 U/l (n<120) y gamma GT 79 U/l (n<45). ¿Cuál es el diagnóstico más probable entre los siguientes?:

1. Enfermedad de Gilbert.
2. Hepatitis viral aguda.
3. Toxicidad por paracetamol.
4. Toxicidad por anabolizantes por vía oral.
5. Toxicidad por amoxicilina-clavulánico.

34. Un paciente de 28 años, adicto a drogas por vía parenteral presenta un cuadro gripal seguido de ictericia. La analítica muestra ALT 950 U/l AST 825 U/l, fosfatasa alcalina y gamma GT dentro de la normalidad, bilirrubina total 4,64 mg/dl directa 3,94 mg/dl. Serologías: HBs Ag negativo, Anti HBc IgM negativo. Anti VHC negativo, Anti VHA IgM negativo. ¿Cuál de los siguientes exámenes debe incluirse en la siguiente aproximación diagnóstica?:

1. Anti VHA IgG.
2. Anti Hepatitis D IgM.
3. Anti HBc IgG.
4. DNA del virus B.
5. RNA del virus C.

35. Un hombre de 54 años, con cirrosis hepática por virus C e hipertensión portal conocidas, presenta un episodio de hematemesis con repercusión hemodinámica. Se estabiliza con reposición enérgica de la volemia, y es trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos, donde se le trasfunden 3 concentrados de hematíes y se instaura una perfusión endovenosa de somatostatina. ¿Cuál de las siguientes opciones intervencionistas sería de elección en las siguientes 24 horas?:

1. Endoscopia con escleroterapia mediante inyección de adrenalina.
2. Taponamiento con sonda-balón de Sengstaken-Blakemore.
3. Endoscopia con ligadura mediante bandas elásticas.
4. Embolización percutánea con coils de las varices esofágicas.
5. Derivación portosistémica intrahepática percutánea (por vía transyugular, conocida por sus siglas inglesas como TIPS).

36. Paciente de 52 años con datos clínico-biológicos de ictericia obstructiva de evolución intermitente y sangre oculta en heces positiva, con dieta idónea. De los diagnósticos que se reseñan, ¿cuál es el más probable?:

1. Carcinoma pancreático.
2. Litiasis vesicular.
3. Colecistitis crónica.
4. Ampuloma.
5. Colangiocarcinoma intra hepático.

37. ¿Cuál de los siguientes criterios NO servirá para sospechar que se trata de una pancreatitis aguda grave?:

1. Amilasemia > 3.000 UI/L.
2. Criterios de Ranson >3.
3. Apache II >10.
4. PCR >150 mgl/L (a partir de las 48 h. del inicio de los síntomas).
5. Score de TAC abdominal >7 (a partir de las 72 horas).

38. Un hombre de 75 años, diabético e hipertenso en tratamiento médico, presenta un adenocarcinoma de recto a 7 cms del margen anal que tras la realización de ecografía endorectal y resonancia magnética se estatifica como T3N+. No hay otra patología en el resto del colon y en TAC no se objetiva enfermedad a distancia. El tratamiento más adecuado es:

1. Resección anterior de recto con extirpación completa del mesorrecto y anastomosis.
2. Amputación abdominoperineal.
3. Quimiorradioterapia preoperatoria y resección anterior de recto con extirpación completa del mesorrecto y anastomosis.
4. Quimiorradioterapia preoperatoria y resección local con microcirugía endoscópica transanal.
5. Quimiorradioterapia preoperatoria y Amputación abdominoperineal.

39. De las cinco afirmaciones que se hacen sobre la colangitis aguda, una de ellas es FALSA:

1. La presentación clásica se caracteriza por fiebre alta, ictericia y dolor abdominal.
2. Una causa frecuente de colangitis es la estenosis maligna del colédoco.
3. Es obligatoria la hospitalización, reposición hidroelectrolítica, soporte general y terapéutica antibiótica.
4. La endoscopia precoz permite el diagnóstico por colangiografía y el drenaje de la vía biliar.
5. La cirugía de drenaje de la vía biliar se realiza cuando no son posibles otras opciones.

40. La colecistectomía laparoscópica tiene como ventaja sobre la colecistectomía por laparotomía:

1. La reducción de la estancia hospitalaria.
2. Permite conservar la vesícula.
3. No se asocia a lesiones de la vía biliar.
4. Es una técnica exenta de mortalidad.
5. Es siempre posible realizarla mediante el abordaje laparoscópico.

41. ¿Qué hernia de la pared abdominal tiene la tasa más alta de estrangulación?:

1. Inguinal directa.
2. Inguinal indirecta.
3. Crural.
4. Epigástrica.
5. Lumbar.

42. Un paciente de 68 años presenta palpitaciones y disnea de esfuerzo moderado. En la exploración destaca una tensión arterial de 195/42 mmHg, 94 latidos por minuto, un soplo sistólico y diastólico precoz en borde esternal izquierdo junto

con tercer y cuarto tono izquierdo. El diagnóstico de presunción sería:

1. Miocardiopatía hipertrófica no obstructiva.
2. Miocardiopatía no compactada.
3. Comunicación interauricular.
4. Hipertiroidismo.
5. Insuficiencia aórtica.

43. Hombre de 85 años con antecedentes personales de infarto de miocardio hace 6 meses, con fracción de eyección de ventrículo izquierdo del 30%, diabetes mellitus tipo 2 e insuficiencia renal (Creatinina basal de 1.7mg/dl). Su tratamiento habitual incluye enalapril, furosemida, bisoprolol y eplerenona. Acude a urgencias por malestar general y diarrea. Al examen físico presenta PA 90/40mmHg, frecuencia cardiaca de 45 lpm, con ausencia de onda p en el ECG y QRS ancho. ¿Cuál de las siguientes alteraciones hidroelectrolíticas esperaría encontrar?:

1. Hiperpotasemia.
2. Hipercalcemia.
3. Hipermagnesemia.
4. Hipernatremia.
5. Hipercloremia.

44. Una mujer de 64 años acude a urgencias por haber presentado, tras haber sufrido un robo en la calle, un dolor torácico opresivo intenso. Llega a urgencias con el dolor, se realiza un electrocardiograma que muestra elevación del segmento ST en derivaciones V2 a V6. Ante la sospecha de un infarto agudo de miocardio se realiza una coronariografía en la que no se ven obstrucciones coronarias y se aprecia disminución severa de la función ventricular izquierda con aquinesia apical. El diagnóstico más probable sería:

1. Vasoesapasmo coronario transitorio.
2. Pericarditis aguda viral.
3. Tromboembolismo pulmonar.
4. Miocardiopatía de esfuerzo (enfermedad de Tako-Tsubo.
5. Disección aórtica tipo B.

45. En la fibrilación auricular (FA), señale la respuesta INCORRECTA:

1. El riesgo de accidente cerebro vascular embolígeno es similar en la FA paroxística y en la FA crónica.
2. La anticoagulación crónica en la FA solitaria está indicada preferentemente en pacientes jóvenes (< 60 años) y sin factores de riesgo.
3. La amiodarona es más efectiva en prevenir recaídas en FA y mantener el ritmo sinusal que los fármacos IA y IC.
4. En el tratamiento crónico la digoxina habitualmente es insuficiente para el control de la frecuencia durante el ejercicio.
5. El tratamiento invasivo de la FA se basa en el aislamiento eléctrico mediante ablación de las venas pulmonares.

46. Existe indicación de implante de marcapasos en:

1. Pacientes asintomáticos cuando la frecuencia sinusal es inferior a 50 latidos por minuto.
2. Presencia de bloqueo AV de primer grado asintomático cuando el pR es superior a los 200 msg.
3. El bloqueo alternante de ramas del haz de His.
4. Cualquier situación con bloqueo AV de segundo grado Mobitz I a nivel nodal.
5. Síncope neurocardiogénico con respuesta cardioinhibidora negativa.

47. Un paciente de 37 años de edad acude ala consulta por disnea y angina de moderados esfuerzos. A la exploración se advierte un soplo sistólico en el borde esternal izquierdo que se acentúa con la maniobra de Valsalva. El ECG muestra aumento del voltaje en varias derivaciones y depresión del segmento ST en I, a VL y de V_4 a V_6. La radiografía de tórax es normal. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:

1. Cardiopatía isquémica.
2. Estenosis valvular aórtica.
3. Miocardiopatía hipertrófica.
4. Prolapso de la válvula mitral.
5. Miocardiopatía dilatada con insuficiencia mitral.

48. ¿Cuál de las siguientes entidades produce una miocardiopatía restrictiva?:

1. Alcoholismo.
2. Tratamiento antineoplásico con adriamicina.
3. Amiloidosis.
4. Feocromocitoma.
5. Ataxia de Friedreich.

49. Respecto a la hipertensión arterial en el anciano, es cierto que:

1. Rara vez se produce en ellos el fenómeno de "bata-blanca".
2. En esta edad no es necesario reducir la sal en la dieta.
3. Los bloqueantes adrenérgicos alfa tienen preferencia al elegir el tratamiento farmacológico.
4. No produce beneficio tratar la hipertensión arterial en mayores de 80 años de edad.
5. La cifra de presión sistólica es mejor predictor de cardiopatía isquémica que la de diastólica.

50. Paciente de 52 años que refiere disnea de medianos esfuerzos desde hace 6 meses. No ha presentado ningún episodio de angina ni síncope. La exploración física y las pruebas diagnós-

ticas demuestran la existencia de una estenosis valvular aórtica calcificada, con un área valvular de 0,7 cm2, gradiente transvalvular aórtico de 55 mmHg, fracción eyección ventricular izquierda normal. El tratamiento que debe indicarse a este enfermo es el siguiente:

1. Tratamiento conservador con controles anuales por un cardiólogo.
2. En caso de aumentar la disnea de esfuerzo, debe practicarse una dilatación percutánea de la estenosis con catéter balón.
3. Sustitución valvular aórtica con una prótesis mecánica o bioprótesis (si la anticoagulación permanente está contraindicada).
4. Reparación valvular aórtica mediante decalcificación valvular.
5. Homoinjerto valvular aórtico.

51. La indicación más aceptada de tratamiento quirúrgico o endovascular de las estenosis de la arteria de carótida interna extracraneal a nivel de la bifurcación asintomática es cuando la arteria presenta:

1. Estenosis del 50% de la luz de la arteria.
2. Estenosis del 30% de la luz.
3. Estenosis del 90% de la luz.
4. Estenosis del 70% de la luz.
5. Estenosis del 10% de la luz.

52. Un paciente fumador de 79 años consulta por disnea para moderados esfuerzos y tos poco productiva. Se realiza una gasometría arterial en la que se observa: pH 7,45, PaO_2 54 mmHg y $PaCO_2$ 42 mmHg. La radiografía de tórax muestra signos de hiperinsuflacción pulmonar. En la espirometría se observa un volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV_1) del 48%, una capacidad vital forzada (FVC) del 85% y una relación FEV_1/FVC del 56%. A la vista de estos resultados el paciente es diagnosticado de EPOC. ¿Cuál es la gravedad de su enfermedad según la clasificación GOLD?:

1. Muy leve.
2. Leve.
3. Moderada.
4. Grave.
5. Muy grave.

53. En un paciente con EPOC en el que se detectan acropaquias de aparición reciente, ¿cuál es el diagnóstico más probable?:

1. Cáncer de pulmón.
2. Fibrosis pulmonar.
3. Bronquiectasias.
4. Absceso pulmonar.
5. Empiema.

54. Por lo que hace referencia al tratamiento del asma bronquial, una de las siguientes respuestas es FALSA:

1. El salbutamol se indica como medicación de rescate.
2. La prednisona oral a pequeñas dosis puede estar indicada en el asma inestable moderada.
3. Los glucocorticosteroides inhalados se metabolizan en el hígado.
4. Los agonistas adrenérgicos-$beta_2$ pueden emplearse en combinación con los glucocorticosteroides inhalados en el asma persistente leve-moderada.
5. El efecto del salmeterol dura 24 horas.

55. Un paciente con EPOC acude a revisión. Realiza tratamiento habitual con agonistas β_2-adrenérgicos y anticolinérgicos de acción prolongada. Ha presentado 3 exacerbaciones de su enfermedad en el último año que han requerido tratamiento con antibióticos y glucocorticoides orales, con mejoría. Se realiza una espirometría en la que se aprecia un patrón obstructivo grave con respuesta broncodilatadora positiva. ¿Cuál de los siguientes fármacos considera que es más apropiado añadir en primer lugar a su tratamiento de base?:

1. Teofilina.
2. Glucocorticoides inhalados.
3. Antagonistas de los receptores de los leucotrienos.
4. N-acetilcisteína.
5. Cromoglicato.

56. Un paciente fumador de 35 años consulta por fiebre, disnea, tos, dolor torácico y pérdida de peso. La radiografía de tórax muestra infiltraciones intersticiales con pequeños quistes aéreos que afectan a los campos pulmonares superiores y medios, con conservación del volumen pulmonar. En las pruebas de función respiratoria se aprecia un patrón restrictivo con disminución de la capacidad de difusión para el monóxido de carbono. ¿Cuál considera que es, entre los siguientes, el diagnóstico más probable?:

1. Linfoma pulmonar.
2. Tuberculosis pulmonar.
3. Proteinosis alveolar pulmonar.
4. Histiocitosis X.
5. Fibrosis pulmonar idiopática.

57. El síndrome de vena cava superior:

1. No es una urgencia oncológica.
2. Los datos clínicos no suelen ser expresivos.
3. La radiografía simple de tórax no permite sospecharlo en la mayoría de las ocasiones.
4. El 85% de los casos se deben a la existencia de un cáncer de pulmón.
5. No responde al tratamiento con radioterapia.

58. Un hombre de 78 años de edad es remitido al

hospital por presentar unas horas antes en su domicilio disnea de comienzo brusco. Había sido intervenido quirúrgicamente para implantación de prótesis total de cadera tres semanas antes. El paciente estuvo tratado con heparina de bajo peso molecular a dosis profilácticas hasta el alta hospitalaria. No presentaba fiebre, expectoración ni ningún otro síntoma acompañante. En la exploración física existía TA 150/90, taquicardia a 110 lat por mn y taquipnea siendo el resto normal. Como único antecedente patológico cinco años antes tuvo un episodio de trombosis venosa profunda de miembro inferior derecho. ¿Cuál es la actitud inicial correcta?:

1. Se debe realizar un estudio complejo para llegar a un diagnóstico inicial, pudiendo descartarse de entrada la existencia de embolia de pulmón dado que se realizó tratamiento profiláctico con heparina tras la cirugía.
2. Aunque la probabilidad clínica de embolia de pulmón es baja debe realizarse una TAC de arterias pulmonares para descartarla, antes de iniciarse ningún tratamiento.
3. Debe realizarse la determinación dímero D y si es positiva iniciarse tratamiento con heparina.
4. La probabilidad clínica de embolia de pulmón es alta debiendo iniciarse tratamiento con heparina y después realizar con una TAC de arterias pulmonares para confirmar el diagnóstico.
5. El paciente probablemente padece una embolia de pulmón y debe iniciar tratamiento fibrinolítico.

59. Hombre de 84 años con antecedentes de tabaquismo y de hepatocarcinoma tratado mediante alcoholización hace 7 días que consulta en urgencias por fiebre de hasta 39ºC con escalofríos, dolor pleurítico y síndrome tóxico. En la radiografía de tórax se aprecia una condensación pulmonar en lóbulo inferior izquierdo con broncograma aéreo sugestiva de neumonía, por lo que se decide ingreso y tratamiento antibiótico endovenoso. Inicialmente, el paciente experimenta una franca mejoría, pero al tercer día del ingreso presenta nuevamente fiebre de 38'3ºC y un fuerte dolor pleurítico izquierdo por lo que el médico de guardia solicita una nueva radiografía de tórax en la que observa la condensación parenquimatosa anteriormente descrita y una lesión de márgenes obtusos de nueva aparición posterior izquierda. ¿Cuál es el diagnóstico y el tratamiento más adecuado ante la nueva situación del paciente?:

1. Se trata de la progresión normal de la neumonía y lo único que debemos hacer es esperar a que responda al tratamiento antibiótico.
2. Podría tratarse de un mesotelioma que pasara desapercibido en la radiografía inicial de urgencias.
3. Probablemente se trate de un derrame metaneumónico que debe responder al tratamiento antibiótico.
4. Dados los antecedentes de tabaquismo del paciente el infiltrado inicialmente interpretado como una neumonía podría tratarse de una neoplasia de pulmón y esta nueva lesión de una metástasis pleural que deberíamos puncionar.
5. Puede tratarse de una neumonía complicada con un derrame, el líquido debería ser analizado por si es tributario de la colocación de un drenaje pleural.

60. Un paciente de 40 años acude al servicio de urgencias por cefalea y alteraciones visuales no bien definidas. En el TC craneal se objetiva un gran tumor hipofisario. ¿Cuál de los siguientes datos esperaría encontrar en la exploración?:

1. Hemianopsia homónima izquierda.
2. Hemianopsia bitemporal.
3. Hemianopsia binasal.
4. Cuadrantanopsia nasal bilateral.
5. Nistagmo horizontal bidireccional.

61. En relación con la patología cerebrovascular, señale la respuesta FALSA:

1. La incidencia de ictus es de 200/100000 habitantes/año.
2. La causa más frecuente no traumática de hemorragia subaracnoidea es la rotura de un aneurisma.
3. Los infartos lacunares son más frecuentes en pacientes hipertensos y en diabéticos.
4. La fibrilación auricular es la causa más frecuente de ictus cardioembólico.
5. La incidencia de ictus de territorio carotídeo y vertebrobasilar es prácticamente superponible.

62. ¿En cuál de las siguientes enfermedades se observa pleocitosis en el LCR?:

1. Esclerosis lateral amiotrófica.
2. Síndrome de Guillain-Barré.
3. Encefalitis herpética.
4. Leucoencefalopatía mutifocal progresiva.
5. Enfermedad de Creutzfeld Jakob.

63. Hombre de 73 años, fumador de 40 cigarrillos al día, diabético e hipertenso mal controlado, sin antecedentes de ictus. Acude a Urgencias por un cuadro de 6 horas de evolución que aúna los siguientes síntomas y signos: vértigo, visión doble, ptosis y miosis del ojo izquierdo, disartria, disfagia, ronquera, entumecimiento del lado izquierdo de la cara y de los miembros derechos. La TC craneal muestra una marcada leucoaraiosis. La analítica es anodina. La radiografía de tórax no aporta datos de interés y el ECG muestra un ritmo sinusal y signos de

hipertrofia ventricular izquierda. Asumiendo que el paciente tiene un ictus, ¿cuál de las siguientes causas es la única posible?:

1. Disección de la arteria carótida interna izquierda.
2. Trombosis de la arteria cerebelosa anteroinferior derecha.
3. Trombosis de la arteria cerebelosa posteroinferior derecha.
4. Trombosis de la arteria vertebral izquierda.
5. Trombosis de la arteria cerebelosa anteroinferior izquierda.

64. ¿Cuál de los siguientes signos o síntomas aparece raramente en la esclerosis múltiple?:

1. Síndrome piramidal.
2. Hemianopsia homónima.
3. Neuritis óptica.
4. Ataxia y temblor cerebelosos.
5. Diplopia.

65. Un hombre de 68 años consulta por notar debilidad muscular lentamente progresiva desde hace unos 3 meses. En la exploración se aprecia una debilidad de la musculatura proximal en extremidades y reflejos musculares disminuidos. Las cifras de CPK están elevadas en sangre, y el estudio electromiográfico muestra un predominio de potenciales de unidad motora polifásicos de amplitud y duración reducidas. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?:

1. Los datos confirman la existencia de una afectación postsináptica de la transmisión neuromuscular.
2. Los datos establecen el diagnóstico de una Distrofia Miotónica.
3. Si en la biopsia muscular se encuentran datos de inflamación puede establecerse el diagnóstico de Polimiositis.
4. Los datos del electromiograma muestran un patrón de afectación neurógeno crónico que excluye cualquier tipo de miopatía.
5. Los datos confirman la existencia de una polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica.

66. Un paciente de 78 años, previamente sano, presenta una clínica de varias horas de evolución de alteración del nivel de conciencia y de las funciones mentales superiores, con tendencia a la apatía y a la somnolencia. Tiene trastornos de la percepción, con algunas alucinaciones. A su familia lo que más les extraña es que el cuadro sea muy fluctuante, pues pasa de estar casi dormido a agitarse y vociferar, y a ratos parece estar lúcido. Pensaría:

1. Trastorno histérico de la personalidad.
2. Síndrome confusional agudo.
3. Ictus en territorio de la arteria cerebral media derecha.
4. Inicio de demencia.
5. Angiopatía amiloide.

67. Hombre de 30 años con crisis de dolor intenso unilateral, diario, de localización frontoorbitaria derecha, acompañadas de nerviosismo, de instauración gradual y remisión en aproximadamente una hora. Dichas crisis suelen durar 3-4 semanas, reapareciendo a los pocos meses. En la exploración durante la crisis presenta ptosis, miosis y enoftalmos derecho, edema parpebral y rinorrea derecha. El diagnóstico clínico de sospecha de este paciente sería:

1. Neuralgia del trigémino.
2. Síndrome de Horner secundario a proceso expansivo retroocular.
3. Migraña complicada.
4. Arteritis de células gigantes.
5. Cefalea histamínica (en brotes).

68. Una mujer de 23 años es traída a Urgencias tras sufrir su primer episodio de pérdida de consciencia. La paciente sólo recuerda que estaba caminando y comenzó a sentir náuseas, sudoración, sensación de calor ascendente y oscurecimiento visual. Un testigo afirmó que durante el episodio, que apenas duró 10 segundos, tuvo sacudidas en los brazos y se orinó. La paciente se recuperó rápidamente. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:

1. Crisis epiléptica parcial compleja.
2. Síncope.
3. Histeria.
4. Crisis epiléptica primariamente generalizada.
5. Crisis epiléptica parcial, secundariamente generalizada.

69. Nos consulta un hombre de 49 años, diestro, por temblor y torpeza en su mano derecha de 3 meses de evolución. Salvo una hipercolesterolemia que trata con dieta, no tiene otros antecedentes relevantes. En la exploración del miembro superior derecho se objetiva temblor de reposo que aparece con la distracción, rigidez espontánea en rueda dentada y una marcada bradicinesia. En el miembro inferior derecho se observa una mínima pero evidente afectación del taconeo. No tiene alteraciones semiológicas en los miembros izquierdos y los reflejos posturales son normales. El paciente comenta espontáneamente que los síntomas han comenzado a afectar su vida personal y laboral. ¿Cuál de las siguientes opciones terapéuticas es la más indicada en este caso, especialmente si queremos reducir el riesgo de disquinesias o fluctuaciones motoras?:

1. Agonista de la dopamina.
2. Levodopa/carbidopa de liberación estándar.

3. Levodopa/carbidopa de liberación "retard".
4. Levodopa/carbidopa estándar + estacapona.
5. Levodopa/carbidopa estándar + rasagilina.

70. En un paciente de 48 años con adenocarcinoma pulmonar estadío IIIa tratado hace 8 meses se diagnostica una lesión intraparenquimatosa cerebral de 3 cm de diámetro que produce hemiparesia. En resonancia muestra captación de contrate y produce edema. Un estudio de extensión no muestra indicios de recidiva del tumor primario. La actitud más adecuada será:

1. Radioterapia holocraneal paliativa puesto que el estadío actual del tumor no tiene supervivencia a largo plazo.
2. Radiocirugía, para controlar la lesión con mínima morbilidad.
3. Biopsia estereotáxica, dado que el diagnóstico es incierto y las opciones terapéuticas muy diferentes.
4. Extirpación quirúrgica mediante craneotomía abierta seguida de radioterapia.
5. Iniciar quimioterapia para tratar la enfermedad sistémica aunque sea invisible.

71. Señalar la respuesta correcta en relación con el carcinoma papilar de tiroides:

1. Se asocia a hipertiroidismo.
2. Se asocia a mutaciones del protooncogen *ret*.
3. Es de mal pronóstico.
4. Metastatiza principalmente por vía linfática.
5. Su curación se comprueba mediante determinación de niveles de calcitonina.

72. La insuficiencia suprarrenal por atrofia idiopática:

1. En nuestro país representa la segunda causa más frecuente de enfermedad de Addison tras la tuberculosis.
2. Aparece cuando existe una destrucción mayor del 50% de la glándula.
3. Pueden existir anticuerpos contra el enzima 21-hidroxilasa.
4. El hallazgo de calcificaciones apoya el diagnóstico.
5. En el 40% de los casos se asocia a hepatitis crónica autoinmune tipo IIa.

73. Mujer de 58 años diagnosticada de microprolactinoma a raíz de estudio radiológico cerebral por otro motivo. No consume ningún fármaco. Amenorrea de 6 años de evolución, no otra clínica. Concentraciones de prolactina entre 150-200 ng/ml (normal < 20), resto de función hipofisaria normal. ¿Qué medida se debería adoptar?:

1. Análogos de somatostatina.
2. Agonistas dopaminérgicos.
3. Cirugía transesfenoidal.
4. Radioterapia hipofisaria.
5. Seguimiento periódico sin tratamiento.

74. Un paciente con coma hiperglicémico hiperosmolar no cetósico:

1. Suele presentar respiración de Kussmaul.
2. Implica la necesidad de posterior tratamiento con insulina al solucionarse el cuadro.
3. Tiene un elevado riesgo de mortalidad.
4. Para su diagnóstico es necesaria la existencia de una osmolaridad eficaz superior a 280.
5. Precisa un aporte elevado de bicarbonato para su tratamiento.

75. ¿Cuál de los siguientes fármacos emplearía en primer lugar al establecer el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 en un paciente con antecedentes de HTA, obesidad e insuficiencia cardiaca?:

1. Rosiglitazona.
2. Sulfonilureas.
3. Repaglinida.
4. Metformina.
5. Vildagliptina.

76. Ante la aparición de dolor en hipocondrio derecho en un paciente al que se le ha sometido a cirugía bariátrica o de la obesidad hace 1 año, sospecharemos como causa más frecuente:

1. Colelitiasis.
2. Úlcera de boca anastomótica.
3. Obstrucción intestinal.
4. Hepatopatía por síndrome malabsortivo.
5. Úlcera duodenal.

77. En una mujer de 89 años, con una demencia tipo Alzheimer de grado avanzado con problemas para alimentación, signos de desnutrición y dependencia severa, que vive en una residencia y que toma fármacos antiepilépticos, se encuentra en el perfil analítico de sangre unos niveles elevados de fosfatasa alcalina con hipocalcemia. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:

1. Osteoporosis.
2. Metástasis óseas secundarias a un carcinoma basocelular.
3. Osteomalacia.
4. Hiperparatiroidismo terciario.
5. Enfermedad de Paget.

78. El ejercicio físico es muy útil en la prevención de la enfermedad cardiovascular porque:

1. Reduce la glucemia y la tensión arterial.
2. Evita el riesgo de taquiarritmias, incluso después de un infarto de miocardio reciente.
3. Es aplicable en cualquier situación de preven-

ción primaria como de prevención secundaria.
4. Aumenta mucho las concentraciones de colesterol HDL, aunque eleve un poco las concentraciones de colesterol LDL.
5. Reduce el consumo muscular de oxígeno.

79. Los pacientes con Artritis Reumatoide tienen una esperanza de vida acortada entre 5 y 7 años. ¿Cuál, entre las siguientes, es la causa de este acortamiento?:

1. La fibrosis pulmonar.
2. Una alta incidencia de sinoviosarcomas.
3. Una alta tasa de caídas con traumatismos craneoencefálicos.
4. La presencia prematura de enfermedad cardiovascular.
5. La alta incidencia de suicidios.

80. Una profesora de escuela de parvulario acudió a consulta por una poliartritis simétrica con rigidez matutina de rápida insaturación. En la anamnesis dirigida refería que en el lugar donde trabajaba varios de los niños habían tenido fiebre y algún tipo de exantema. ¿Cuál sería su presunción diagnóstica?:

1. Lupus eritematoso sistémico.
2. Artritis Reumatoide.
3. Artritis por Parvovirus.
4. Artritis Reactiva.
5. Espondiloartropatía.

81. Hombre de 45 años que presenta tumefacción y deformidad de su tobillo derecho pero escasamente doloroso. El cuadro inicia de forma insidiosa hace 2 años. Radiológicamente destacan la presencia de fragmentos óseos extraarticulares y subluxación de los huesos de la articulación tibioperoneoasatragalina. En nuestro diagnóstico diferencial incluiremos todas las siguientes EXCEPTO una. Indique cuál:

1. Diabetes Mellitus.
2. Lepra.
3. Amiloidosis.
4. Osteoartropatía hipertrófica.
5. Siringomielia.

82. Una mujer de 42 años de edad consulta en urgencias de un hospital por presentar desde hacía 2 semanas, deterioro de su estado general, fiebre vespertina de bajo grado, cifras elevadas de tensión arterial y edemas maleolares. Entre sus antecedentes destacaba un episodio de artritis simétrica en ambos carpos dos años antes. Además refería aparición ocasional de erupción cutánea en sus veranos en la playa. En las exploraciones complementarias realizadas en urgencias destacaba hemoglobina 10,2 g/dl, creatinina 3,8 mg/dl, urea 75 mg/dl, y presencia de hematíes y cilindros en el sedimento urinario. ¿Cuál sería la actitud más correcta?:

1. Iniciar tratamiento diurético y con antagonistas de los receptores de la enzima conversora de la angiotensina y mandarla al domicilio para revisarla en consulta.
2. Realizar biopsia renal y esperar a los resultados para decidir el mejor tratamiento.
3. Iniciar tratamiento con esteroides e inmunosupresores aunque no disponga de biopsia renal.
4. Incluirla en protocolo de diálisis.
5. Iniciar tratamiento antibiótico e hidratación intensa.

83. Un hombre de 70 años es diagnosticado de arteritis temporal de células gigantes. Se debería iniciar el tratamiento con:

1. Prednisona 20 mg cada día.
2. Prednisona 40-60 mg cada día.
3. Prednisona 40-60 mg cada día y ciclofosfamida.
4. Prednisona 40-60 mg cada día, Calcio y Vitamina D y bisfosfonatos.
5. Ciclofosfamida oral.

84. Un niño de 7 años sufre una caída sobre el brazo izquierdo produciéndose una fractura en tercio medio de clavícula desplazada. ¿Cuál sería el tratamiento a seguir?:

1. Vendaje de yeso.
2. No precisa tratamiento.
3. Férula de abducción.
4. Reducción y osteosíntesis con agujas.
5. Vendaje en 8.

85. Paciente de 32 años que sufre caída casual sobre la palma de la mano con la muñeca en hiperextensión. En la exploración clínica destaca dolor selectivo a nivel de la tabaquera anatómica. La sospecha clínica es de fractura de escafoides carpiano, pero las radiografías practicadas son normales. ¿Cuál debe ser nuestra actitud?:

1. No efectuar ningún tratamiento.
2. Realizar una tomografía axial computerizada.
3. Inmovilizar la muñeca con un yeso de escafoides y repetir la radiografía a las dos semanas.
4. Realizar tratamiento médico.
5. Pedir una gammagrafía ósea.

86. A las 3 de la madrugada acude a la urgencia una paciente de 83 años de edad, con deterioro cognitivo leve, tratada la noche anterior de una fractura distal de radio sin desplazar mediante un yeso antebraquial cerrado. Aqueja dolor muy intenso y progresivo, así como incapacidad de mover los dedos y falta de sensibilidad en ellos. Los dedos presentan buen relleno capilar y una coloración aceptable, pero están muy hinchados, con nula movilidad activa, y su movilización pasiva produce intenso dolor. La actitud más correcta será:

1. Mantener el yeso, AINE y remitir al paciente a consultas externas.
2. Observación prolongada (al menos 48 horas) del paciente con la extremidad elevada, instándole a mover activamente los dedos.
3. Abrir el yeso y prescribir antiinflamatorios y diuréticos como tratamiento para su domicilio.
4. Abrir el yeso, AINE y remitir a consultas externas.
5. Abrir el yeso, observación del paciente y estimular la movilidad activa, y si no mejora rápidamente fasciotomía urgente.

87. Paciente de 48 años tratado con corticoides por haber sufrido anteriormente un proceso autoinmune, presenta dolor en región inguinal de la cadera derecha al que no dio importancia pero posteriormente ha ido en aumento progresivamente el dolor y la limitación funcional que no ceden actualmente a la medicación. ¿Cuál sería el diagnóstico?:

1. Artritis reumatoide.
2. Artritis postraumática.
3. Necrosis avascular de cabeza femoral.
4. Artritis secundaria a displasia congénita de cadera.
5. Trocanteritis del trocánter mayor del fémur.

88. Un joven de 22 años acude a Urgencias por dolor e impotencia funcional de la rodilla derecha tras realizar un giro brusco de la misma jugando al fútbol y notar un chasquido. A la exploración se aprecia abertura articular al forzar el varo a 30º de flexión y en extensión completa y una prueba de Lachman (desplazamiento anterior de la tibia con rodilla flexionada 30º) sin tope final. Esta exploración indica:

1. Rotura del ligamento lateral interno y del ligamento cruzado anterior.
2. Rotura del ligamento lateral externo y del ligamento cruzado anterior.
3. Rotura del ligamento lateral interno y del ligamento cruzado posterior.
4. Rotura del ligamento lateral externo y del ligamento cruzado posterior.
5. Rotura del ligamento cruzado anterior y posterior.

89. Un niño de tres años es traído a la consulta porque sus familiares aprecian unos pies sin desarrollo del arco plantar. A la exploración efectivamente se aprecia un arco plantar aplanado, pero éste toma forma al ponerse el niño de puntillas y con la extensión pasiva del dedo gordo. ¿Cuál debe ser la siguiente actuación médica?:

1. Revisión en 1 año.
2. Plantillas correctoras del arco plantar.
3. Plantillas de cuña supinadora de retropié.
4. Exploración neurológica detallada.
5. Cirugía tendinosa.

90. Una mujer de 23 años, de profesión administrativa, consulta por dolor lumbar de intensidad progresiva irradiado a nalgas, sobre dolor crónico leve, tolerable, de aproximadamente 10 años de evolución. El dolor no se irradia a miembros inferiores, empeora con la bipedestación, y desaparece en sedestación y en la cama. A la exploración llama la atención el aplanamiento de la lordosis y que la paciente no es capaz de tocarse los pies con las rodillas extendidas. ¿Cuál puede ser la primera sospecha clínica?:

1. Hernia discal con compresión radicular.
2. Estenosis de canal degenerativa (artrósica).
3. Espondilodiscitis.
4. Escoliosis lumbar.
5. Espondilolistesis.

91. El patrón urinario característico de la depleción de volumen arterial efectivo con fracaso renal agudo prerrenal consiste en:

1. Oliguria con orina concentrada y concentración de sodio alta.
2. Oliguria con orina isotónica y sodio bajo.
3. Diuresis conservada con osmolaridad alta.
4. Oliguria con osmolaridad alta y sodio bajo.
5. Diuresis conservada con sodio bajo.

92. Con respecto a la enfermedad cardiovascular en la insuficiencia renal crónica, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?:

1. La insuficiencia renal crónica no se considera un factor de riesgo de enfermedad cardiovascular isquémica.
2. La hipertensión arterial sólo empeora la evolución de la nefropatía diabética.
3. El uso de productos eritropoyéticos exógenos puede aumentar la presión arterial y la necesidad de fármacos antihipertensivos.
4. La enfermedad cardiovascular no supone una causa frecuente de muerte en pacientes en diálisis.
5. No se recomienda el tratamiento de la hiperlipemia que acompaña al síndrome nefrótico.

93. En un paciente con hiperpotasemia y disminución de la excrección urinaria de potasio, ¿cuál de las siguientes es la causa más probable?:

1. Tratamiento con espirolactona.
2. Intoxicación digitálica.
3. Síndrome de lisis tumoral.
4. Nutrición pareenteral.
5. Ejercicio físico.

94. Entre las causas de alcalosis respiratoria se

encuentran las siguientes EXCEPTO:

1. Tratamiento con salicilatos.
2. Aldosteronismo primario.
3. Exposición a grandes alturas.
4. Crisis asmática.
5. Cuadros febriles.

95. Un paciente de 79 años de edad es remitido al hospital por oliguria tras una exploración radiológica con contraste yodado. A su llegada el paciente está consciente, normohidratado y normotenso. La creatinina sérica es de 3 mg/dl, la ecografía muestra siluetas renales de tamaño conservado, el hematocrito es de 32%, la proteinuria es de 5 g/24 horas, hay células gigantes en el sedimento urinario, la albuminemia es de 44 g/l, la proteinemia total de 108 g/l, IgG sérica elevada y factores séricos de complemento normales. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos es el más probable?:

1. Cioglobulinemia mixta esencial.
2. Enfermedades de Waldeström.
3. Sarcoidosis.
4. Mieloma múltiple.
5. Glomerulonefritis extracapilar.

96. Un paciente de 45 años de edad, con una hipertensión esencial moderada-leve, sin repercusión sobre órganos diana y función renal normal, inicia tratamiento con captopril. Unos meses después comienza a presentar edemas maleolares y orinas espumosas. La analítica en sangre y orina muestra una creatinina normal, hipoproteinemia y proteinuria de más de 3 g/día. No hay cambios en las cifras de complemento. Se realiza una biopsia renal y se retira el captopril. Unos meses después, la situación clínica se ha normalizado. ¿Qué mostró la biopsia?:

1. Una estenosis de la arteria renal.
2. Una glomerulonefritis aguda.
3. Una glomerulonefritis membranosa.
4. Un riñón ópticamente normal.
5. Una glomerulonefritis membranoproliferativa.

97. Un paciente de 65 años al que se implantó un injerto renal en fosa ilíaca derecha hace 3 meses y con correcto control inicial, acude a urgencias con dolor sordo abdominal, febrícula, creatinina sanguínea de 3,2 mg/dl y sedimento de orina con presencia de leucocitos y hematíes. Señale la respuesta FALSA:

1. Puede tratarse de un rechazo del injerto.
2. Puede ser un problema obstructivo intraluminal de la vía urinaria.
3. Una ecografía abdominal podría ayudar en el diagnóstico etiológico.
4. Es poco probable que se trate de una estenosis ureteral.
5. En caso de dudas diagnósticas, un renograma diurético ayudaría.

98. Un hombre de 60 años consulta por dolor lumbar. En el estudio se observa anemia y lesiones blásticas en columna dorsal y lumbar. ¿Qué prueba solicitaría en primer lugar para el diagnóstico?:

1. Beta 2 microglobulina.
2. PSA.
3. RNM columna.
4. Gammagrafía ósea.
5. Biopsia médula ósea.

99. Un paciente diagnosticado de tumor renal derecho presenta en su estudio analítico preoperatorio, una correcta función renal (creatinina 1,24 mg/dl) y destaca una elevación de γGT 140 Ui/L y fosfatasas alcalinas de 430 U/L y α2-globulina elevada (mayor de 10%), con hepatomegalia. ¿Cuál es la causa previsible de afectación de la función hepática?:

1. Metástasis hepáticas múltiples.
2. Infiltración hepática por contigüidad.
3. Efecto hepatotóxico del tumor renal.
4. Hepatitis por virus C asociada.
5. Hepatitis aguda por virus A simultánea.

100. La primera línea de tratamiento de la vejiga hiperactiva es:

1. Neuromodulación raíces sacras.
2. Inyección endoscópica de toxina botulínica en vejiga urinaria.
3. Fármacos antimuscarínicos.
4. Electroestimulaciones perineales a baja frecuencia.
5. Enterocistoplastia.

101. Una paciente de 52 años de edad ingresa por fiebre de 38,5ºC con leucocitosis 16.000 10^9/L y dolor difuso, en hemiabdomen izquierdo. En un estudio radiológico se observa una litiasis pseudocoraliforme izquierda y en el TAC abdominal se evidencian cavidades dilatadas a nivel calicial de riñón ipsilateral. Al realizar un Urinocultivo, ¿cuál es el germen más frecuente que esperamos encontrar?:

1. *Escherichia Coli.*
2. *Citrobacter Freundii.*
3. *Proteus Mirabilis.*
4. *Salmonella Typhi.*
5. *Chlamidya Trachomatis*.

102. Un paciente de 28 años de edad ingresa por dificultad respiratoria, sin antecedentes de enfermedad obstructiva pulmonar previa. En la exploración física se evidencia ginecomastia. En su radiografía de tórax y TAC torácico se muestran múltiples imágenes y nódulos pulmonares sugestivos de suelta de globos. En su analítica

destaca una elevación de BetaHCG (12.000 U/L). ¿De qué tumor primario es más probable que estemos hablando?:

1. Tumor de Wilms (nefroblastoma).
2. Carcinoma embrionario de testículo.
3. Seminoma.
4. Tumor seno endodérmico.
5. Coriocarcinoma testicular.

103. ¿Cuál de los siguientes datos NO es propio del síndrome hemolítico?:

1. Adenopatías.
2. Esplenomegalia.
3. Hiperbilirrubinemia.
4. Incremento LDH sérica.
5. Reticulocitosis.

104. En un paciente con hemoglobina de 11 gr, número de hematíes ligeramente elevado pero hipocrómicos y microcíticos y con niveles elevados de hemoglobina A2, ¿cuál sería su diagnóstico?:

1. Anemia ferropénica.
2. α talasemia minor.
3. β talasemia menor.
4. Rasgo falciforme.
5. Anemia de Cooley.

105. Hombre de 55 años que consulta por crisis convulsiva generalizada. En la analítica destaca: hemoglobina: 8 gr./dL, volumen corpuscular medio: 98 fl, reticulocitos: 5%, leucocitos 7500/mm3, plaquetas 95.000/mm3, creatinina: 5mg/dL, bilirrubina total: 5 mg/dL (directa: 1.1 mg/dL), LDH: 1550 U/L. En la extensión de sangre periférica se observan abundantes hematíes fragmentados. Estudio de coagulación: actividad de protombina: 95%, TTPa (tiempo parcial de tromboplastina activada) ratio: 1. En la tomografía axial computadorizada craneal no existen lesiones cerebrales. El diagnóstico más probable sería:

1. Déficit de glucosa 6 fosfato-deshidrogenasa.
2. Anemia hemolítica autoinmunitaria.
3. Púrpura trombocitopénica trombótica.
4. Coagulación intravascular diseminada.
5. Hemoglobinuria paroxística nocturna.

106. ¿Cuál de las siguientes NO es una manifestación hemorrágica de la hemofilia?:

1. Epistaxis.
2. Hemartros.
3. Equímosis.
4. Hemorragias musculares.
5. Petequias.

107. Un paciente de 75 años de edad afecto de Leucemia Linfática Crónica en tratamiento con Fludarabina vía oral, ingresa por cuadro de rectorragia presentando anemia de 7'5 gr/dl con reticulocitosis, Coombs directo negativo, bilirrubina indirecta, LDH y Haptoglobina normales. Se transfunde 2 concentrados de hematíes. A las 72 horas del ingreso presenta cuadro febril con exantema maculopapular en palmas y plantas y elevación de fosfatasa alcalina y GGT. El cuadro es compatible con:

1. Reacción injerto contra huésped transfusional.
2. Infección por Virus Hepatitis C.
3. Infección por Virus Hepatitis B.
4. Síndrome de Ritcher.
5. Transformación a Leucemia Prolinfocítica.

108. Señale cuáles son las alteraciones citogenéticas de mal pronóstico en una Leucemia mieloblástica:

1. t (15;17).
2. t (8;21).
3. Monosomía 5, 7, cariotipo complejo.
4. Inversión Cromosoma 16.
5. Trisomia 8.

109. Un paciente de 55 años con antecedentes de linfoma de Hodgkin tratado 7 años antes con quimio-radioterapia seguida de un autotrasplante de médula ósea presenta desde hace 10-12 meses cansancio y los siguientes datos de laboratorio: Hb: 10 g/dL; VCM: 110 fl; Leucocitos: 5.900/mm^3 (Neutrófilos: 35%; Linfocitos: 50%; Monocitos: 15%); plaquetas 85,000/mm^3. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos es el más probable?:

1. Hipotiroidismo radiógeno.
2. Recaída medular del linfoma.
3. Anemia megaloblástica.
4. Síndrome mielodisplásico.
5. Trombopenia de origen inmune.

110. De todos los siguientes, ¿cuál es el parámetro con mayor valor pronóstico en los linfomas de células grandes?:

1. VSG.
2. Tasa sérica de LDH.
3. Masas tumorales > 10 cm.
4. Número de zonas afectas según PET/TAC.
5. Alteraciones citogenéticas.

111. En una paciente con antecedentes de trombosis arteriales y venosas con abortos de repetición y tiempo de tromboplastina parcial activado (TTPA) alargado, ¿cuál es el diagnóstico más probable?:

1. Déficit de Proteína C.
2. Déficit de Proteína S.
3. Síndrome antifosfolipídico.
4. Mutación del factor V Leiden.

5. Hiperhomocisteinemia.

112. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones relativas a los fármacos anticoagulantes es cierta?:

1. Los cumarínicos tienen pocas interacciones farmacológicas.
2. El tratamiento de la trombocitopenia inducida por heparina consiste en la disminución de la dosis de heparina.
3. Los cumarínicos son seguros durante todo el embarazo.
4. El test más utilizado para el control de la heparina no fraccionada es el TTPA (tiempo de tromboplastina parcial activada).
5. El fondaparinux es un nuevo anticoagulante de administración oral.

113. Señale la correcta entre las siguientes afirmaciones respecto a la gripe:

1. La vacuna antigripal trivalente administrada a la población española en los últimos años ha incluido sistemáticamente una cepa A, una cepa B y una cepa C del virus de la gripe humana.
2. Una de las cepas de la vacuna antigripal estacional administrada a la población española en los últimos años ha sido A (H1N1).
3. El virus A (H1N1) de la actual pandemia está formado por la recombinación de genes de la gripe A humana y porcina y no incluye genes de la gripe A aviar.
4. Los virus de la gripe son virus con ADN monocatenario y diversas proteínas, de las cuales la hemaglutinina y la neuraminidasa no son estructurales y permiten su clasificación.
5. La pandemia de gripe A (H1N1) de 1918 se llamó "gripe española" porque se inició en España y afectó a la población española de manera particularmente intensa.

114. ¿Qué es cierto de la encefalitis herpética?:

1. Está causada por el virus del herpes tipo II.
2. Afecta con preferencia los lóbulos occipitales.
3. Causa un LCR purulento.
4. El tratamiento de elección es aciclovir.
5. La resonancia magnética es diagnóstica.

115. Ante un paciente anciano, con trastornos de la deglución y que sufre un cuadro febril con escalofríos y es diagnosticado tras una RX de tórax de neumonía, ¿qué tratamiento antimicrobiano de los siguientes NO le prescribiría en monoterapia?:

1. Amoxicilina-clavulánico.
2. Imipenem.
3. Ciprofloxacino.
4. Ertapenem.
5. Piperacilina-tazobactam.

116. Ante un paciente en el que sospechemos participación etiológica de la flora Gram positiva, ¿qué antimicrobiano NO utilizaremos?:

1. Tigeciclina.
2. Linezolid.
3. Vancomicina.
4. Colistina.
5. Daptomicina.

117. ¿Para cuál de las siguientes entidades NO se dispone en la práctica clínica de vacuna?:

1. Encefalitis japonesa.
2. Fiebre tifoidea.
3. Fiebre amarilla.
4. Rabia.
5. Dengue.

118. ¿Cuál de los siguientes nematodos se transmite por artrópodos (mosquitos)?:

1. *Wuchereria bancrofti* (filaria).
2. *Trichinella spiralis* (triquina).
3. *Enterobius vermicularis* (oxiuro).
4. *Anisakis simplex* (anisaquis).
5. *Strongyloides stercoralis* (estrongiloides).

119. ¿Qué tipo de paciente tiene menos riesgo de desarrollar tuberculosis activa?:

1. Varón de 40 años con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana con linfocitos CD4 del 1%.
2. Mujer de 65 años con artritis reumatoide en tratamiento con fármacos antiTNF.
3. Mujer de 50 años con transplante renal.
4. Niño de 12 años con padre diagnosticado de tuberculosis bacilifera y que en el estudio de contactos presenta Mantoux positivo de 20 mm.
5. Varón de 45 años, no vacunado de BCG, que al comenzar un nuevo trabajo le detectan un Mantoux de 12 mm.

120. En un paciente luético se sospecha clínicamente una neurolúes. ¿Cuál es la prueba diagnóstica de elección para confirmar la infección del sistema nervioso central?:

1. El cultivo del líquido cefalorraquídeo en agar sangre.
2. La detección de antígeno de *Treponema pallidum* en el líquido cefalorraquídeo.
3. La detección de IgM frente a *T pallidum* en líquido cefalorraquídeo por una prueba de ELISA.
4. La detección de antígeno de *T pallidum* en orina.
5. La prueba no treponémica del VDRL (Venereal Disease Research Laboratoy) en el líquido

cefalorraquídeo.

121. Las enfermedades definitorias de SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) se suelen presentar cuando los linfocitos CD_4^+ bajan por debajo de 200 cels/µl. Sin embargo, una de las que a continuación se mencionan, se presenta en muchas ocasiones con más de 300 CD_4:

1. Encefalitis por toxoplasma.
2. Retinitis por citomegalovirus.
3. Neumonía por pneumocistis.
4. Tuberculosis pulmonar.
5. Meningitis por cryptococo.

122. En cuanto al tratamiento de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?:

1. El objetivo del tratamiento en la supresión máxima de la replicación viral.
2. Las mujeres deben recibir tratamiento óptimo sin importar su estado de gestación.
3. Una vez que se alcanza la supresión virológica se puede suspender el tratamiento.
4. El tratamiento antirretroviral se usa en profilaxis postexposición.
5. El tratamiento consiste en combinar tres fármacos activos.

123. Con referencia al tratamiento del dolor agudo, señale la respuesta INCORRECTA entre las siguientes:

1. Los efectos secundarios de los opiáceos son frecuentes aunque no graves salvo la depresión respiratoria que se puede revertir con naloxona.
2. El primer signo de sobredosificación de opiáceos es la somnolencia.
3. La mayoría de los opiáceos actúan sobre los receptores mu.
4. La normeperidina -metabolito de la petidina- puede provocar hiperexcitabilidad refractaria a la naloxona.
5. La combinación de opiáceos e inhibidores de la ciclooxigenasa (AINEs) no aporta valor en el tratamiento del dolor agudo postoperatorio.

124. La causa más frecuente de muerte por quemaduras en el medio doméstico es:

1. Electrocución por corriente eléctrica.
2. Quemaduras extensas por llama en ancianos.
3. Quemaduras por escaldadura en niños.
4. Intoxicación por monóxido de carbono.
5. Quemaduras por intento autolítico.

125. En la decisión terapéutica de un paciente neoplásico es fundamental determinar el estadio tumoral. ¿Cuál o cuáles son los elementos claves para determinar el estadio de diseminación de un tumor?:

1. Determinación sérica de los niveles de los marcadores tumorales propios del tumor.
2. Valoración de la afectación tumoral del denominado ganglio centinela.
3. Evaluación del tipo histológico del tumor en una biopsia o pieza quirúrgica de extirpación del tumor.
4. Determinación del tamaño tumoral, afección de los ganglios linfáticos y de la presencia de metástasis.
5. Establecimiento del grado de diferenciación tumoral en una biopsia del tumor.

126. Bevacizumab es un fármaco activo en el tratamiento del cáncer colorrectal avanzado. Señale cuál es el mecanismo de acción de este fármaco:

1. Es un anticuerpo monoclonal anti-EGFR (receptor del factor de crecimiento epidérmico).
2. Es un anticuerpo monoclonal humanizado anti-VEGF (factor de crecimiento endotelial vascular).
3. Es un anticuerpo monoclonal humanizado anti-CD20.
4. Es una pequeña molécula que inhibe la tirosina-quinasa de EGFR.
5. Es un anticuerpo monoclonal anti-HER2/neu.

127. Una paciente con un carcinoma de mama ha sido tratada con quimioterapia que incluye adriamicina y actualmente está recibiendo tratamiento con transtuzumab. ¿Cuál de los siguientes estudios cree que es necesario realizar de forma regular en su seguimiento actual?:

1. Radiografía de abdomen.
2. Doppler venoso.
3. Niveles sanguíneos de magnesio.
4. Ecocardiograma.
5. Electroforesis en sangre.

128. Los Bisfosfonatos, tipo zoledronato, se han demostrado útiles en el tratamiento de las metástasis óseas y en el mieloma múltiple, a la hora de prevenir las complicaciones secundarias de la enfermedad. Uno de los efectos indeseables más característico relacionado con su administración y que hace necesaria una actitud de prevención es:

1. Neoplasia secundaria (osteosarcoma).
2. Plaquetopenia.
3. Osteopenia.
4. Osteonecrosis del maxilar.
5. Tetania.

129. En relación con el estreñimiento en el paciente con cáncer en situación paliativa, señale la respuesta INCORRECTA:

1. Está provocado habitualmente por diversas causas.
2. Se debe descartar la hipocalcemia por su manejo específico.
3. La disminución de la actividad física contribuye a empeorar este síntoma.
4. La disminución de la ingesta de alimentos disminuye la masa fecal.
5. Muchos de los fármacos que se utilizan en esta fase, como la amitriptilina, contribuyen al estreñimiento.

130. Un joven de 17 años de edad acude un sábado por la mañana a urgencias de un Centro de Salud. Refiere haber estado toda la noche de "marcha y haber tomado alguna pastilla". Se encuentra agitado, con sensación nauseosa y presenta a la exploración: taquipnea, frecuencia de pulso de 120 l/m, tensión arterial de 150/100, temperatura corporal de 38,5º, sudoración profusa y midriasis. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?:

1. Lo más probable es que se trate de una intoxicación aguda por éxtasis MDMA (Metilendietoximetanfetamina).
2. Precisa de tratamiento sintomático y observación.
3. Si la ingestión de la última pastilla ha sido reciente (menos de 1-2 horas) se aconseja lavado gástrico y carbón activado.
4. Se administrará el antídoto tan pronto como sea posible.
5. Se indicará sueroterapia.

131. ¿Qué significa la práctica de la medicina basada en la evidencia?:

1. La aplicación de los resultados de los ensayos clínicos a la práctica clínica.
2. Que todas las decisiones médicas están fundamentadas en evidencias científicas de calidad.
3. La integración de la maestría clínica individual con las mejores evidencias científicas disponibles.
4. Que debe rechazarse la información que no procede de ensayos clínicos o meta análisis.
5. La búsqueda de las mejores respuestas para las preguntas que surgen en la práctica clínica diaria.

132. Una de las siguientes funciones NO se incluye dentro de las Actividades básicas de la Vida Diaria:

1. Comer.
2. Vestirse.
3. Asearse.
4. Manejar su medicación.
5. Continencia de esfínteres.

133. Paciente de 78 años con antecedentes de tabaquismo importante hipercolesterolemia y cardiopatía isquémica diagnosticada a los 65 años, que consulta por presentar desde hace 3 años la aparición progresiva de múltiples lesiones asintomáticas, localizadas en espalda y abdomen, de color marrón-negruzco, de tamaños variables entre 0,5-2 cm de diámetro, bien limitadas, de superficie rugosa, sensación "untuosa" al tacto y en cuya superficie se observa la presencia de tapones córneos. El diagnóstico más probable es:

1. Melanoma maligno con satelitosis cutánea.
2. Síndrome del nevus basocelular.
3. Hiperpigmentación medicamentosa.
4. Nevus atípicos múltiples.
5. Queratosis seborreicas.

134. Mujer de 60 años que consulta por aparición en el último año de una pigmentación progresiva de la piel, más evidente en áreas fotoexpuestas, y también de mucosa oral y genital. Además refiere astenia, anorexia, pérdida de peso y dolor abdominal en los últimos meses y también pérdida del vello axilar y púbico. En la analítica destaca una hiperpotasemia. El diagnóstico más probable es:

1. Neoplasia intestinal.
2. Insuficiencia suprarrenal crónica.
3. Melanoma metastásico.
4. Síndrome de Cushing.
5. Tumor ovárico.

135. Mujer de 50 años diagnosticada hace 6 meses de síndrome mieloproliferativo, que presenta desde hace una semana, una erupción en forma de placas eritematosas, de aspecto infiltrativo-edematoso en cara y zona de escote, que se acompañan de fiebre de 39,5ºC. Se le practica un hemograma que muestra leucocitosis con neutrofilia. El diagnóstico de sospecha es:

1. Erisipela.
2. Candidiasis.
3. Síndrome de Sweet.
4. Eritema multiforme.
5. Toxicodermia post quimioterapia.

136. Las urgencias por enfermedades oculares suelen clasificarse según el grado de premura con la que deben ser atendidas. ¿Cuál de las siguientes presenta el menor grado de urgencia oftalmológica?:

1. Causticación ocular por sosa cáustica.
2. Fractura orbitaria por estallido.
3. Ataque de glaucoma agudo.
4. Neuropatía óptica isquémica asociada a enfermedad de Horton.
5. Herida ocular penetrante.

137. ¿Cuál de estos supuestos clínicos es cierto?:

1. La conjuntivitis bacteriana sin afectación corneal produce pérdidas de visión de forma permanente.
2. El hecho de que un paciente mayor de 60 años presente una disminución de agudeza visual de forma repentina nos hace pensar que ha desarrollado una catarata madura.
3. Si un paciente está diagnosticado de glaucoma crónico simple avanzado, sin otra patología visual asociada, presentará alteraciones en su campo visual central conservando la visión en el campo periférico.
4. Las queratitis severas de cualquier etiología no producen alteración de la agudeza visual.
5. La disminución de agudeza visual central de forma aguda o subaguda con metamorfopsias en pacientes de más de 70 años nos obliga a pensar en una degeneración macular senil.

138. ¿Por qué los pacientes en edad infantil diagnosticados de Artritis Idiopática Juvenil deben someterse a revisiones periódicas oftalmológicas, aunque no presenten signos o síntomas clínicos de enfermedad ocular?:

1. Porque la Artritis Idiopática Juvenil se asocia con mucha frecuencia a alteraciones congénitas retinianas.
2. Porque la Artritis Idiopática Juvenil influye en el desarrollo de defectos refractivos miópicos severos.
3. Porque la Artritis Idiopática Juvenil se asocia con frecuencia a uveítis anterior crónica.
4. Porque los niños con Artritis Idiopática Juvenil deben ser revisados con la misma frecuencia que un niño con otro tipo de enfermedad infantil.
5. Porque la Artritis Idiopática Juvenil se asocia a subluxación del cristalino.

139. Paciente de 50 años diagnosticado de Diabetes Mellitus tipo 2 hace 10 años con mal control de su glucemia, que acude a urgencias por disminución grave de agudeza visual en ojo derecho de varios días de evolución. ¿Cuál es la causa más frecuente de disminución de agudeza visual en pacientes con estas características clínicas?:

1. Aparición de Hipermetropía secundaria a aumento de los niveles de glucemia.
2. Desarrollo de un Edema Macular de reciente instauración, secundario a su diabetes.
3. Aparición de una Queratitis Estromal secundaria a los niveles de glucemia.
4. Presencia de Exudados Algodonosos en parénquima periférico retiniano.
5. Estrabismo Secundario.

140. Cuando acude a la consulta un paciente joven con una masa cervical en la línea media que en la exploración si le hacemos deglutir observamos que se produce su ascenso, hemos de pensar que puede tratarse de:

1. Quiste branquial.
2. Adenopatía.
3. Fibroma.
4. Quiste tirogloso.
5. Neurinoma.

141. Ante una placa de color blanco de 3 centímetros de diámetro sobre la mucosa de la lengua que no se desprende con el raspado, debe pensarse como primera posibilidad diagnóstica en:

1. Micosis por Cándida Albicans.
2. Leucoplasia.
3. Carcinoma epidermoide bien diferenciado.
4. Melanoma amelánico.
5. Eritroplasia erosiva.

142. Paciente de 15 años que acude a Urgencias por presentar otalgia intensa en oído derecho que aumenta al desplazar el pabellón, con supuración escasa y sensación de autofonía e hipoacusia unilateral. No existen antecedentes otíticos. ¿Cuál sería su sospecha diagnóstica?:

1. Otitis media colesteatomatosa.
2. Otitis media de perforación central.
3. Otitis externa.
4. Pericondritis.
5. Otitis secretora.

143. Mujer de raza blanca, de 32 años, madre de un niño de dos años y medio, que desde hace unos tres años refiere hipoacusia progresiva bilateral, más acentuada en oído derecho, con acúfenos ocasiones en este oído. No tiene antecedentes personales de otalgias ni otorreas. La abuela materna, la madre y un tío materno padecieron hipoacusia. A la exploración la otoscopia es normal, se confirma una hipoacusia trasmisiva bilateral. Timpanograma normal, reflejo del estribo negativo (invertido), Rinne negativo bilateral, Weber lateraliza a la derecha. ¿Qué diagnóstico considera más acertado?:

1. Osteítis de la cadena osicular.
2. Otitis media crónica colesteatomatosa.
3. Otitis media tubárica secretora crónica.
4. Otosclerosis.
5. Timpanosclerosis.

144. Varón de 50 años que acude a la urgencia de un hospital con fiebre de 38,5ºC, odinofagia intensa y voz gangosa, de 2 horas de evolución. Se establece el diagnóstico de epiglotitis aguda. Señalar la actitud más correcta de las que se relacionan a continuación:

1. Prescribir corticoides asociados a amoxicilina-

clavulánico por vía oral, y alta hospitalaria.
2. Práctica de traqueotomía e ingreso ante la eventual aparición de disnea severa.
3. Toma de muestra para hemocultivo, posponiendo el tratamiento hasta conocer el resultado de aquél.
4. Intubación orotraqueal e ingreso en UVI.
5. Ingreso hospitalario, tratamiento I.V. con corticoides y cefalosporina de 3ª generación, y vigilancia estrecha de la evolución.

145. Señalar en cuál de los siguientes trastornos de la personalidad es más IMPROBABLE la aparición de sintomatología alucinatoria:

1. Trastorno límite.
2. Trastorno esquizotípico.
3. Trastorno obsesivo-compulsivo.
4. Trastorno esquizoide.
5. Trastorno paranoide.

146. En el tratamiento de la depresión en una paciente anciana con insuficiencia cardiaca avanzada, hipertensión pulmonar severa, anemia e insuficiencia renal crónica, ¿qué fármaco elegiría?:

1. Amitriptilina.
2. Clorpromazina.
3. Sertralina.
4. Carbonato de litio.
5. Imipramina.

147. Señale la respuesta FALSA en relación a los trastornos del estado de ánimo:

1. El trastorno depresivo mayor tiene el doble de prevalencia en mujeres que en varones.
2. El trastorno bipolar I tiene doble prevalencia en varones que en mujeres.
3. Los episodios maníacos son más frecuentes en los varones.
4. El trastorno bipolar I es menos frecuente que el trastorno depresivo mayor.
5. El trastorno bipolar I comienza más precozmente que el trastorno depresivo mayor.

148. Señale cuál de los siguientes trastornos NO es reconocido en el DSM-IV-TR como trastorno somatomorfo:

1. Trastorno de conversión.
2. Trastorno de despersonalización.
3. Hipocondría.
4. Trastorno dismórfico corporal.
5. Trastorno por dolor.

149. Respecto a la esquizofrenia, señale la respuesta FALSA:

1. En Estados Unidos la prevalencia de esquizofrenia a lo largo de la vida es de alrededor del 1%.
2. La esquizofrenia tiene igual prevalencia en varones que en mujeres.
3. La evolución de la enfermedad es similar en hombres que en mujeres.
4. Según el DSM-IV-TR la incidencia anual de esquizofrenia varía de 0,5 a 5,0 por 100.000.
5. Las tasas de incidencia y prevalencia son aproximadamente iguales en todo el mundo.

150. Ante un hombre de 32 años, que desde hace años se muestra reservado, tiene escaso contacto con los sucesos cotidianos, escaso interés en las relaciones sexuales, suele estar interesado en actividades solitarias, apenas tiene amigos, y es poco influenciable ante críticas o elogios de los demás, se debería pensar en realizar un diagnóstico de:

1. Trastorno de la personalidad por evitación.
2. Trastorno antisocial de la personalidad.
3. Trastorno paranoide de la personalidad.
4. Trastorno esquizoide de la personalidad.
5. Trastorno narcisista de la personalidad.

151. Respeto al trastorno obsesivo compulsivo (TOC), señale la respuesta FALSA:

1. La prevalencia de TOC en la población general es 2-3%.
2. En adultos, la probabilidad de sufrir el TOC es igual en hombres que en mujeres.
3. La alteración del sistema serotoninérgico está implicada en el TOC.
4. La terapia conductista es escasamente eficaz en el TOC.
5. Los fármacos de primera elección son los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) o la clomipramina.

152. Señalar en cuál de los siguientes trastornos NO se observa déficit cognitivo:

1. Esquizofrenia.
2. Trastorno bipolar.
3. Pseudodemencia.
4. Depresión unipolar.
5. Trastorno dismórfico corporal.

153. La ecolalaia y la ecopraxia se observa en:

1. El síndrome catatónico.
2. El síndrome melancólico.
3. Las neoplasias frontales.
4. Los estados confusionales.
5. El estrés postraumático.

154. ¿Cómo clasificaría a una gestación que antes del embarazo tenía tensiones arteriales normales; que en la primera consulta, realizada en la semana 8 de edad gestacional, se le detecta una tensión arterial de 140/90 mm Hg; y que en la

semana 28 tiene una tensión arterial de 170/110 mm Hg, sin edemas, y con una proteinuria en orina de 24 horas de 300 mg?:

1. Preeclampsia.
2. Preeclampsia grave.
3. Hipertensión inducida por el embarazo.
4. Hipertensión crónica.
5. Hipertensión crónica con preeclampsia sobreañadida.

155. Una mujer de 37 años, presenta en la semana 38 de su cuarto embarazo, disnea, ortopnea, disnea paroxística nocturna, y edemas sin hipertensión arterial ni proteinuria. Su diagnóstico de presunción sería:

1. Preclampsia.
2. Anemia en gestante.
3. Miocardiopatía periparto.
4. Embolia de líquido amniótico.
5. Tromboembolismo pulmonar agudo.

156. La amniocentesis es la prueba invasiva más utilizada para el diagnóstico prenatal. Señale cuál es su indicación principal en la actualidad:

1. Edad materna de 38 años.
2. Test combinado del primer trimestre positivo alto riesgo.
3. Triple screening patológico.
4. Presencia de dos marcadores ecográficos secundarios.
5. Anomalías en la ecografía de alta resolución/3D.

157. A una mujer embarazada, tras realizar cribado serológico en la primera consulta prenatal, se le recomienda que no coma carne cruda o poco cocinada y que evite el contacto con gatos o elementos que puedan estar contaminados con sus excretas. ¿Cuál cree que ha sido la información que se ha suministrado desde el laboratorio que justifique estos consejos prácticos?:

1. La detección de anticuerpos IgG frente a rubeola es positiva.
2. La detección de anticuerpos IgG frente a rubeola es negativa.
3. La detección de anticuerpos IgG frente a toxoplasma es positiva.
4. La detección de anticuerpos IgG frente a toxoplasma es negativa.
5. La detección de anticuerpos frente a antígenos no treponémicos es negativa.

158. Una gestante de 34 semanas, por lo demás normal, ingresa por rotura de membranas desde 8 horas antes y amenaza de parto pretérmino. No tiene fiebre ni signos de infección. El cuello uterino no está dilatado. Se objetivan contracciones uterinas. El feto está vivo, no tiene malformaciones por ecografía y el registro de la frecuencia cardíaca fetal es normal. ¿Qué actitud tomaría?:

1. Tratamiento de uteroinhibición. Administración a la madre de glucocorticoides para inducir la maduración pulmonar fetal y de antibióticos para prevenir la infección.
2. Tratamiento de uteroinhibición y antibióticos.
3. Tratamiento de uteroinhibición sólo.
4. Dejar evolucionar el parto.
5. Cesárea.

159. Paciente de 32 años, obesa (talla 160 cm., peso 102 kg.), con antecedentes de un aborto espontáneo hace tres años y diagnosticada de síndrome de ovario poliquístico. Actualmente lleva dos años de búsqueda de embarazo sin éxito. ¿Cuál sería su primera recomendación para alcanzar dicho objetivo?:

1. Fecundación *in vitro.*
2. Inseminación artificial intraconyugal (IAC).
3. Metformina.
4. Pérdida de peso.
5. Adopción.

160. Respecto a la asociación del uso de anticonceptivos orales de estrógeno-gestágenos y cáncer, una de las siguientes afirmaciones es FALSA:

1. Tienen un efecto protector contra el Carcinoma de Mama.
2. Tienen un efecto protector contra el Carcinoma de Endometrio.
3. Tienen un efecto protector contra el Carcinoma de Ovario.
4. Incrementan el riesgo de Carcinoma de cervix en mujeres HPV positivas.
5. No se ha encontrado asociación con el Carcinoma hepático.

161. Desde el punto de vista hormonal, ¿qué es lo patognomónico de la menopausia?:

1. Prolactina elevada.
2. LH normal y Progesterona elevada.
3. F.S.H. normal y Estradiol alto.
4. F.S.H. elevado y Estradiol bajo.
5. Delta 4 Androstendiona alta.

162. Respecto a la Endometriosis, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?:

1. Todas las lesiones endometriósicas tienen el mismo origen histogénico.
2. El diagnóstico clínico de la endometriosis es muy seguro y no suele precisar de métodos diagnósticos complementarios.
3. Las recidivas de la endometriosis tras el tratamiento quirúrgico conservador de los ovarios son raras.
4. La hormonoterapia posterior a la cirugía au-

menta mucho las posibilidades de conseguir después un embarazo.
5. El embarazo influye favorablemente sobre la endometriosis.

163. El tumor ovárico de células germinales más frecuente es el:

1. Disgerminoma.
2. Carcinoma embrionario.
3. Teratoma maduro quístico.
4. Teratoma inmaduro.
5. Teratoma maduro sólido.

164. El tratamiento radioterápico mediante braquiterapia endocavitaria con sonda intrauterina y colpostatos vaginales es una alternativa terapéutica útil en uno de los siguientes tipos de neoplasia genital:

1. Cáncer de trompa avanzado.
2. Cáncer de ovario no tributario de cirugía.
3. Cáncer de vagina recidivado.
4. Cáncer de cuello uterino localmente avanzado.
5. Tras tratamiento quirúrgico por cáncer de endometrio.

165. La presencia de la mutación genética de las células germinales BRCA-1 confiere a las pacientes portadoras:

1. Un mayor riesgo de presentar cáncer de mama exclusivamente.
2. Un mayor riesgo de presentar cáncer de mama y de ovario.
3. Dado que es una mutación de trasmisión autonómico recesiva el riesgo de presentar cáncer de mama es menor del 10% a lo largo de la vida.
4. La mastectomía profiláctica de las pacientes portadoras de esta mutación sólo debe realizarse (si se indica) por encima de los 45 años (postmenopausia), ya que por encima de esta edad existe la mayor incidencia de tumores de mama.
5. Mejor pronóstico si presentan un cáncer de mama, ya que la histopatología de los tumores que aparecen en las pacientes portadoras es más favorable (en términos de grado histológico de malignidad, presencia de receptores hormonales, etc.).

166. Niño de 12 años con una talla para la edad en el percentil 10 y cuya velocidad de crecimiento esta por encima del percentil 25. Existen antecedentes de baja talla familiar en la rama materna y de pubertad retrasada en la paterna. La exploración física es normal, siendo su volumen testicular de 3 cc. Señale la respuesta correcta:

1. La opción terapéutica de elección es el empleo de hormona del crecimiento.
2. El indicador clínico que mejor refleja la normalidad del proceso es la velocidad de crecimiento.
3. La edad ósea probablemente estará adelantada con respecto a la cronológica.
4. Es aconsejable estudiar el eje de la hormona del crecimiento.
5. Se debe realizar control periódico de la talla cada 2 meses.

167. Un niño viene a la urgencia en un estado estuporoso y con taquipnea. Presenta un pH de 7.28, presión arterial de oxígeno de 105 mmHg (14 kPa) y presión arterial de anhídrido carbónico de 28 mmHg (3.4 kPa) con bicarbonato de 17 mmol/l y exceso de bases de -12 mmol/l en plasma. Desde el punto de vista ácido-base, presenta:

1. Acidosis respiratoria no compensada totalmente.
2. Acidosis respiratoria totalmente compensada.
3. Acidosis metabólica totalmente compensada.
4. Acidosis metabólica no compensada totalmente.
5. Alcalosis respiratoria compensada.

168. Nos llega a la consulta un niño de 7 años diagnosticado de crisis de ausencias típicas. ¿Qué dato clínico de los abajo expuestos NO esperaría encontrar en el paciente?:

1. Automatismos motores leves en la cara durante la crisis.
2. Confusión postcrítica.
3. Descargas generalizadas punta-onda a 3 Hz en el electroencefalograma durante la crisis.
4. Pérdida completa de la conciencia de segundos de duración.
5. Con maniobras de hiperventilación podemos provocar las crisis del niño.

169. Un paciente de 11 años acude al servicio de urgencias por dolor inguinal, cojera y síndrome febril de 24 h de evolución. Ante la sospecha clínica de una artritis séptica de cadera, es cierto que:

1. La elevación de la proteína C reactiva confirma el diagnóstico.
2. La radiografía simple no es necesaria ya que en fases iniciales no muestra alteraciones.
3. La ecografía es poco sensible para detectar la presencia de líquido articular.
4. La resonancia magnética es la prueba de elección para el despistaje de infección.
5. La punción articular tiene valor diagnóstico y en algunos casos terapéutico.

170. Lactante de 3 meses que en las últimas deposiciones presenta hebras de sangre roja y moco mezcladas con las heces. No tiene fiebre, vómi-

tos, ni diarrea y su estado general es bueno. Es alimentado desde hace una semana con lactancia mixta. Todas las siguientes afirmaciones son ciertas EXCEPTO una:

1. El diagnóstico más probable es el de fisura anal.
2. Puede encontrarse aumento de leucocitos en heces.
3. La causa suele ser una alergia a las proteínas de la leche de vaca no mediada por IgE.
4. La madre ha de seguir una dieta exenta de proteínas de la leche de vaca mientras le dé el pecho.
5. No está indicada la realización de ecografía abdominal.

171. Una niña de 12 años en un estudio cardiológico previo a ser federada para jugar al baloncesto es diagnosticada de comunicación interauricular. Indique la respuesta correcta:

1. El tratamiento corrector es únicamente quirúrgico.
2. Precisa profilaxis de la endocarditis bacteriana en las situaciones de riesgo.
3. Para su diagnóstico es imprescindible la realización de un cateterismo cardíaco.
4. La sintomatología clínica tardía consiste en hipertensión pulmonar, arritmias auriculares e insuficiencia cardíaca.
5. Es más frecuente en el sexo masculino.

172. Niña de 10 años con dolor abdominal de un año de evolución, más intenso y prácticamente diario en los últimos 2 meses, que aumenta con la ingesta. No pérdida de apetito ni alteración del ritmo intestinal. Exploración física normal. ¿Cuál sería el manejo diagnóstico inicial?:

1. Se solicita una ecografía abdominal.
2. Se realiza hemograma, velocidad de sedimentación, proteína C reactiva y bioquímica básica.
3. Se tranquiliza a los padres sin pruebas diagnósticas.
4. Se pide radiografía simple de abdomen.
5. Se remite para gastroscopia.

173. Niño de 11 años que acude por tos seca de 2 semanas de evolución que ha aumentado en los últimos días; en la actualidad es espasmódica y emetizante. No se acompaña de fiebre ni de dificultad respiratoria. No convive con personas con tos crónica ni existe ambiente tabáquico en el hogar. Está correctamente vacunado y no tiene antecedentes de interés clínico. Su crecimiento y desarrollo son normales, presenta hemorragia subconjuntival bilateral y la auscultación es normal, sin ruidos sobreañadidos. Señale la respuesta correcta:

1. El diagnóstico más probable es el de asma.
2. Al ser la auscultación normal no se requieren más estudios complementarios.
3. No es preciso adoptar ninguna medida en quienes conviven con él.
4. El tratamiento de elección es un macrólido.
5. La asociación con hemorragia subconjuntival hace improbable un origen infeccioso.

174. Durante la exploración física de un lactante de 13 meses resulta imposible la palpación del testículo derecho; el resto de la exploración de los genitales externos es normal. El manejo de este paciente incluirá:

1. Realizar una ecografía abdómico-pélvica para determinar la localización exacta de la gónada no palpable.
2. Seguir al paciente clínicamente y ecográficamente hasta los dos años.
3. Indicar la realización de una laparoscopia exploradora para determinar la presencia o no del testículo derecho, realizando una orquidopexia en función de los hallazgos de la laparoscopia.
4. Realizar un cariotipo para descartar la presencia de alteraciones cromosómicas.
5. El paciente presenta una anorquia unilateral y no precisa ningún estudio diagnóstico.

175. Niña de 4 meses de vida. Antecedentes de retraso en la evacuación de meconio y estreñimiento que acude con distensión abdominal y vómitos biliosos de 24 h de evolución. La radiografía simple de abdomen muestra distensión de asas intestinales y ausencia de aire distal. Indique cuál debe de ser el manejo más adecuado:

1. Lo más probable es que el paciente presente una Enfermedad de Hirschprung que requerirá colostomía urgente con extirpación del segmento agangliónico dilatado en el mismo acto.
2. Seguramente se trate de una invaginación intestinal y la ecografía será muy útil en el diagnóstico.
3. En la medida de lo posible se recomienda un tratamiento conservador inicial con enema de suero y estimulaciones rectales hasta la realización de manometría, enema opaco y biopsia rectal que faciliten el diagnóstico y proporcionen datos sobre la extensión del intestino afecto.
4. La toma de biopsias intestinales durante la realización de la ileostomía no debe realizarse pues convierte una cirugía limpia en contaminada.
5. Si no existen antecedentes familiares de Enfermedad de Hirschprung, lo más probable es que tenga un válvulo intestinal y su tratamiento es conservador con sonda nasogástrica y antibioterapia intravenosa.

176. ¿Cuál es la interpretación de la significación

estadística (valor de la "p") de una prueba de contraste de hipótesis?:

1. La probabilidad de rechazar la hipótesis nula.
2. La probabilidad de aceptar la hipótesis nula.
3. La probabilidad de rechazar la hipótesis nula cuando es cierta.
4. La probabilidad de rechazar la hipótesis nula cuando es falsa.
5. La probabilidad de cometer un error en la decisión.

177. Para estudiar la posible asociación, entre la rubeola materna y las cataratas congénitas, se selecciona una muestra de 20 niños con esta enfermedad y 25 niños con antecedentes y edad semejantes que no la presentan. Una entrevista a la madre de cada niño determina si tuvo o no la rubeola durante el embarazo. ¿Qué test estadístico es el más adecuado para realizar este estudio?:

1. T-student de datos independientes.
2. T-student de datos apareados.
3. Ji-cuadrado.
4. Análisis de correlación.
5. Análisis de la varianza.

178. ¿Cuál de los siguientes índices NO es una medida de dispersión?:

1. Desviación estándar.
2. Varianza.
3. Rango de amplitud.
4. Desviación media.
5. Mediana.

179. En un contraste de hipótesis estadístico, la probabilidad de rechazar la hipótesis nula cuando ésta es falsa se denomina:

1. Error tipo II.
2. Error tipo I.
3. Potencia.
4. Eficacia.
5. Eficiencia.

180. En 1962 unos investigadores de la Universidad de Harvard identificaron a 16.936 graduados de dicha universidad a los que se les solicitó la cumplimentación de un cuestionario sobre la actividad física y otros factores de riesgo cardiovasculares, también recogieron datos a partir de los registros de la universidad. 10 años más tarde se envió un cuestionario de seguimiento sobre la arteriopatía coronaria y se recogieron datos sobre esta enfermedad a partir de los registros de defunción. ¿Cuál es el tipo de diseño de estudio empleado?:

1. Estudio Transversal o de prevalencia.
2. Estudio de cohortes.
3. Estudio de casos y controles.
4. Ensayo clínico.
5. Estudio ecológico.

181. ¿Qué tipo de diseño en un estudio o en un ensayo es considerado como "estándar oro" para obtener evidencias en la toma de decisiones terapéuticas?:

1. De cohortes.
2. Prospectivo doble ciego al azar.
3. Retrospectivo doble ciego al azar.
4. Empírico.
5. Transversal.

182. Los estudios epidemiológicos de tipo corte transversal son los más apropiados para:

1. Realizar inferencias causales sobre la relación entre la exposición a un factor y la enfermedad.
2. Estimar la incidencia real de una enfermedad a partir de un muestreo aleatorio.
3. Estimar la prevalencia de una enfermedad crónica.
4. Diferenciar entre factores etiológicos y factores pronósticos de la enfermedad.
5. Diferenciar entre casos incidentes y casos prevalentes de la enfermedad.

183. En un estudio un pediatra seleccionó 30 niños que habían presentado el Síndrome de Reye y otros 60 pacientes que sufrieron enfermedades víricas de carácter más leves. Se interrogó a los padres sobre el consumo de ácido acetilsalicílico en los niños. ¿Cuál es el tipo de diseño de estudio empleado?:

1. Estudio Transversal o de prevalencia.
2. Estudio de cohortes.
3. Estudio de casos y controles.
4. Ensayo clínico.
5. Estudio ecológico.

184. Indique en cuál de los siguientes tipos de estudio la asignación de los pacientes a los distintos grupos objeto de estudio, está "controlada" por el investigador:

1. Ensayo clínico de grupos paralelos.
2. Estudio de casos y controles.
3. Estudio de cohortes.
4. Estudio transversal.
5. Estudio con controles históricos.

185. Señale la respuesta INCORRECTA respecto a los estudios de cohortes:

1. Pueden ser prospectivos o retrospectivos.
2. Son estudios observacionales y descriptivos.
3. Permiten establecer con claridad la secuencia temporal de los eventos de interés.
4. Permiten medir la incidencia de enfermedad.

5. Pueden medir los efectos de exposiciones infrecuentes en la población.

186. Se plantea un estudio de casos y controles para investigar la asociación entre la toma de antidepresivos durante el embarazo y el riesgo de malformaciones congénitas cardiacas. Con el fin de minimizar la posibilidad de un sesgo consistente en que las mujeres que han tenido un hijo con malformación recuerden mejor su posible exposición en el embarazo a medicamentos antidepresivos que las mujeres con niños no malformados, ¿cuál de los siguientes procedimientos sería el más adecuado?:

1. Realizar un estudio de campo, con entrevistas directas a los casos y a los controles.
2. Realizar un estudio de corte transversal, para estimar la prevalencia de uso de antidepresivos en embarazadas.
3. Realizar un estudio en el que se obtenga de una base de datos la información sobre todas las prescripciones médicas realizadas durante el embarazo a los casos y a los controles.
4. Seleccionar los controles mediante apareamiento (matching) con los casos.
5. Realizar un análisis por intención de tratar.

187. En un ensayo clínico aleatorizado, controlado y con diseño doble-ciego se han administrado dosis crecientes de 10 mg, 20 mg, 50 mg y 100 mg de un nuevo fármaco en un total de 60 pacientes (15 pacientes por cada grupo de dosis), con el fin de establecer la relación entre la eficacia y toxicidad del nuevo fármaco. Además, se ha incluido un grupo control con 15 pacientes. Señale la respuesta correcta:

1. Se trata de un estudio Fase I.
2. Se trata de un estudio Fase IIa.
3. Se trata de un estudio Fase IIb.
4. Se trata de un estudio Fase III.
5. Se trata de un estudio Fase IV.

188. En un ensayo clínico comparativo se establece una hipótesis de no-inferioridad de un fármaco experimental con respeto a un fármaco control activo con un límite de no-inferioridad (límite clínicamente relevante) del -3% en la diferencia de porcentajes de pacientes curados, el cual se considera aceptable y justificado. El porcentaje de pacientes curados al final del estudio resulta ser del 85% con el fármaco experimental y del 84% en el grupo control (diferencia absoluta: +1%; intervalo de confianza al 95% bilateral de -2,9% a +4,9%). Bajo las condiciones del estudio, señale la respuesta correcta:

1. El estudio demuestra la no-inferioridad del fármaco control con respecto a fármaco experimental.
2. El estudio demuestra que el fármaco experimental es superior al fármaco control.
3. El estudio es inconcluyente.
4. El fármaco experimental es no-inferior comparado con el fármaco control.
5. El fármaco experimental y el control son equivalentes.

189. Señale la opción correcta entre las siguientes características sobre el diseño de un ensayo clínico:

1. Un ensayo clínico controlado con un fármaco activo es de mejor calidad que un ensayo clínico controlado con placebo.
2. Cuando se dispone de controles históricos no es necesario realizar un ensayo clínico controlado.
3. Un estudio abierto se define por la ausencia de un grupo control.
4. La necesidad de un enmascaramiento doble ciego es mayor cuando la variable de medida es mortalidad.
5. La asignación aleatoria tiene a distribuir las variables pronósticas conocidas o desconocidas de forma equitativa a cada grupo de comparación.

190. ¿Cuál de las siguientes situaciones sugiere que necesitará un menor tamaño muestral para alcanzar los objetivos de un ensayo clínico?:

1. Un ensayo que intenta evaluar la diferencia de mortalidad de un nuevo tratamiento frente al placebo, en el que la mortalidad del grupo placebo es muy baja.
2. Un ensayo clínico cuyo objetivo es evaluar la capacidad de un nuevo tratamiento para reducir la tensión arterial, en el que se producirá mucho error aleatorio en la medida de la tensión arterial.
3. Un ensayo en el que pretende evaluar el efecto de un inmunosupresor sobre la dosis acumulada de esteroides en pacientes diagnosticados de arteritis de células gigantes, en el que se intenta demostrar diferencias de dosis pequeñas entre ambos grupos de tratamiento.
4. Un ensayo clínico en el que usted asume una probabilidad de error alfa del 0.1 en vez del 0.05 habitual.
5. Un ensayo clínico en el que usted pretende tener una potencia del 0.9 en vez del 0.8 habitual.

191. Un investigador del hospital está pensando realizar un ensayo clínico prospectivo aleatorizado que será la base para su tesis doctoral, pero sólo en su hospital y sólo en 60 pacientes (30 aleatorizados a un fármaco ya autorizado pero en una indicación no autorizada y 30 aleatorizados a un fármaco control autorizado para la indicación en estudio). Señale la respuesta correcta:

1. Al ser un estudio en un solo centro, es sufi-

ciente contar con el informe favorable del Comité Ético de Investigación Clínica del hospital para iniciar el ensayo clínico.
2. El informe favorable de un Comité Ético de Investigación Clínica no es necesario en este caso, ya que el número de pacientes es menor de 100.
3. Se obtendrá el consentimiento informado verbal bajo presencia de testigos siempre que sea posible, salvo que el paciente esté incapacitado, en cuyo caso se otorgará por escrito.
4. El ensayo clínico debe ser autorizado por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.
5. Es necesario seguir las normas de buena práctica clínica, salvo si se trata de un ensayo clínico de bioequivalencia.

192. Con respecto a los ensayos clínicos necesarios para el registro de medicamentos, señale la afirmación INCORRECTA:

1. Los fase III, también llamados confirmatorios, intentan proporcionar una base adecuada para la evaluación del beneficio/riesgo que apoye el registro del medicamento.
2. Se diseñan específicamente para evaluar la efectividad del tratamiento a estudio.
3. No permiten detectar acontecimientos adversos poco frecuentes.
4. No siempre se pueden extrapolar sus resultados a la población general.
5. La asignación aleatoria evita sesgos y permite tener confianza en que las diferencias encontradas entre los grupos se deben al tratamiento recibido.

193. De los siguientes, cuál NO es un requisito para poder realizar un ensayo clínico en un solo paciente (n = 1):

1. Que se puedan extrapolar los resultados a otros pacientes.
2. Que el tratamiento vaya a ser utilizado de forma crónica.
3. Que la eficacia del tratamiento esté en duda.
4. Que existan criterios clínicamente relevantes para valorar la eficacia.
5. Que se puedan establecer unos criterios claros para interrumpir el ensayo.

194. Se ha realizado un estudio de cohortes en pacientes expuestos a diferentes anti-inflamatorios no esteroideos. El evento de interés fue la ocurrencia de hemorragia digestiva alta. En la cohorte de pacientes expuestos a ibuprofeno, se ha obtenido una densidad de incidencia de 2 por 1000 personas-año. ¿Cómo debe interpretarse este resultado?:

1. Ocurren de media 2 casos de hemorragia digestiva alta por cada 1000 años de exposición a ibuprofeno, sumados los tiempos de observación de todos los individuos de la cohorte.
2. El riesgo de desarrollar una hemorragia digestiva alta estando expuesto a ibuprofeno es 2 veces mayor que con el resto de antiinflamatorios no esteroideos, en personas tratadas al menos durante 1 año.
3. Por cada 1000 personas que están expuestas durante al menos un año a ibuprofeno, se producen 2 casos de hemorragia digestiva alta.
4. Dos de cada 1000 personas que inician tratamiento con ibuprofeno desarrollan una hemorragia digestiva alta después de un año.
5. Cada 2 años de media, ocurre un nuevo caso de hemorragia digestiva en la cohorte de 1000 personas expuestas a ibuprofeno.

195. Señale la respuesta INCORRECTA en relación con la validez de una prueba diagnóstica:

1. La sensibilidad indica la probabilidad que tiene una prueba diagnóstica de dar resultados positivos entre los sujetos enfermos.
2. La especificidad indica la probabilidad que tiene una prueba diagnóstica de dar resultado negativo entre los sujetos que no presentan la enfermedad.
3. Las pruebas que se aplican en el cribado de una enfermedad requieren una alta sensibilidad.
4. El valor predictivo de la prueba positiva es la probabilidad que tiene una prueba de detectar enfermos cuando da un resultado positivo.
5. Los valores predictivos no dependen de la prevalencia de la enfermedad

196. Una prueba dio positiva en el 90% de los enfermos; el 79% de los que dieron positivo estaban enfermos; sólo el 87% de los sanos dio negativo; y el 96% de los que dieron negativo estaban sanos. La sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN) son:

1. S = 0.87, E = 0.90, VPP = 0.79, VPN = 0.96.
2. S = 0.79, E = 0.87, VPP = 0.90, VPN = 0.96.
3. S = 0.79, E = 0.96, VPP = 0.90, VPN = 0.87.
4. S = 0.90, E = 0.87, VPP = 0.79, VPN = 0.96.
5. S = 0.87, E = 0.79, VPP = 0.96, VPN = 0.90.

197. En el contexto de una evaluación económica, ¿cuál de los siguientes costes NO es un coste sanitario directo?:

1. Días de hospitalización.
2. Analíticas realizadas.
3. Días de absentismo laboral por baja médica.
4. Traslado de pacientes en ambulancia.
5. Exámenes y pruebas complementarias efectuadas.

198. ¿En qué tipo de evaluación económica se eva-

lúan los resultados clínicos a través de los años de vida ganados?:

1. Análisis coste-efectividad.
2. Análisis coste-utilidad.
3. Análisis coste-beneficio.
4. Análisis coste-consecuencia.
5. Estudios de coste de la enfermedad.

199. ¿Cuál de entre los siguientes NO es un modelo o una norma de calidad?:

1. La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization.
2. La European Foundation for Quality Management.
3. Las Normas ISO.
4. Organización Panamericana de la Salud.
5. Sanidad Excelente Privada.

200. En relación con la vacunación con vacuna triple vírica (rubéola-sarampión-parotiditis), ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?:

1. La vacunación inadvertida de mujeres embarazadas con vacuna triple vírica produce malformaciones congénitas.
2. La vacunación con vacuna triple vírica produce panencefalitis esclerosante subaguda.
3. El calendario de vacunación del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud recomienda la administración de 5 dosis de esta vacuna a lo largo de la vida.
4. La vacuna triple vírica es una vacuna combinada constituida por dos vacunas atenuadas y una inactivada (parotiditis).
5. La vacuna triple vírica es una vacuna combinada constituida por tres vacunas atenuadas.

201. En relación con la vacunación con vacuna frente a la Hepatitis B, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?:

1. Las vacunas frente a la Hepatitis B son vacunas atenuadas.
2. Las vacunas frente a la Hepatitis B utilizan el antígeno del core (AgHBc) obtenido por ingeniería genética como inmunógeno.
3. Las vacunas frente a la Hepatitis B utilizan el antígeno de superficie (AgHBs) obtenido por ingeniería genética como inmunógeno.
4. La vacunación frente a la hepatitis B no está incluida en el calendario de vacunación del Consejo Interterritorial del Sistena Nacional de Salud.
5. Se debe de vacunar frente a la hepatitis B en el caso de heridas sucias.

202. Un paciente es traído a urgencias por haber presentado síncope, del cual se recuperó en la ambulancia. Está tomando pimozida por un trastorno de ansiedad desde hace 3 meses. Hace unos pocos días se tomó por su cuenta un antibiótico al presentar un cuadro pseudogripal. En el ECG llama la atención un alargamiento del espacio QT de nueva aparición. ¿Cuál de los siguientes antibióticos cree usted más probable como desencadenante del cuadro?:

1. Cefalexina.
2. Claritromicina.
3. Cloxacilina.
4. Colistina.
5. Amoxicilina.

203. El mecanismo subyacente de la resistencia a meticilina en *Staphylococcus aureus* es:

1. La presencia de bombas de expulsión activa.
2. La producción de beta-lactamasas que inactivan a las penicilinas.
3. La presencia de mutaciones ribosómicas.
4. La presencia de alteraciones en las proteínas fijadoras de penicilina.
5. La presencia de proteínas de protección ribosomal.

204. ¿Cuál de los siguientes fármacos es un antagonista competitivo utilizado en la sobredosificación de benzopiazepinas?:

1. Alfentanilo.
2. Donepezilo.
3. Silimarina.
4. Midazolam.
5. Flumazenilo.

205. Todas las siguientes opciones, referidas a cinética de medicamentos, son correctas EXCEPTO una que debe indicar:

1. La biodisponibilidad de un fármaco es diferente según la vía de administración utilizada.
2. La forma farmacéutica puede modificar la velocidad de absorción de un fármaco.
3. Fármacos con importante metabolismo hepático "de primer paso" tienen alta biodisponibilidad oral.
4. La alcalinización de la orina aumenta el aclaramiento renal de fenobarbital (ácido débil).
5. La acidificación de la orina aumenta la eliminación renal de anfetamina (base débil).

206. Un excursionista ha regresado a España después de explorar unas cuevas cerca del río Mississippi (USA). No se encuentra bien y acude al médico que documenta radiológicamente una neumonitis. En el estudio microbiológico de un lavado bronco-alveolar se aísla e identifica un hongo dimórfico, ya que crece como levadura en agar sangre incubado a 37ºC y como hongo filamentoso en el medio de Sabouraud incubado a 28ºC. ¿De qué hongo cree que se trata, teniendo en cuenta los datos epidemiológicos y microbiológicos aportados?:

1. *Aspergillus Fumigatus.*
2. *Histoplasma Capsulatum.*
3. *Penicillium Marneffei.*
4. *Candida Albicans.*
5. *Scedosporium Apiospermum.*

207. Un niño de tres años de edad ingresa en el hospital por un síndrome hemolítico-urémico (SHU) aparecido después de tres días de diarrea sanguinolenta sin fiebre. ¿Cuál es el agente causal más probable de este síndrome diarreico asociado al SHU?:

1. *Rotavirus.*
2. *Yersinia Enterocolitica* O3.
3. *Giardia Intestinalis.*
4. *Escherichia Coli* O157:H7.
5. *Ascaris Lumbricoides.*

208. La prueba de elección para establecer el diagnóstico de encefalitis herpética (causada por los virus del herpes simple tipo 1 o tipo 2) en un paciente con sospecha de dicho proceso, es:

1. El cultivo del líquido cefalorraquídeo en una línea celular.
2. La detección de antígeno de herpes simple 1 y 2 en el LCR.
3. Detección de IgG frente al virus del herpes simple 1 y 2 en el LCR por prueba de ELISA.
4. Detección de antígeno de los virus del herpes simple 1 y 2 en orina.
5. Prueba de la reacción en cadena de la polimerasa con cebadores específicos para los virus del herpes simple 1 y 2 en una biopsia cerebral o alternativamente en el líquido cefalorraquídeo.

209. Una mujer de 25 años acude a consulta por presentar disuria y polaquiuria. Se toma muestra de orina para cultivo. Desde el laboratorio informan que "en el sedimento de la muestra se observan muy abundantes células epiteliales de posible origen vaginal y una flora muy variada". ¿Cuál sería la interpretación práctica de este hallazgo?:

1. La paciente muy probablemente tiene una infección urinaria de origen genital.
2. La paciente realmente tiene una bacteriuria asintomática, por lo que no requiere tratamiento antibiótico.
3. La paciente tiene una infección urinaria polimicrobiana.
4. Las condiciones de recogida de la muestra no han sido adecuadas y por tanto es poco apta para estudio microbiológico.
5. La información aportada no tiene ningún valor en la práctica, lo importante es el resultado del cultivo.

210. Las células y tejidos tienden a adaptarse a la persistencia de estímulos lesivos mediante diversos mecanismos. La metaplasia es un fenómeno adaptativo tisular caracterizado por:

1. Aumento del tamaño y del número de las células del tejido.
2. Sustitución y cambio fenotípico reversible de un tipo celular de un órgano por otro más resistente al estímulo nocivo.
3. Disminución del número y tamaño de las células del órgano lesionado.
4. Aumento del tamaño pero no del número de las células del órgano.
5. Proliferación y desdiferenciación irreversible de las células del tejido lesionado.

211. Uno de los mecanismos que favorecen la diseminación de las células neoplásicas es la disminución de la adhesividad entre las células normales. ¿Cuál es el mecanismo molecular implicado en este fenómeno?:

1. Inactivación de la cadherina E.
2. Incremento de producción de metaloproteasas.
3. Disminución en la activación de catepsinas.
4. Incremento en la expresión de Her2.
5. Inactivación de p53.

212. ¿Cuál será la conclusión más probable en una biopsia ganglionar cervical de un varón de 24 años con fiebre en la que el patólogo describe unas células grandes con amplio citoplasma, núcleos bilobulados y grandes nucleolos de tipo inclusión acompañadas de eosinófilos, células plasmáticas y ocasionales polimorfonucleares?:

1. Infección viral de tipo citomegalovirus.
2. Linfoma de células grandes de posible línea T.
3. Mononucleosis infecciosa.
4. Reacción de tipo alérgico de causa desconocida.
5. Linfoma de Hodgkin.

213. La identificación en una biopsia de músculo de un vaso de mediano calibre con una necrosis fibrinoide de su pared y presencia de polimorfonucleares y linfocitos debe hacer pensar en una enfermedad de etiología:

1. Infecciosa por bacilos Gram negativos.
2. Isquémica por obstrucción proximal de los vasos.
3. Inmunológica por depósitos de inmunocomplejos.
4. Metabólica con depósitos de proteínas glicosiladas.
5. Reacción inflamatoria a cuerpo extraño.

214. ¿Cuál de las siguientes propiedades es característica de la Inmunidad Innata?:

1. Reconoce estructuras microbianas altamente conservadas y compartidas por diferentes tipos de especies microbianas.
2. Sus componentes celulares y humorales principales son los linfocitos (T y B) y los anticuerpos, respectivamente.
3. Es llevada a cabo por receptores celulares y solubles altamente polimórficos con una distribución celular de tipo clonal.
4. Guarda memoria de contactos previos con el mismo patógeno aumentando la intensidad de la respuesta con cada nueva exposición.
5. Tiene un tiempo de acción lento o diferido (días o semanas).

215. El sistema inmune sirve para luchar contra elementos extraños al organismo, para lo cual, utiliza distintos mecanismos. Señale cuál de los siguientes es el usado para procesar y eliminar antígenos extraños:

1. Las células presentadoras de antígenos procesan los antígenos y los presentan a otros tipos celulares junto a proteínas del complemento.
2. Los linfocitos T citotóxicos reconocen moléculas del complejo mayor de histocompatibilidad de clase II en la superficie de los macrófagos que están unidas a antígenos.
3. Los linfocitos B y los macrófagos presentan antígenos a los linfocitos T cooperadores en conjunción a moléculas del complejo mayor de histocompatibilidad de clase II.
4. Los eosinófilos son una célula clave en la eliminación de virus.
5. Los virus no son procesados y desencadenan respuestas inflamatorias directas mediadas por linfocitos T cooperadores.

216. Señale la respuesta correcta en relación a la respuesta inmune humoral:

1. Está caracterizada por una respuesta temprana mediada por IgG (Inmunoglobulina tipo G).
2. Las inmunoglobulinas son secretadas por distintos tipos celulares, incluyéndose los macrófagos y los linfocitos T.
3. Las respuestas inflamatorias reactivas a infecciones por parásitos son mediadas por IgD (Inmunoglobulina tipo D).
4. Los linfocitos B presentan en su superficie inmunoglobulinas y moléculas del complejo mayor de histocompatibilidad siendo capaces de funcionar como células presentadoras de antígeno.
5. La maduración final de los linfocitos B se produce en el timo.

217. Señale cuál de las siguientes respuestas es correcta en relación a los mecanismos que gobiernan la inmunidad adaptativa y la diferencian de la inmunidad innata:

1. Su principal componente son las barreras epiteliales.
2. Toll-Like proteínas son cruciales en el reconocimiento de patógenos.
3. La eliminación de patógenos se produce mediante linfocitos específicos de antígeno.
4. La fagocitosis y el sistema del complemento son elementos esenciales de la misma.
5. El reconocimiento de antígenos se realiza con un pequeño número de receptores (repertorio muy limitado).

218. Los organismos vivos se reproducen mediante la transmisión de su información genética a sus progenies. Señale la respuesta correcta en relación a la transmisión de la información genética:

1. Todas las células guardan su información genética en la misma forma química, el ARN (ácido ribonucleico).
2. Las células eucariotas mantienen su ADN (ácido desoxirribonucleico) libre en el citoplasma.
3. La mitocondria contiene su propio material genético y es una organela que evolucionó desde una bacteria y sobrevivió por simbiosis.
4. El número de genes y de proteínas es siempre el mismo en un organismo.
5. La cantidad de ADN no codificante va disminuyendo al subir en la escala evolutiva.

219. ¿Cuál es la consecuencia aguda de la infusión intravenosa de 1 litro de solución salina isotónica?:

1. Aumenta la osmolaridad del líquido extracelular.
2. Aumenta la osmolaridad del líquido intracelular.
3. Aumenta el volumen del líquido extracelular.
4. Aumenta el volumen del líquido intracelular.
5. Hay transferencia de líquido del compartimiento intracelular al extracelular.

220. ¿Cuál de las siguientes situaciones produce un aumento del líquido intersticial?:

1. Tratamiento continuado con diuréticos.
2. Obstrucción parcial de una arteria de gran calibre.
3. Tratamiento con fármacos vasoconstrictores.
4. Malnutrición proteica grave.
5. Hipertensión sistólica aislada.

221. ¿En cuál de estos pasos del proceso de acoplamiento excitación-contracción difieren el músculo esquelético y el músculo cardiaco?:

1. El potencial de acción presente en la membrana plasmática se disemina al interior de las fibras musculares a través de los túbulos trans-

versos (túbulos T).
2. Los potenciales de acción de los túbulos T inducen la liberación de iones calcio del retículo sarcoplásmico al sarcoplasma.
3. Una gran cantidad de iones de calcio difunden desde los túbulos T al sarcoplasma en el momento de la despolarización.
4. El aumento de la concentración de calcio en el sarcoplasma induce el deslizamiento de los filamentos de miosina sobre los de actina.
5. Al final del potencial de acción, los iones de calcio son bombeados al interior del retículo sarcoplásmico, disminuyendo la concentración de calcio en el sarcoplasma.

222. Una lesión periférica del III par craneal, nervio Oculomotor (Motor Ocular Común) suele llevar consigo alteración de sus fibras motoras viscerales (parasimpáticas) al que están asociadas. Si estas fibras se lesionan, el paciente manifiesta alteraciones que afectan a los reflejos oculares. De las respuestas dadas a continuación sólo una es verdadera. ¿Cuál es?:

1. Presenta pupila contraída (en miosis) y conservado el reflejo de acomodación.
2. Su pupila está contraída (en miosis) y abolido el reflejo de acomodación.
3. Se encuentra dilatada su pupila (en midriasis) fija y conservado el reflejo de acomodación.
4. Presenta pupila dilatada (en midriasis) fija y abolido el reflejo de acomodación.
5. Su pupila no está fija (a veces dilatada y a veces contraída) y el reflejo de la acomodación es normal.

223. Respecto a los *somites* es cierto que:

1. Son estructuras ectodérmicas.
2. Dan lugar a los ganglios raquídeos.
3. Dan lugar al mesodermo cardíaco.
4. Constituyen el primordio del metanefros.
5. Dan lugar a los músculos del tronco.

224. El "brazo posterior de la cápsula interna" contiene fibras de proyección de naturaleza motora y fibras de conexión o radiaciones talámicas, de naturaleza sensitiva. ¿Qué fibras de las citadas a continuación se localizan en este "brazo posterior"?:

1. Fibras córtico putaminales.
2. Fibras de las radiaciones talámicas anteriores.
3. Fibras fronto pónticas.
4. Fibras córtico espinales.
5. Fibras córtico nucleares.

225. ¿Qué grupo ganglionar recibe la mayor cuantía del flujo linfático de la mama?:

1. Ganglios paraesternales.
2. Ganglios intercostales.
3. Ganglios axilares.
4. Ganglios diafragmáticos.
5. Ganglios abdominales.

226. ¿Cuál de los siguientes factores aumenta el riesgo de cáncer gástrico?:

1. Dieta rica en grasas animales.
2. Rasgo genético con disminución de interleuquina 1.
3. Cepas de Helicobacter Pylori cagA+.
4. Gastrectomía parcial de causa benigna reciente (menos de 5 años).
5. Hiperclorhidria.

227. ¿Qué medidas funcionales periódicas tiene un papel básico en el seguimiento y manejo de las enfermedades pulmonares intersticiales crónicas?:

1. Espirometría y test de provocación mediante metacolina.
2. Espirometría, volúmenes pulmonares, medida de la difusión para el monóxido de carbono (DLCO) y gasometría arterial en reposo.
3. Espirometría y medida de la fuerza de los músculos respiratorios.
4. Prueba máxima de ejercicio en cicloergómetro con gasometría arterial.
5. Espirometría y curva presión/volumen.

228. Mujer de 26 años de edad con antecedentes de un cuadro de alteración sensitiva de la pierna izquierda hace 6 meses, que acude a urgencias por un cuadro de dolor ocular a la movilización del ojo derecho y disminución de la agudeza visual de 5 días de duración. ¿Cuál será la primera sospecha diagnóstica?:

1. Vasculitis en el marco de una colagenosis.
2. Esclerosis Múltiple.
3. Lupus eritematoso sistémico con afectación cerebral.
4. Patología vascular protrombótica.
5. Migraña con aura visual.

229. Hombre de 72 años diagnosticado de esteatosis hepática, asociado a etilismo moderado, consulta por pérdida de fuerza y sensación de acorchamiento distal en las extremidades. En la exploración destaca macroglosia y equimosis periorbitarias así como pérdida de fuerza 4/5 en extremidades inferiores e hipoestesia en "guante" y "calcetín". En la analítica destaca anemia normocítica, y un pico monoclonal en las gammaglobulinas. Creatinina: 2 mg/dL, proteinuria: 6 gr/24 horas. Actividad de protombina: 35%. El electromiograma es compatible con polineuropatía sensitivo-motora severa. Indique, entre las siguientes, que actitud diagnostica debe seguirse:

1. Biopsia de grasa abdominal y aspirado de

médula ósea.
2. Determinación de microalbuminuria y hemoglobina glicosilada.
3. Determinación de vitamina B_{12} plasmática y folato eritrocitario.
4. Serología para el VIH (virus de la inmunodeficiencia humana).
5. Biopsia renal.

230. Un paciente de 35 años es traído al Servicio de Urgencia tras sufrir un accidente de tráfico. No abre los ojos ante estímulos dolorosos. No obedece órdenes y emite sonidos incomprensibles. Su brazo derecho aparece deformado y no responde a estímulos dolorosos; sin embargo, su mano izquierda responde en un movimiento intencionado hacia el estímulo. Su Escala de Coma de Glasgow (GCS) es:

1. 12.
2. 9.
3. 5.
4. 8.
5. 2.

231. ¿Cuál es la variedad histológica más frecuente de la enfermedad de Hodgkin?:

1. Esclerosis nodular.
2. Predominio linfocítico.
3. Celularidad mixta.
4. Depleción linfoide.
5. Esclerosis mixta.

232. Dentro del cuadro clínico de la sepsis, señale la afirmación que MENOS se ajusta a la realidad:

1. Alrededor del 50% de los pacientes con sepsis grave o shock séptico desarrollan un síndrome de distress respiratorio del adulto (SDRA).
2. Por definición la sepsis se acompaña de bacteriemia.
3. La hiperventilación es un signo precoz.
4. La lesión del endotelio vascular es el mecanismo principal de la disfunción de órganos.
5. El patrón hemodinámico del shock séptico incluye un gasto cardiaco normal o elevado y una disminución de las resistencias vasculares periféricas.

233. En el diagnóstico y seguimiento del cáncer colorrectal, ¿cuál de los siguientes marcadores tumorales utilizaría?:

1. Alfafetoproteína.
2. Ca 125.
3. Cromogranina A.
4. Antígeno carcinoembrionario (CEA).
5. Ca 15.3.

234. La "Licuorrea" o pérdida de líquido cefalorraquídeo hacia las fosas nasales, puede aparecer característicamente en:

1. Las fracturas mandibulares múltiples.
2. Las fracturas del suelo de la órbita con herniación de la periórbita.
3. Las fracturas del tercio medio facial tipo Le-Fort I.
4. Las fracturas del complejo fronto-naso-etmoidal.
5. Las fracturas cigomático-malares.

235. Señalar cual de los siguientes trastornos comórbidos es más frecuente en el trastorno bipolar:

1. Trastornos somatomórfos.
2. Trastornos de la personalidad.
3. Esquizofrenia.
4. Estados confusionales.
5. Trastorno obsesivo-compulsivo.

IMAGEN 1

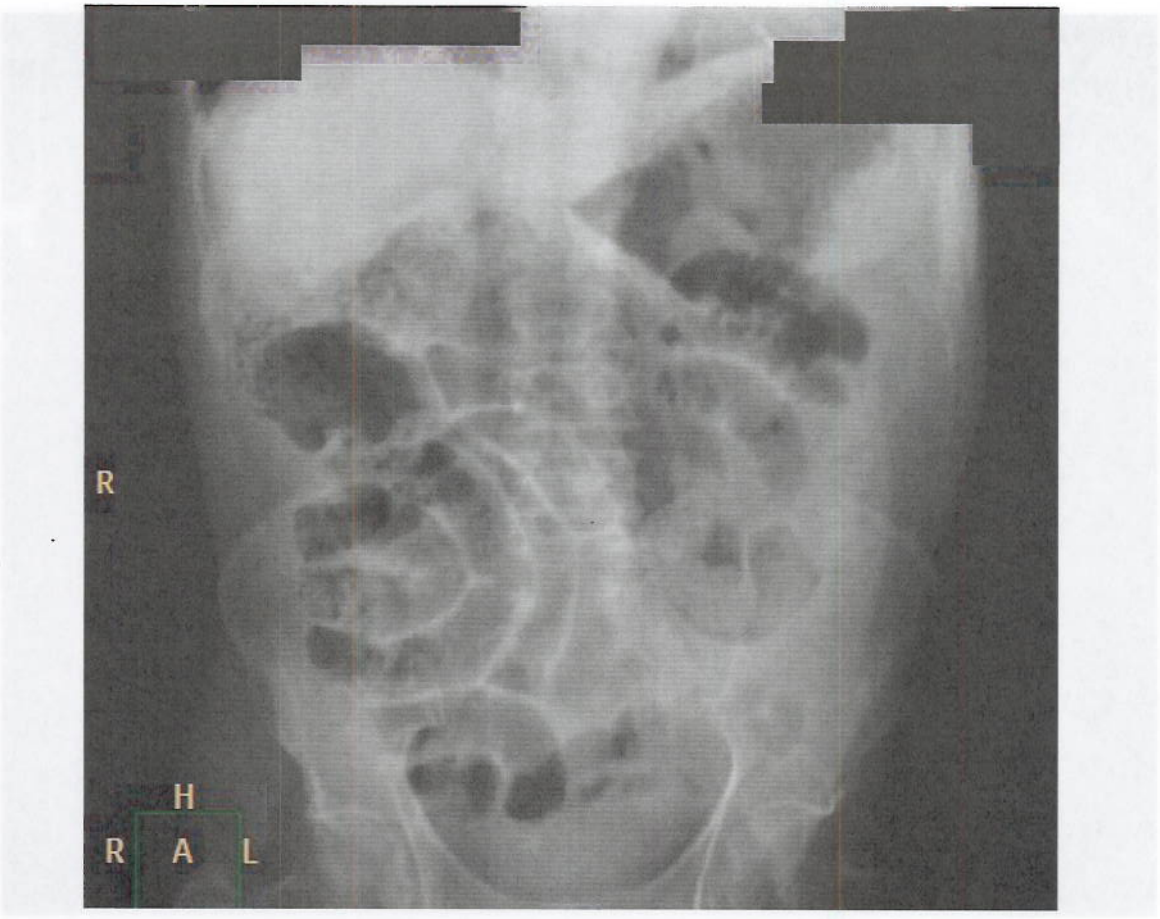

IMAGEN 2

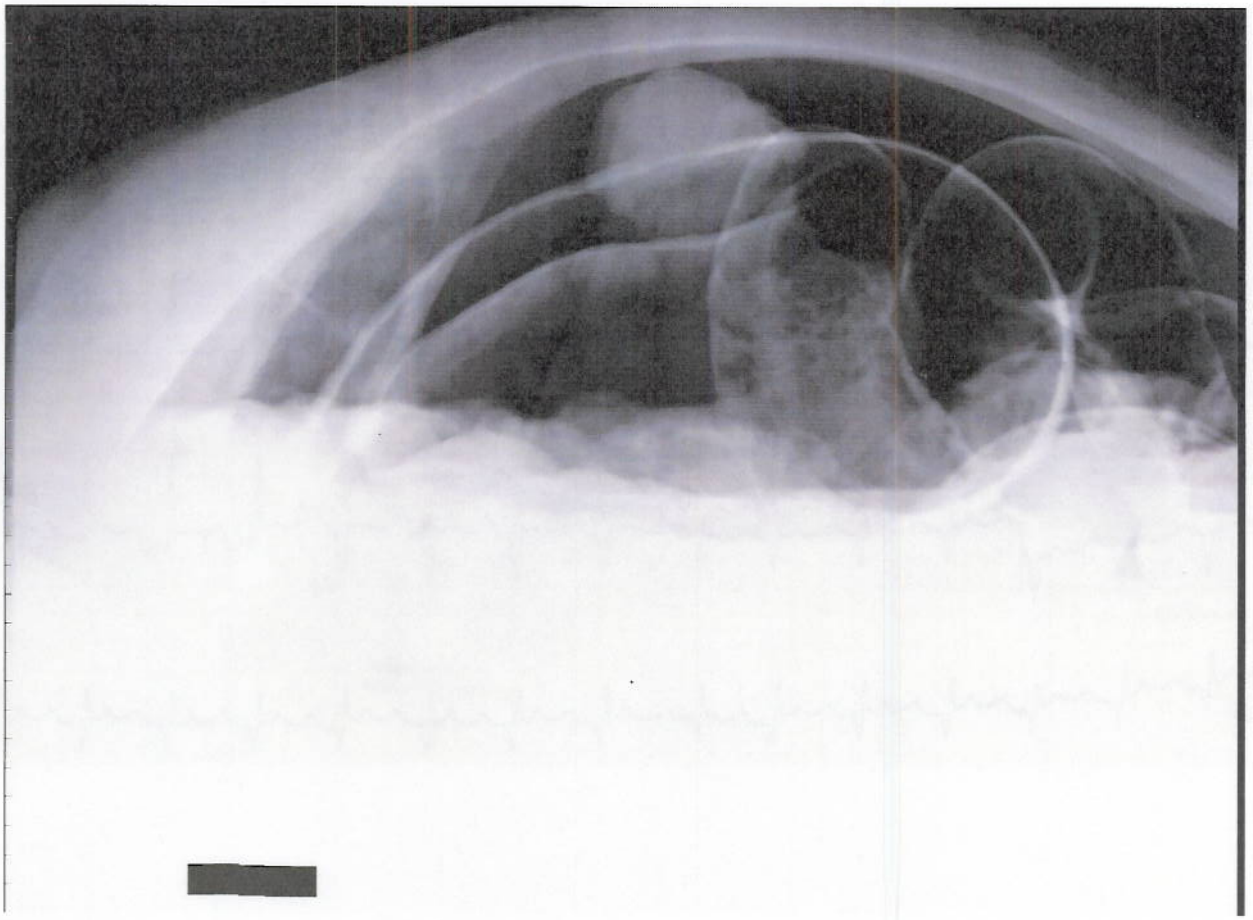

IMAGEN 3

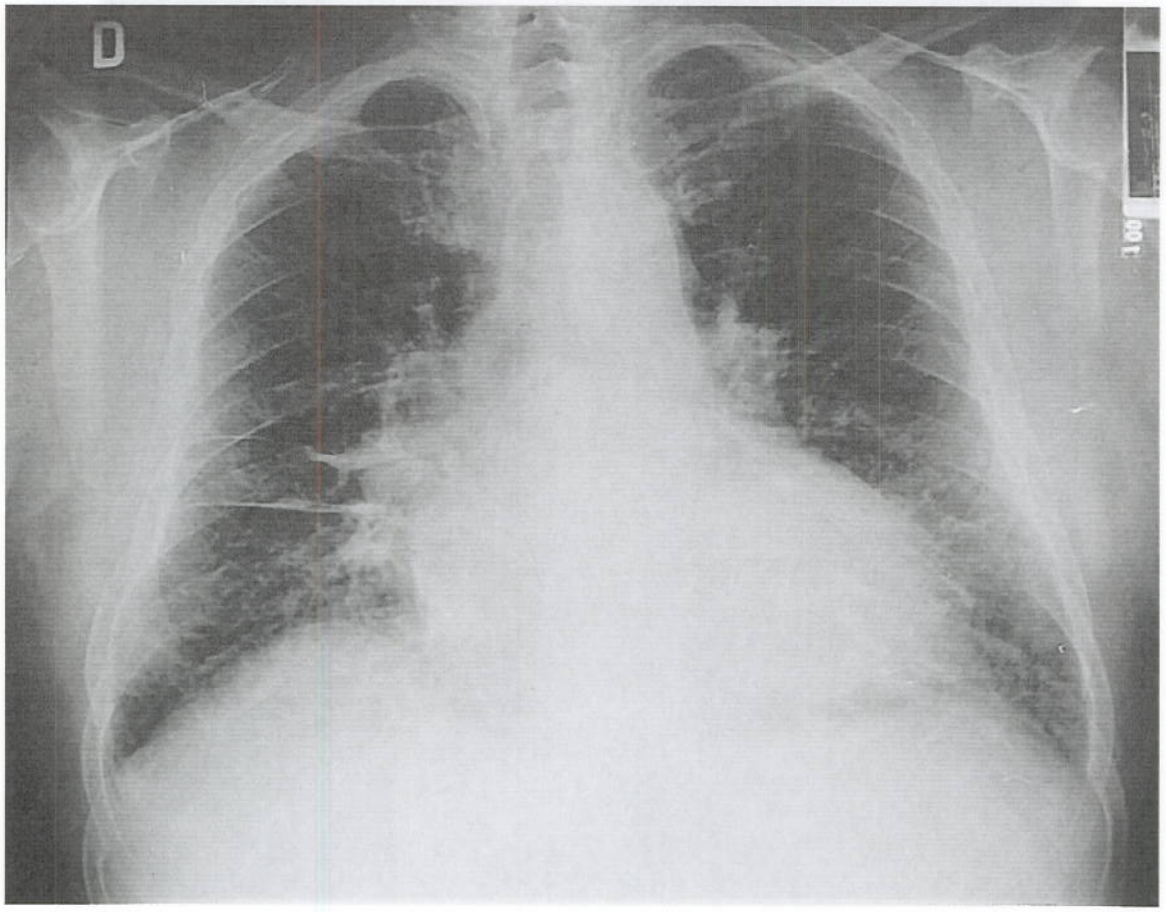

IMAGEN 4

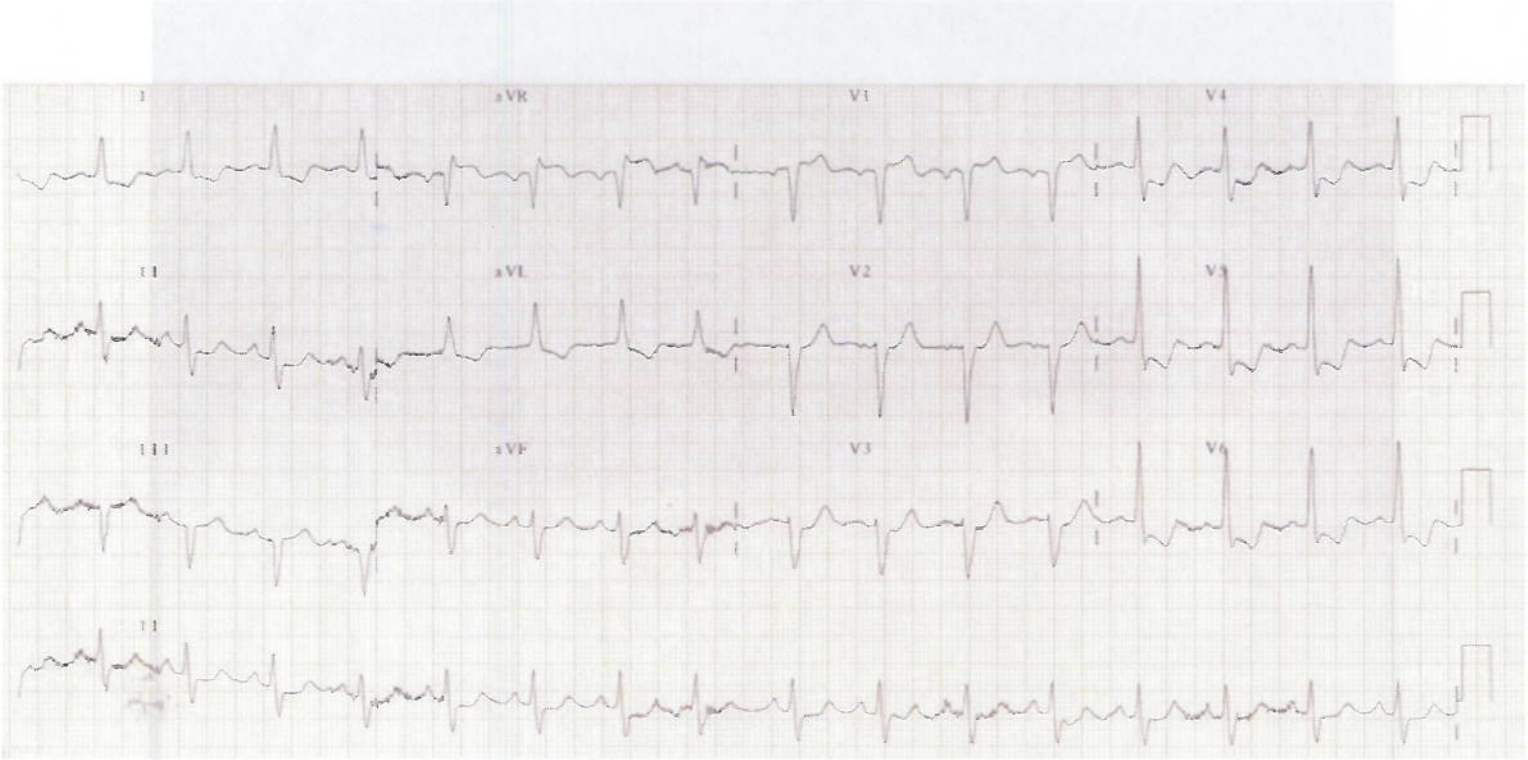

IMAGEN 5

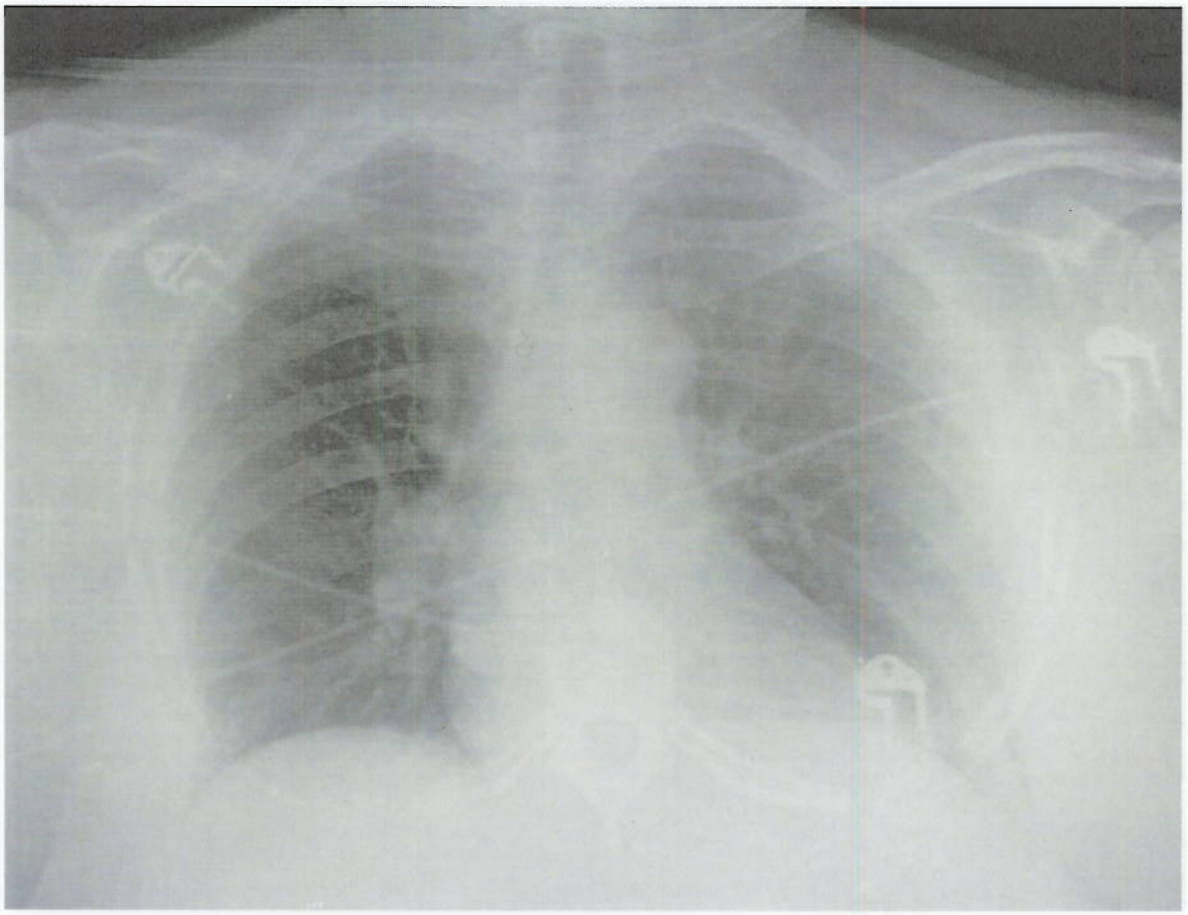

IMAGEN 6

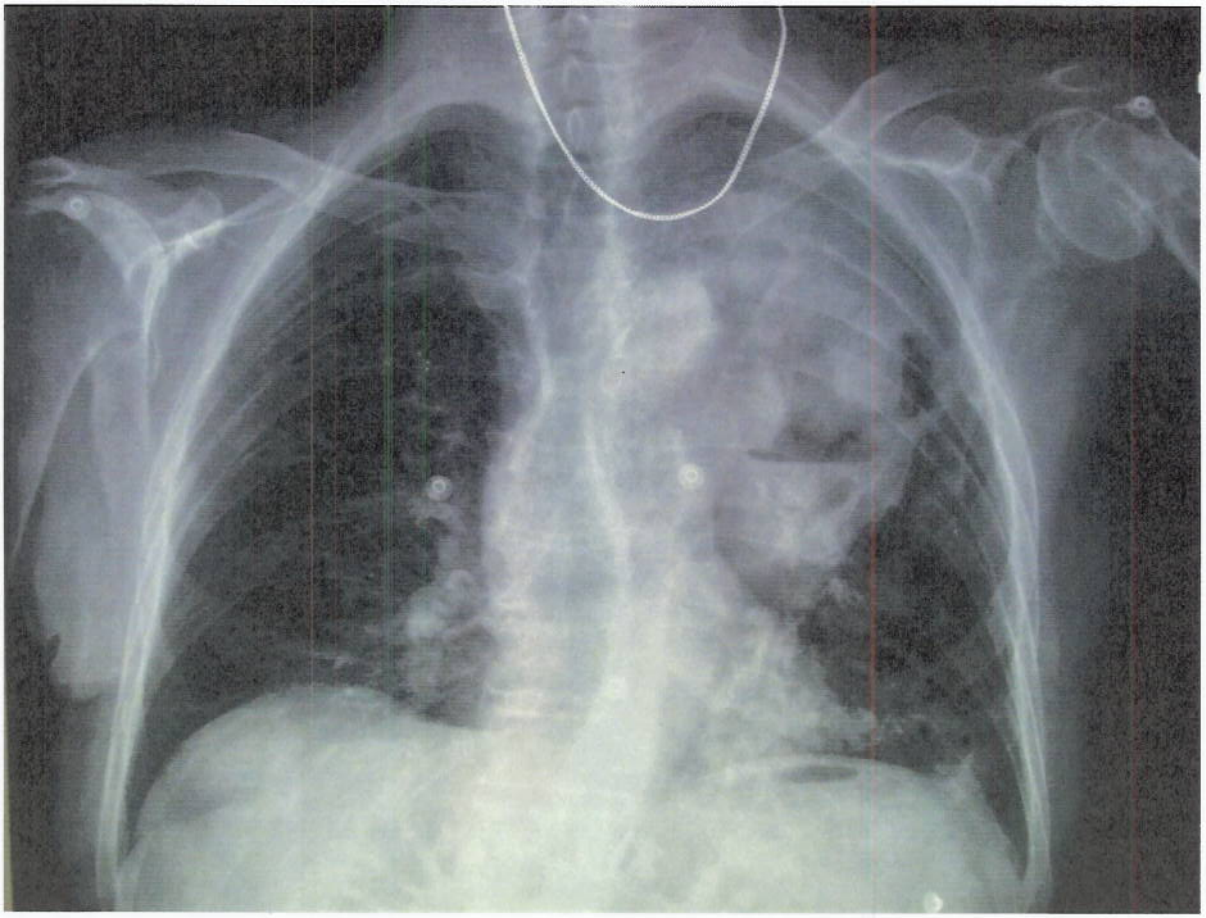

IMAGEN 7

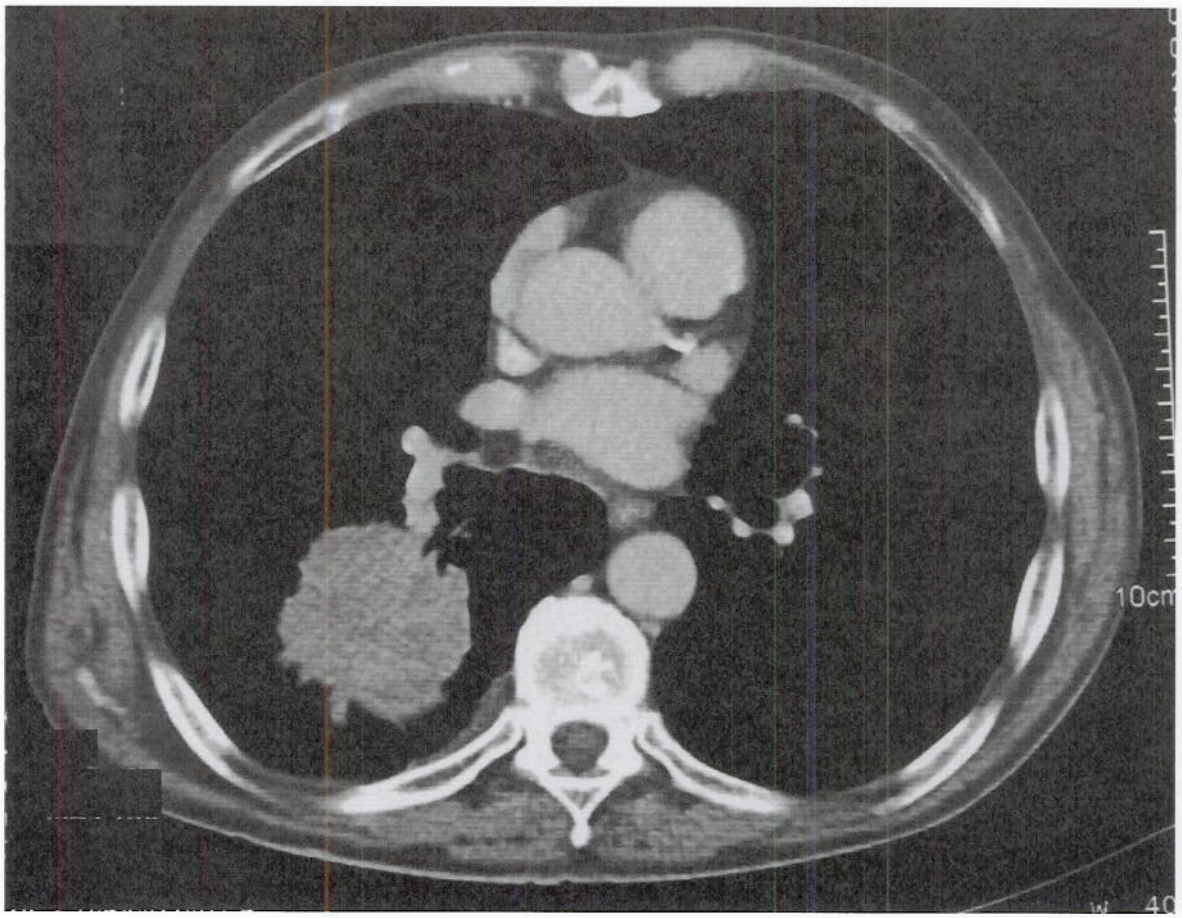

IMAGEN 8

IMAGEN 9

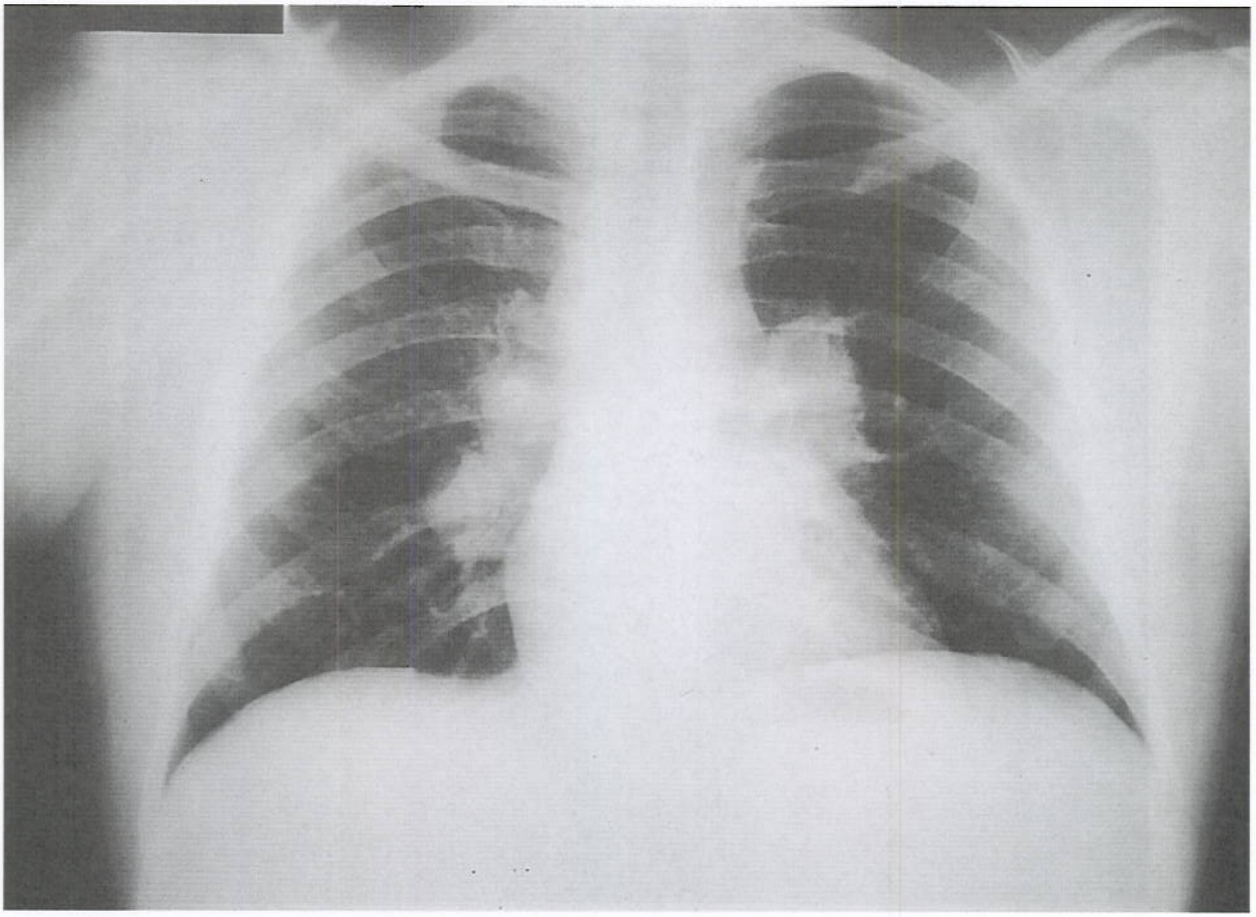

IMAGEN 10

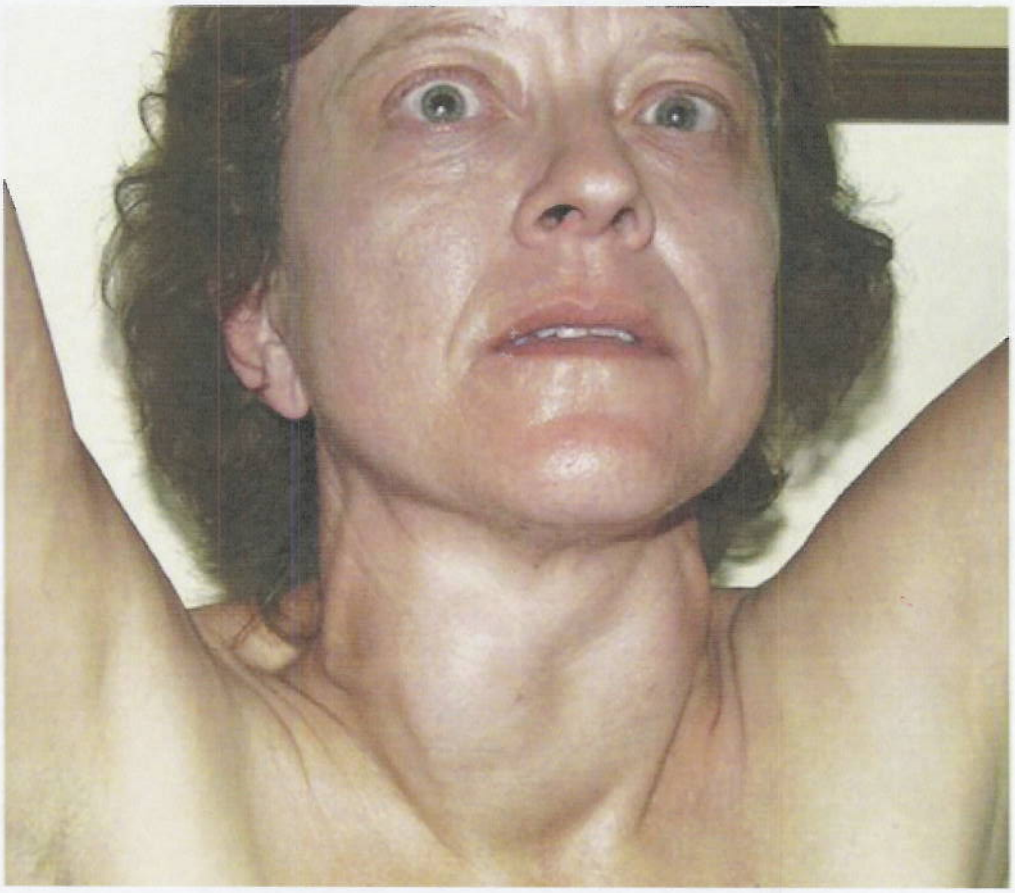

IMAGEN 11
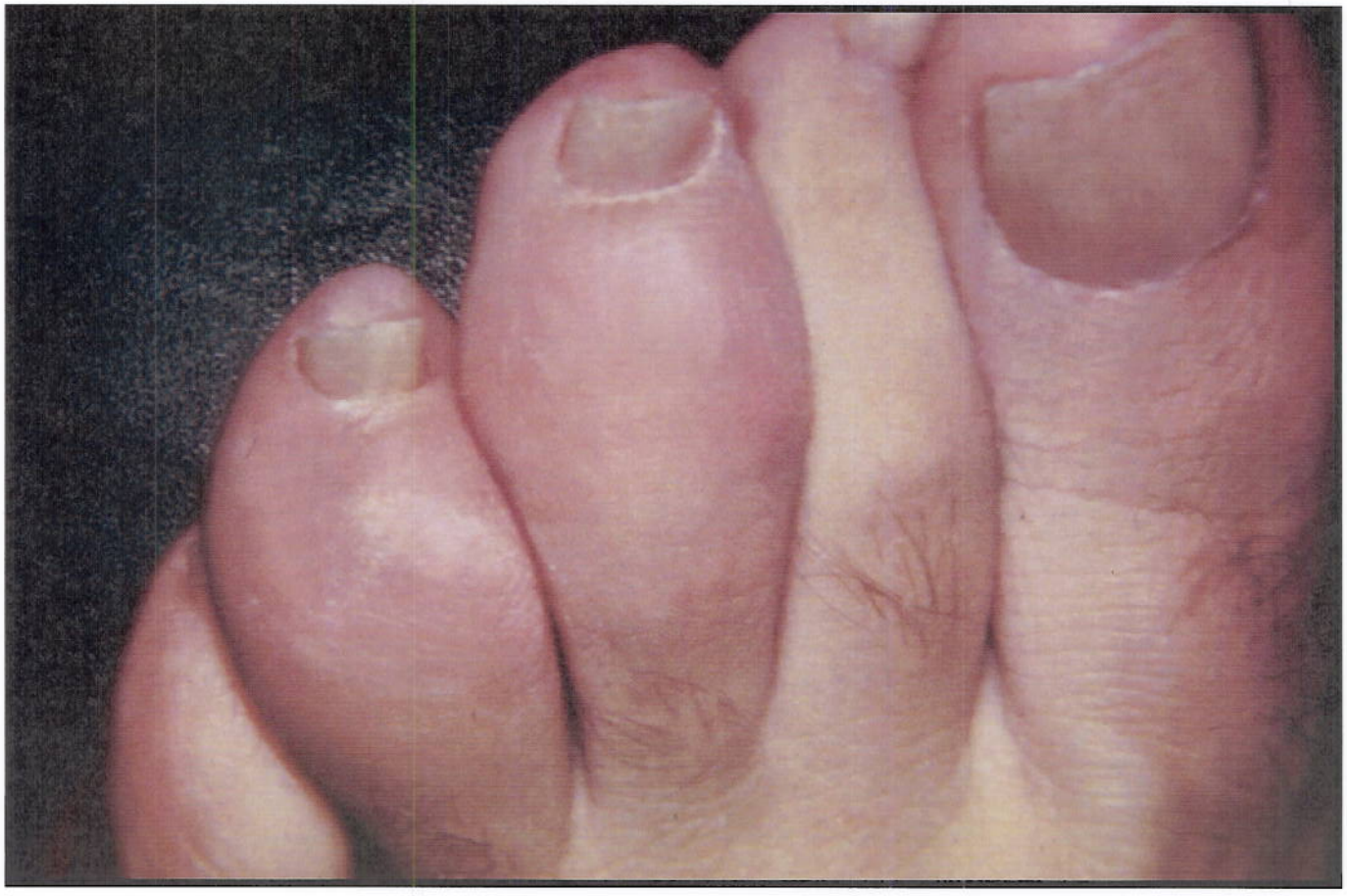
IMAGEN 12