



## PRUEBAS SELECTIVAS 2011

### 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 30 **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 nº1**

**Paciente de 55 años de edad ex-fumador y ex enólico. Hemorragia digestiva alta por ulcus antral que requirió transfusión sanguínea. Cirrosis hepática con serologías virales positivas (VHC+). Child-Pugh de 6 puntos. La imagen muestra dos secciones axiales en fase arterial y tardía del TC realizado a la paciente. En relación a los hallazgos de la prueba radiológica cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?**

1. Se observa una lesión focal hipervascular en fase arterial compatible con pseudoaneurisma de la arteria hepática.
2. Se observa un nódulo hipervascular en fase arterial con lavado en fase venosa compatible con carcinoma hepatocelular.
3. Se observa una lesión focal hipovascular compatible con colangiocarcinoma periférico.
4. Se trata de una lesión quística. Probable quiste hidatídico.
5. Se observa una gran trombosis portal tumoral.

**2. Pregunta vinculada a la imagen nº1**

**En el caso anterior ¿qué tratamiento, entre los siguientes, propondría en primer lugar?**

1. Trasplante hepático.
2. Radioterapia externa.
3. Ablación con radiofrecuencia.
4. Embolización arterial.
5. Quimioterapia sistémica.

**3. Pregunta vinculada a la imagen nº2**

**Hombre de 69 años de edad con antecedentes de diabetes mellitus y consumo moderado de alcohol desde hacía años, que acude a Urgencias por dolor abdominal tipo cólico, de 7 días de evolución en hemiabdomen superior, más localizado en hipocondrio derecho. Asocia prurito generalizado que le dificulta el sueño y orinas oscuras en los últimos dos días. En la exploración física destacaba TA 130/61, FC 102 lpm, Tª 36.8°C. El abdomen estaba blando, depresible, doloroso a la palpación profunda y sensación de masa en el hipocondrio derecho. Los análisis de sangre muestran proteína C reactiva 12.0 mg/dL, Glucosa 115 mg/dL, Urea 45 mg/dL, Creatinina 0.72 mg/dL, Bilirrubina total 8.45 mg/dL, electrolitos normales, ALT (GPT plasma) 45 U/L, GGT 112 U/L, LDH 110 U/L, Lipasa 16 U/L. Leucocitos 9.3 10E3/µl, hematíes 4.08 10E6/µl, hemoglobina 12.3 g/dl, hematocrito 35.9 %, VCM 87.9 fl, recuento de plaquetas 217 10E3/µl, (N 69.3 %, L 26.2 %, M 4.5 %, Eo 0.0 %, B 0.0 %). Se efectuó ecografía abdominal que se muestra en la ima-**

**gen. ¿Cuáles son los hallazgos de la ecografía?**

1. Vesícula biliar distendida con litiasis en su interior.
2. Engrosamiento de la pared de la vesícula biliar.
3. Inflamación hipoeoica de la cabeza del páncreas.
4. Litiasis y dilatación del colédoco.
5. Aumento de calibre de la vena cava.

**4. Pregunta vinculada a la imagen nº2**

**¿Cuál es la actitud más recomendable en este momento?**

1. Cirugía abierta urgente de la vía biliar.
2. Antibioterapia y medidas sintomáticas.
3. Colangiografía retrógrada endoscópica con papilotomía.
4. Plantear colecistectomía diferida.
5. Solicitar una ecoendoscopia para valorar el páncreas.

**5. Pregunta vinculada a la imagen nº3**

**Hombre de 62 años, exfumador, colecistectomizado, sin otros antecedentes de interés. Acude al servicio de urgencias por haber sufrido un síncope mientras caminaba: se dirigía a su centro de trabajo cuando, sin síntomas previos, sufrió pérdida de conciencia con caída al suelo. Se recuperó de forma espontánea en 2-3 minutos, sin amnesia ni relajación de esfínteres, si bien desde entonces se encuentra mareado. Cuando llega a urgencias tiene TA 155/85 mm Hg, 50 lpm, una glucemia capilar de 135 mg/dl y el electrocardiograma que se adjunta. Señale la respuesta CORRECTA respecto al diagnóstico del paciente:**

1. Bloqueo AV de primer grado.
2. Bloqueo AV de segundo grado Mobitz 1.
3. Bloqueo AV de segundo grado Mobitz 2.
4. Bloqueo AV de tercer grado.
5. Ritmo sinusal con extrasistolia auricular.

**6. Pregunta vinculada a la imagen nº3**

**En referencia al paciente del caso clínico anterior, señale cuál es la opción terapéutica más apropiada.**

1. El paciente ha de ser ingresado para implantarle un marcapasos definitivo.
2. Se trata de un síncope vasovagal y el bloqueo es de bajo grado por lo que puede ser dado de alta para seguimiento y control ambulatorio.

3. Para el manejo de este paciente es indispensable la realización de una coronariografía con vistas a descartar sustrato coronario que justifique su clínica.
4. Si la extrasistolia auricular es muy sintomática se puede pautar tratamiento con betabloqueantes.
5. Necesitamos una TC craneal para descartar patología neurológica que justifique su clínica.

**7. Pregunta vinculada a la imagen nº4**

Un hombre de 67 años no fumador acude a consulta por tos seca y disnea progresiva desde hace año y medio. A la exploración presenta crepitan-tes tipo velcro en bases y acropaquias. Una gasometría arterial basal muestra pH 7.36, pCO<sub>2</sub> 34 mm Hg, pO<sub>2</sub> 62 mm Hg. Los valores de una espirometría son FVC: 1550 ml (48% del valor teórico), FEV<sub>1</sub> 1320 ml (54% del valor teórico) y FEV<sub>1</sub>/FVC 84%. Se realiza una TC torácico que se muestra en la imagen. ¿Qué diagnóstico es el más probable en este caso?

1. Sarcoidosis.
2. Fibrosis pulmonar idiopática.
3. Silicosis.
4. Histiocitosis X.
5. Neumonitis intersticial inespecífica.

**8. Pregunta vinculada a la imagen nº4**

En relación con la enfermedad del caso anterior, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es la correcta?

1. Está indicada la realización de una gammagrafía pulmonar con Galio 67 para establecer el diagnóstico definitivo.
2. La difusión pulmonar (DLCO) habitualmente estará disminuída.
3. Una biopsia pulmonar mostrará un patrón histológico de neumonitis intersticial desca-mativa.
4. La causa más frecuente de muerte es la infec-ción respiratoria.
5. Los esteroides suelen modificar la evolución de la enfermedad.

**9. Pregunta vinculada a la imagen nº5**

Varón de 69 años, agricultor jubilado; bebedor importante y fumador de más de 20 cigarri-llos/día desde su juventud hasta hace dos años en que abandonó el consumo tras ser diagnosticado de EPOC grave (grado III de GOLD). Es hiper-tenso, diabético y presenta dislipemia por lo que recibe tratamiento con IECAs, estatinas y met-

**formina. Presenta tos y expectoración habitual junto con una disnea basal a esfuerzos modera-dos/pequeños. Hace cinco meses comienza con un cuadro de dolor, parestesias y disestesias en ambas extremidades superiores, junto con una alteración de la sensibilidad vibratoria y posi-cional, con reflejos normales y sin debilidad o atrofia muscular. En las últimas tres semanas refiere disfonía, incremento de la tos y de la disnea habituales y expectoración amarillenta. En los últimos cinco días tiene cefaleas frecuen-tes, mareos y vómitos, motivo por el que acude a urgencias, donde se objetiva una temperatura de 37,8°C; presión arterial de 140/85 mm Hg y frecuencia cardiaca de 90 lpm sin taquipnea significativa en reposo. El hemograma es normal y en la bioquímica se observan un discreto au-mento de las transaminasas y de la fosfatasa alcalina. Se comprueba, además, una hipona-tremia de 119 mEq/L, con cloro de 88 mEq/L, potasio de 3,9 mEq/L, osmolaridad plasmática de 255 mOsm/Kg, osmolaridad urinaria de 550 mOsm/kg y excreción urinaria de sodio de 65 mEq/L. En el Servicio de Urgencias se le realiza una radiografía de tórax (figura). ¿Cuál es la prueba diagnóstica más eficaz para establecer un diagnóstico definitivo en este caso?**

1. Baciloscopia y cultivo de esputo.
2. Determinación de anticuerpos anti-Hu en suero.
3. Tomografía computarizada (cerebro, tórax y abdomen).
4. Gammagrafía pulmonar de ventilación-perfusión.
5. Fibrobroncoscopia.

**10. Pregunta vinculada a la imagen nº5**

**De las alternativas terapéuticas iniciales, ¿cuál es, probablemente, la más indicada en este caso?**

1. Prednisona iv (1 mg/Kg/día) y ciclofosfami-da en bolus (500 mg/m<sup>2</sup>/tres semanas).
2. Cirugía.
3. Isoniazida (300 mg/día), rifampicina (600 mg/día), pirazinamida (25 mg/kg/día) y etam-butol (25 mg/K/día).
4. Carboplatino con etopósido.
5. Inmunoglobulinas iv y plasmaféresis.

**11. Pregunta vinculada a la imagen nº6**

Paciente de 70 años con antecedentes de carci-noma de colon intervenido quirúrgicamente y sometido a quimioterapia 2 meses antes que acude a consulta refiriendo lumbalgia progresiva que interfiere el descanso. Exploración física: limitación marcada de movilidad lumbar y T<sup>a</sup> 37,4 °C. Presenta la siguiente radiografía repro-

**ducida en la imagen. ¿Cuál de las siguientes es la prueba diagnóstica más correcta a llevar a cabo en esta situación?**

1. Gammagrafía ósea con MDP-Tec99m y Galio.
2. Tomografía por emisión de positrones (PET).
3. Densitometría ósea.
4. Biopsia y examen patológico y microbiológico.
5. Determinar marcadores tumorales de neoplasia de colon.

**12. Pregunta vinculada a la imagen nº6**

**En el caso previamente expuesto, ¿cuál es la actitud terapéutica más adecuada?**

1. Practicar una artrodesis lumbar con hueso autólogo.
2. Antibioterapia parenteral.
3. Iniciar calcio más vitamina D y bifosfonatos.
4. Radioterapia.
5. Reposo y AINEs y revalorar al paciente en un mes.

**13. Pregunta vinculada a la imagen nº7**

**Hombre de 49 años con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo 1 acude a Urgencias tras haber sufrido una caída de unos 2 metros de altura hace unas 4 horas. Presenta dolor e impotencia funcional del hombro derecho. A la exploración se aprecia una actitud del hombro en rotación interna y deformidad en charretera. La exploración neurovascular del miembro es normal. A la vista de la radiología simple que se proporciona, ¿cuál es el diagnóstico?**

1. Fractura aislada de troquíter mínimamente desplazada.
2. Luxación glenohumeral posterior.
3. Fractura-luxación de extremo proximal de húmero.
4. Luxación anterior glenohumeral asociada a fractura de troquíter.
5. Fractura-luxación de extremo proximal de húmero con necrosis.

**14. Pregunta vinculada a la imagen nº7**

**Teniendo en cuenta su diagnóstico anterior ¿cuál de los siguientes es el tratamiento adecuado para esta lesión?**

1. Reducción cerrada y fijación del troquíter si permanece desplazado.

2. Inmovilización durante 3 semanas, y fisioterapia.
3. Artroplastia parcial de hombro.
4. Enclavado intramedular.
5. Artroplastia total de hombro.

**15. Pregunta vinculada a la imagen nº8**

**Una paciente de 47 años, carnícera, consulta por una clínica dos-tres años de evolución de debilidad en las manos. Simultáneamente, experimenta una sensación de "entumecimiento" que ha atribuido al contacto con la carne fría procedente del frigorífico, pero que últimamente también experimenta en circunstancias no relacionadas con su trabajo (abrir botellas, por ejemplo). El interrogatorio dirigido pone de manifiesto cuatro caídas "casuales" en el último año. La exploración física muestra una leve ptosis palpebral y debilidad en el giro de la cabeza, con atrofia de los esternocleidomastoideos. También presenta una discreta paresia a la flexión dorsal de ambos pies. Los reflejos osteotendinosos están presentes y simétricos. Al solicitarle que abra bruscamente las manos tras mantenerlas fuertemente cerradas durante unos segundos, lo hace de una forma lenta y dificultosa, tal como puede observarse en la figura. ¿Cuál de las siguientes entidades es la que con más probabilidad presenta la paciente?**

1. Distrofia muscular de Duchenne.
2. Distrofia miotónica.
3. Miotonía congénita.
4. Polimiositis.
5. Esclerosis lateral amiotrófica.

**16. Pregunta vinculada a la imagen nº8**

**¿Cuál de las siguientes pruebas diagnósticas es la más adecuada para establecer el diagnóstico?**

1. Estudio genético de expansión de tripletes de ADN.
2. Imagen por resonancia magnética de los diversos grupos musculares.
3. Potenciales evocados somatosensoriales.
4. Estudio bioquímico completo que incluya creatinasas y aldolasas.
5. Biopsia muscular con estudios inmunohistoquímicos.

**17. Pregunta vinculada a la imagen nº9**

**Hombre de 43 años que consulta por un cuadro de debilidad de miembro inferior izquierdo al caminar y urgencia urinaria. Empeoramiento en los dos últimos años. En la exploración se objetivó una paraparesia espástica asimétrica de pre-**

dominio izquierdo y una alteración de la sensibilidad vibratoria de ambos miembros inferiores. Se realiza una resonancia magnética cerebral y cervical. ¿Cuál es el diagnóstico más probable del paciente?

1. Mielopatía vascular.
2. Esclerosis múltiple primaria progresiva.
3. Mielopatía por déficit de vitamina B12.
4. Mielopatía en el contexto de una colagenosis.
5. Neuromielitis óptica (síndrome de Devic).

**18. Pregunta vinculada a la imagen n°9**

Después de llegar al diagnóstico definitivo del paciente, señale cuál es el tratamiento más apropiado en la actualidad para el enfermo:

1. Inmunoglobulinas intravenosas.
2. Vitamina B12 parenteral.
3. Interferón beta.
4. Tratamiento sintomático de la espasticidad y de la vejiga neurógena.
5. Corticoides intravenosos.

**19. Pregunta vinculada a la imagen n°10**

Una paciente de 40 años solicita un tratamiento de fertilidad por no poder quedarse embarazada. En la anamnesis refiere cefaleas frecuentes y alteraciones visuales progresivas. En el estudio se solicita entre otras prueba una radiografía de cráneo. ¿Que alteración observa en la imagen radiológica?

1. Hipoplasia de la base del craneo.
2. Aumento de tamaño de la silla turca.
3. Lesión osteolítica.
4. Lesión proliferativa osteoblástica.
5. Imagen en "sal y pimienta".

**20. Pregunta vinculada a la imagen n°10**

¿Qué determinación solicitaría para confirmar el diagnóstico?

1. Inmunolectroforesis sérica.
2. Niveles séricos de paratohormona.
3. Niveles séricos de fosfatasa alcalina total y de la fracción ósea.
4. Niveles séricos de prolactina.
5. Estudio cromosómico.

**21. Pregunta vinculada a la imagen n°11**

Paciente que debuta con hipertensión arterial, edemas, hematuria, proteinuria moderada y

ANCAS positivos. La imagen procede de la biopsia renal practicada. El estudio mediante inmunofluorescencia no demuestra anticuerpos anti-membrana basal ni complejos inmunes. ¿Cuál sería su primer diagnóstico?

1. Glomerulonefritis proliferativa difusa aguda postinfecciosa.
2. Glomerulonefritis rápidamente progresiva de tipo pauciinmune.
3. Glomerulonefritis membranoproliferativa tipo II.
4. Síndrome de Goodpasture.
5. Enfermedad de cambios mínimos.

**22. Pregunta vinculada a la imagen n°11**

Paciente de 42 años que debuta con hipertensión arterial, edemas, hematuria y proteinuria moderada. No se observa hemorragia pulmonar. El estudio mediante inmunofluorescencia demuestra anticuerpos antimembrana basal de conformación lineal y fibrinógeno en el espacio capsular de Bowman. La imagen procede de la biopsia que se practica. ¿Cuál es su primer diagnóstico?

1. Síndrome de Goodpasture.
2. Glomerulonefritis rápidamente progresiva de tipo pauciinmune.
3. Nefropatía lúpica.
4. Glomerulonefritis con semilunas asociada a depósitos inmunes.
5. Glomerulonefritis membranosa evolucionada.

**23. Pregunta vinculada a la imagen n°12**

La radiografía que se adjunta corresponde a un paciente de 24 años de edad, adicto a drogas por vía parenteral, que presenta un cuadro clínico de tres semanas de evolución de disnea, fiebre, tos y dolor torácico, sugerente de un proceso infeccioso. ¿Cuál sería, entre los siguientes, el primer diagnóstico a considerar?

1. Aspergilosis pulmonar angioinvasora.
2. Tuberculosis pulmonar bilateral.
3. Embolismo séptico pulmonar por *Staphylococcus aureus*.
4. Infección pulmonar por *Nocardia*.
5. Neumonía bilateral por *Pseudomonas*.

**24. Pregunta vinculada a la imagen n°12**

¿Qué sustrato clínico o inmunológico tiene, entre los siguientes, una relación etiopatogénica más estrecha con el proceso actual de este paciente?

1. Alteración profunda de la inmunidad humoral.
2. Endocarditis tricuspídea.
3. Hepatitis por virus C.
4. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.
5. Leucopenia grave.

**25. Pregunta vinculada a la imagen nº13**

**Paciente de 35 años con diagnóstico de espondiloartropatía HLA B-27 + tratada en Reumatología que acude a urgencias oftalmológicas por disminución de agudeza visual subaguda en ojo derecho de 24 horas de evolución con ojo rojo y dolor. A la exploración la agudeza visual es de 0,3 en dicho ojo. La imagen asociada a este texto es lo que observamos en la lámpara de hendidura. La presión intraocular es de 10 mmHg y el fondo de ojo se distingue con dificultad. La exploración del ojo izquierdo es normal. ¿Cual es el diagnóstico más probable en ojo derecho?**

1. Queratoconjuntivitis infecciosa.
2. Uveítis anterior aguda.
3. Distrofia corneal.
4. Queratopatía bullosa.
5. Glaucoma agudo.

**26. Pregunta vinculada a la imagen nº13**

**Basándonos en el caso de la pregunta anterior se debe instaurar un tratamiento lo antes posible para evitar complicaciones irreversibles. ¿Cuál es el tratamiento más efectivo?**

1. Antiinflamatorios no esteroideos sistémicos.
2. Antibióticos sistémicos de amplio espectro.
3. Antivirásicos tópicos y a veces sistémicos.
4. Corticoides tópicos y midriáticos.
5. Lágrimas artificiales a demanda.

**27. Pregunta vinculada a la imagen nº14**

**Mujer de 46 años que vive en un lugar de la Mancha, acude a urgencias en el mes de agosto. Refiere que tres días antes, de manera brusca, comienza con fiebre de 40° acompañada de cefalea intensa y hoy nota la aparición de manera diseminada de las lesiones que se exponen en la porción inferior de la fotografía, que también afectan palmas y plantas. A la exploración se observa, además de estas lesiones, en cara posterior de muslo derecho otra lesión mostrada en la porción superior de la fotografía. El examen físico no reveló otras anomalías. Los análisis mostraron una hemoglobina de 14,1 gr/dL, leucocitos 4.300 mm<sup>3</sup>, con discreta linfopenia. GOT 68 U/L. GPT 47 U/L. Las radiografías de tórax fueron normales. ¿Cuál es el agente etiológico**

**que verosímilmente condiciona el cuadro?**

1. Treponema pallidum.
2. Borrelia burgdorferi.
3. Bartonella henselae.
4. Rickettsia conorii.
5. Coxiella burnetii.

**28. Pregunta vinculada a la imagen nº14**

**En estas circunstancias el tratamiento más adecuado para esta enferma es:**

1. Penicilina G sódica IV.
2. Doxiciclina.
3. Cotrimoxazol.
4. Gentamicina.
5. Ceftriaxona.

**29. Pregunta vinculada a la imagen nº15**

**Hombre ADVP de 32 años de edad que acude a urgencias por fractura de peroné. La exploración física general rutinaria muestra hepatomegalia. La analítica muestra una ligera disminución de las proteínas totales y la albúmina con un incremento en los valores de ALT y AST. Los anticuerpos séricos anti-VHC son positivos así como los anti-VHBs. Tras el tratamiento de su fractura se le realiza una biopsia hepática percutánea que se muestra en la imagen. ¿Cuál cree que es el diagnóstico más probable?**

1. Cirrosis en el contexto de una hepatitis C.
2. Necrosis hepática submasiva por tóxicos.
3. Hepatitis crónica B sin actividad.
4. Hepatitis crónica activa C.
5. Hepatitis por VIH sin actividad en el momento actual.

**30. Pregunta vinculada a la imagen nº15**

**¿Cuál de las siguientes respuestas es la correcta en relación con las posibilidades evolutivas en este caso?**

1. La esperanza de vida de este paciente, dejado a su libre evolución, puede cifrarse en 2-3 años.
2. Sin tratamiento alguno, el riesgo de desarrollar un hepatocarcinoma a largo plazo es significativo.
3. El riesgo de padecer hepatitis fulminante es, por lo menos, un 15 %, por lo que hay indicación para inclusión inmediata en programa de trasplante.

4. El paciente padece un tipo de enfermedad limitada exclusivamente al hígado, por lo que no es de esperar patología extrahepática en el futuro.
  5. Los tratamientos actuales de esta enfermedad no permiten esperar mejorías duraderas.
- 31. La enfermedad por reflujo gastroesofágico puede producir síndromes extraesofágicos, algunos de ellos están establecidos o confirmados, y otros, sólo están propuestos. ¿Cuál de ellos no es un síndrome extraesofágico establecido?**
1. Sinusitis.
  2. Erosión dental por reflujo.
  3. Asma.
  4. Laringitis.
  5. Tos crónica.
- 32. En relación al Helicobacter pylorii, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?**
1. La transmisión es por vía oral-oral o fecal-oral.
  2. Se asocia casi siempre a gastritis crónica.
  3. Es un microorganismo microaerófilo gram-negativo.
  4. Está diseñado para vivir en el medio ácido del estómago.
  5. El test de ureasa para el diagnóstico del H. pylori presenta una sensibilidad y especificidad inferior al 50%.
- 33.Cuál de los siguientes datos clínicos, registrados durante la realización de la historia clínica de un paciente con diarrea de más de 4 semanas de evolución, puede ser encontrado en personas sin patología orgánica:**
1. Pérdida de peso con o sin rectorragia.
  2. Persistencia de la diarrea durante la noche.
  3. Inicio de los síntomas después de los 50 años.
  4. Presencia durante la exploración de dermatitis y/o artritis.
  5. Expulsión de moco en más del 25% de las defecaciones.
- 34. Un muchacho de 17 años de edad con enfermedad de Crohn con afectación colónica de 2 años de evolución, en tratamiento de mantenimiento con azatioprina, consulta por la aparición desde hace 5 días de nódulos subcutáneos rojo violáceos, calientes, dolorosos, de localización pretibial, bilaterales asociada a un incremento del número de deposiciones y dolor abdominal. La actitud más adecuada en este caso es:**
1. Recomendar reposo relativo y paños calientes en ambas piernas y añadir tratamiento antidepressivo.
  2. Biopsiar zonas de piel alejados de las áreas lesionadas y pautar analgésicos opioides de entrada.
  3. Sospechar la existencia de una lesión tumoral maligna intestinal como desencadenante del proceso cutáneo.
  4. Sospechar isquemia bilateral de extremidades inferiores de origen medicamentoso.
  5. Ajuste del tratamiento de la enfermedad intestinal.
- 35. Una mujer de 35 años es diagnosticada de cáncer de colon localizado en ángulo hepático. Presenta antecedentes familiares de cáncer de colon en madre, una tía a la edad de 45 años y un abuelo. La intervención quirúrgica más aceptada es:**
1. Hemicolectomía derecha.
  2. Hemicolectomía derecha ampliada.
  3. Colectomía subtotal.
  4. Colectomía total con anastomosis ileorrectal.
  5. Colectomía total con anastomosis ileoanal.
- 36. Una mujer de 55 años, postmenopáusica, consulta por astenia y disnea de esfuerzo. En la anamnesis refería ligera epigastralgia y pirosis ocasional. No metrorragias. En la analítica: Hb 6 gr/dL, VCM 69 fl, sideremia 13 microgramos/dL, ferritina 4 ngr/mL. Endoscopia digestiva alta: pequeña hernia hiatal por deslizamiento sin signos de esofagitis. ¿Cuál es la actitud más correcta con esta enferma?.**
1. Administrar hierro oral y ver evolución de la anemia.
  2. Tratar con inhibidores de la bomba de protones y evaluar a los tres meses.
  3. Recomendar una colonoscopia completa.
  4. Realizar un estudio con cápsula endoscópica.
  5. Solicitar un evaluación ginecológica.
- 37. Hombre de 52 años que consulta para una segunda opinión sobre la necesidad de realizarse biopsia hepática para estudio de hipertransaminasemia detectada hace dos años en análisis rutinarios de empresa. Entre sus antecedentes familiares destaca el fallecimiento de su padre por cirrosis hepática de etiología no filiada. Asintomático y realizando vida social y laboral**

sin limitaciones. Niega consumo de alcohol. En la exploración física destaca pigmentación metálica de piel y mínima hepatomegalia no dolorosa. Resto de la exploración física normal. Índice de masa corporal 23. Aporta analítica con los siguientes resultados: bilirrubina, albúmina, transaminasas AST y ALT, hemograma y tiempo de protrombina normales; glucemia 150 mg/dl ; ferritina sérica 950 ng/mL; saturación de transferrina > 45 %. Estudio de virus hepatotropos negativo. Ecografía abdominal normal. Le han realizado estudio genético del gen HFE siendo homocigoto para la mutación C282Y. ¿Cual sería la recomendación más acertada con la información disponible?:

1. Realizar biopsia hepática.
2. Realizar resonancia magnética hepática.
3. Iniciar tratamiento con flebotomías.
4. Iniciar tratamiento con desferroxamina.
5. Iniciar tratamiento con vitamina E.

**38. Hombre de 64 años con cirrosis hepática Child A sin antecedentes de descompensación. Tras detección de una lesión focal hepática en ecografía de cribado se completa el estudio con una TC toracoabdominal. En esta exploración se objetiva la presencia de 4 lesiones hepáticas (una de ellas de hasta 6 cm) con patrón de captación típico de hepatocarcinoma, invasión vascular tumoral y una metástasis en glándula suprarrenal derecha. No se observa ascitis. El paciente refiere únicamente astenia, pero no presenta síndrome general. El tratamiento de elección en este paciente sería:**

1. Tratamiento sintomático y de soporte, ya que presenta un hepatocarcinoma avanzado con invasión vascular y metástasis.
2. Quimioembolización transarterial (TACE), ya que este tratamiento aumenta la supervivencia en los pacientes con hepatocarcinoma avanzado.
3. Quimioterapia sistémica con doxorubicina iv ya que presenta enfermedad diseminada pero mantiene buen estado general.
4. Tratamiento con sorafenib oral, ya que se trata de un enfermo con buen estado general, Child A y hepatocarcinoma en estadio avanzado BCLC-C.
5. El tratamiento adecuado es el trasplante hepático ya que es el único procedimiento que elimina completamente el tumor primario y evita las complicaciones futuras de la cirrosis.

**39. Los criterios de Ranson sirven como marcadores pronósticos tempranos en la pancreatitis aguda.**

**Cuál de estos criterios no es correcto como predictor de mal pronóstico:**

1. Glucemia > 200 mg/dl.
2. Leucocitosis > 16.000/mm<sup>3</sup>.
3. Edad < 55 años.
4. LDH sérica > 350 UI/L.
5. GOT sérica > 250 UI/L.

**40. Todas las siguientes están descritas como causa de pancreatitis aguda, excepto:**

1. Litiasis vesicular.
2. Hipertrigliceridemia.
3. Alcohol.
4. Hipercolesterolemia.
5. Traumatismo abdominal.

**41. La causa más frecuente de fístula colovesical es:**

1. La colitis ulcerosa.
2. La enfermedad de Crohn.
3. El cáncer de colon.
4. La diverticulitis de colon.
5. La cirugía abdominal.

**42. Mujer de 26 años de edad, que presenta incontinencia fecal después de un parto prolongado e instrumental. Se practica ecografía endoanal apreciándose una sección del esfínter anal externo de 30° de amplitud. El estudio electrofisiológico demuestra un innervación normal. ¿Cuál es el tratamiento indicado?:**

1. Tratamiento médico con normas higienodietéticas.
2. Biofeedback esfinteriano.
3. Esfinteroplastia quirúrgica.
4. Reparación quirúrgica del suelo pélvico.
5. Esfínter anal artificial.

**43. Sobre las hernias de la región inguocrural es FALSO que:**

1. Ante una hernia incarcerada está indicada la intervención quirúrgica urgente, ya que por definición presentan compromiso vascular.
2. Actualmente las técnicas de reparación herniaria más generalizadas son aquellas que emplean material protésico, como la hernioplastia tipo Liechtenstein.

3. Una hernia es de tipo indirecto si el saco herniario sale de la cavidad abdominal a través del orificio inguinal profundo.
4. Las hernias crurales presentan mayor riesgo de encarceración que las inguinales.
5. Las hernias de tipo directo se deben a la debilidad de la fascia transversalis, y aparecen mediales a los vasos epigástricos.

**44. Un hombre de 26 años sin antecedentes de interés, asintomático, presenta en una revisión un soplo mesosistólico en foco aórtico y borde paraesternal izquierdo que aumenta con la maniobra de Valsalva. La TA y los pulsos periféricos son normales y el ECG muestra signos de marcado crecimiento ventricular izquierdo y ondas T negativas muy profundas en V3, V4, V5 y V6. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?**

1. Soplo funcional.
2. Estenosis aórtica.
3. Insuficiencia aórtica.
4. Miocardiopatía hipertrófica.
5. Comunicación interventricular.

**45. Un paciente de 81 años consulta por un episodio de síncope. Refiere disnea de esfuerzo desde hace un año. En la auscultación cardíaca destaca un soplo sistólico 3/6 en borde esternal izquierdo que irradia a carótidas y punta. ¿Qué patología le parece más probable?**

1. Bloqueo aurículo-ventricular de tercer grado.
2. Estenosis valvular aórtica degenerativa.
3. Insuficiencia valvular mitral.
4. Miocardiopatía hipertrófica.
5. Miocardiopatía dilatada.

**46. Paciente de 78 años diagnosticado de miocardiopatía dilatada idiopática con disfunción ventricular izquierda ligera (fracción de eyección 48%) y fibrilación auricular crónica, ¿cuál de los siguientes fármacos debería ser evitado en su tratamiento?**

1. Digoxina.
2. Carvedilol.
3. Acenocumarol.
4. Enalapril.
5. Ibuprofeno.

**47. ¿Qué intervención terapéutica consideraría en un paciente de 67 años con miocardiopatía dilatada idiopática, bloqueo de rama izquierda,**

**fracción de eyección del ventrículo izquierdo de 26%, insuficiencia mitral grado II-III/IV, sometido a tratamiento con furosemida, espironolactona, enalapril y bisoprolol y que se mantiene en clase funcional III de la NYHA?**

1. Revascularización coronaria quirúrgica.
2. Reemplazo valvular mitral.
3. Implante de un balón aórtico de contrapulsación.
4. Implante de un dispositivo de asistencia ventricular.
5. Implante de un sistema de resincronización cardíaca.

**48. Una mujer de 78 años con antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento con amlodipino ingresó hace 3 meses por debut de insuficiencia cardíaca y fibrilación auricular. Acude a su consulta para revisión cardiológica. El informe de alta muestra el resultado del ecocardiograma que evidencia disfunción ventricular izquierda moderada y el tratamiento al alta: se suspendió el amlodipino y se inició furosemida y enalapril. La paciente refiere encontrarse mejor sin cansancio y con menos edema de piernas pero todavía no está del todo bien. A la exploración física comprueba que no existen signos de insuficiencia cardíaca pero llama la atención unas cifras de presión arterial y frecuencia cardíaca de 150/90 mmHg y 120 lpm, respectivamente. El ECG muestra una fibrilación auricular a 110-120 lpm. ¿Qué tratamiento tiene más probabilidades de mejorar los síntomas y reducir la mortalidad por eventos cardiovasculares?**

1. Digoxina y ácido acetilsalicílico.
2. Atenolol y ácido acetilsalicílico.
3. Verapamilo y acenocumarol.
4. Carvedilol y acenocumarol.
5. Carvedilol y clopidogrel.

**49. ¿Cuál de entre los los siguientes hallazgos debe excluirse como complicación del infarto agudo de miocardio?**

1. Endocarditis.
2. Insuficiencia cardíaca.
3. Arritmias y bloqueos.
4. Pericarditis.
5. Insuficiencia mitral aguda.

**50. Hombre de 72 años, exfumador, hipertenso y diabético. Antecedentes de ictus con paresia residual en el brazo izquierdo hace 4 meses. Acude al Servicio de Urgencias de un hospital**

comarcal con dolor precordial intenso de 2 horas de evolución; en la exploración física presenta piel fría y sudorosa, tensión arterial de 80 mmHg; electrocardiograma con elevación marcada del segmento ST en las derivaciones V1-V6, I y aVL. ¿Cuál de los siguientes tratamientos de reperfusión coronaria es el más adecuado?.

1. Fibrinólisis sistémica de forma inmediata en el hospital comarcal.
2. Traslado inmediato a un centro terciario para tratamiento con fibrinólisis.
3. Traslado inmediato a un centro terciario para procedimiento de revascularización percutánea.
4. Estabilización hemodinámica y procedimiento de revascularización diferido.
5. Tratamiento inmediato con fondaparinux y abciximab.

51. Los inhibidores de la convertasa son fármacos de primera línea para el tratamiento de:

1. Las arritmias ventriculares.
2. La insuficiencia cardíaca.
3. Los bloqueos AV de 2º y 3º grados.
4. La hipercolesterolemia.
5. La valvulopatía aórtica degenerativa.

52. Hombre de 75 años, hipertenso y dislipémico con antecedentes de insuficiencia cardíaca por disfunción sistólica de ventrículo izquierdo (FE<30%). Acude a nuestra consulta por empeoramiento de su disnea habitual en las últimas semanas. Su tensión arterial sistólica es de 160/95 mmHg con frecuencia cardíaca de 65 lpm. En la exploración física no se auscultan crepitantes y su presión venosa yugular es normal. Aporta una determinación de creatinina que es de 3.7 mg/dl con iones dentro de la normalidad. ¿Cuál de los siguientes fármacos es el más adecuado para mejorar el pronóstico de su insuficiencia cardíaca?

1. Enalapril.
2. Losartan.
3. Espironalactona.
4. Bisoprolol.
5. Eplerenona.

53. Un paciente con antecedentes de cuadro febril y dolor torácico acude al hospital con disnea y taquipnea. En la exploración física las cifras de presión arterial están bajas, la presión venosa yugular está elevada con un seno "X" descendente profundo y tiene pulso paradójico. ¿Qué

patología debe sospechar?

1. Cardiopatía isquémica.
2. Miocardiopatía dilatada.
3. Estenosis valvular aórtica severa.
4. Pericarditis constrictiva.
5. Derrame pericárdico con taponamiento cardíaco.

54. Un hombre de 60 años de edad refiere dolor precordial tras los medianos esfuerzos. La coronariografía muestra estenosis significativa en los segmentos proximales de los tres vasos principales con buen lecho distal. La función ventricular izquierda está deprimida (< 30%). ¿Cuál es la mejor opción terapéutica?

1. Revascularización percutánea.
2. Tratamiento médico.
3. Cirugía de revascularización miocárdica.
4. Implantar balón de contrapulsación.
5. Trasplante cardíaco.

55. Hombre de 64 años que consulta por dolor en la pantorrilla derecha cuando sube cuevas y escaleras y cuando anda en llano durante un tiempo prolongado. Refiere que el dolor se hace tan intenso con el esfuerzo que le obliga a pararse, lo que hace que mejore el dolor en cuestión de minutos. Como antecedentes personales, destaca que el paciente es fumador de 20 cigarrillos al día, diabético en tratamiento con metformina e hipertenso. A la exploración, se objetiva una buena perfusión periférica del pie derecho, pero presenta un pulso pedio disminuido. ¿Qué prueba complementaria, entre las siguientes, debe solicitar inicialmente para el diagnóstico y valoración de la gravedad de la enfermedad de este paciente?

1. Arteriografía de extremidades inferiores.
2. Índice tobillo-brazo.
3. Tomografía axial computerizada con reconstrucción vascular de extremidades inferiores.
4. Prueba de esfuerzo en cinta.
5. Resonancia magnética.

56. Una mujer de 58 años acude para una visita de seguimiento por diabetes mellitus e hipertensión. Se siente bien pero afirma que ha dejado de tomar el verapamilo por estreñimiento. Presenta intolerancia a los IECAs por tos. En la exploración, la presión arterial es de 156/92 mm Hg. En la analítica incluyen una creatinina de 1.6 mg/dL, excreción de proteínas en orina de 24 horas de 1.5 g/día y un aclaramiento de la crea-

tinina de 45ml/min. Sobre esta base ¿cuál es el tratamiento más eficaz para enlentecer la progresión de la nefropatía diabética tipo 2 de la paciente?

1. Inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina.
2. Bloqueador del receptor de la angiotensina.
3. Antagonista del calcio.
4. Alfa-bloqueante.
5. Beta-bloqueante.

57. El choque cardiogénico se caracteriza por un círculo vicioso en que la depresión de la contractilidad del miocardio (por lo común por isquemia) hace que disminuya el gasto cardiaco y la presión arterial lo que a su vez origina deficiente perfusión miocárdica. De entre las siguientes medidas cite la que no ha demostrado mejorar la supervivencia de los pacientes:

1. Oxigenación y respiración artificial para combatir la congestión pulmonar retrógrada.
2. Medicación antiinflamatoria para combatir el síndrome de respuesta inflamatoria sistémica.
3. Contrapulsación intraaórtica para mejorar el gasto cardíaco y la presión arterial media.
4. Cuando la causa es isquémica, reperfusión miocárdica urgente mediante angioplastia percutánea, fármacos fibrinolíticos o cirugía de revascularización.
5. Cirugía correctora urgente cuando la causa del shock sea la insuficiencia mitral, la rotura del tabique o la de la pared ventricular.

58. ¿Cuál de estas alteraciones funcionales resulta sugestiva de debilidad diafragmática?

1. Alteración de los flujos mesoespiratorios forzados sin afectación del volumen espiratorio forzado en un segundo (FEV1) y de la capacidad vital forzada (FVC).
2. Disminución importante del FEV1/FVC.
3. Disminución de la difusión para el monóxido de carbono (DLCO) relacionada con el volumen alveolar.
4. Disminución de la FVC con empeoramiento del resultado obtenido en decúbito supino respecto a la sedestación.
5. Mejoría de la alteración de la capacidad pulmonar total (TLC) tras ejercicio moderado.

59. Una mujer de 67 años con antecedentes de insuficiencia cardíaca congestiva (que lleva tratamiento con ramipril y furosemida) y diabetes tipo 2 (en tratamiento con insulina) acude a ur-

gencias por disnea. En la gasometría realizada respirando aire ambiente se observa un pH: 7.45, PaO<sub>2</sub> 56 mmHg, PaCO<sub>2</sub> 30 mmHg, HCO<sub>3</sub> 26 mmol/L. ¿Qué alteración gasométrica presenta la paciente?

1. Insuficiencia respiratoria hipoxémica con alcalosis respiratoria compensada.
2. Alcalosis metabólica aguda con insuficiencia respiratoria hipoxémica e hipocápnica.
3. Insuficiencia respiratoria normocápnica crónica, sin alteración del equilibrio ácido-base.
4. Insuficiencia respiratoria hipoxémica crónica con acidosis metabólica compensada.
5. Insuficiencia respiratoria hipoxémica, con alcalosis mixta compensada.

60. Una mujer de 23 años de edad, con antecedentes de asma extrínseca desde niña, con varios ingresos hospitalarios en los últimos años por este motivo, acudió hace dos semanas de una consulta rutinaria en el Servicio de Alergia, donde una espirometría fue normal. Acude al Servicio de Urgencias presentando un nuevo episodio de disnea, ruido al respirar y tos improductiva, instaurado en el plazo de las 48 horas previas. A su llegada la TA es de 130/70 mm Hg. Pulso 120 lpm regular y rítmico, saturación capilar de oxígeno 93 %, 22 respiraciones por minuto y, en la auscultación pulmonar, espiración alargada y sibilancias generalizadas. Se realiza una gasometría en sangre arterial, cuyo resultado nos dan a conocer enseguida: pH 7,40, PO<sub>2</sub> 64 mm Hg, PCO<sub>2</sub> 44 mm Hg. Bicarbonato 23 mEq/l. ¿Cuál, entre las siguientes, es la decisión más correcta?

1. Traslado a la UVI.
2. Aerosoles con beta agonistas en el área de Urgencias para escalar progresivamente el tratamiento médico según respuesta.
3. Ingreso inmediato en planta porque es poco probable que se recupere antes de 4-5 días.
4. Poner 40 mg. iv de metil-prednisolona y mandar a domicilio con inhalaciones de salbutamol a demanda.
5. Antes de tomar decisiones terapéuticas, realizar radiografía de tórax y hemograma.

61. Un hombre de 65 años, oficinista jubilado y fumador de 1 paquete diario de cigarrillos, acude a consulta por un cuadro de tos persistente, generalmente seca y disnea progresiva de 2 años de evolución que en la actualidad es de grado 2. El paciente niega otros síntomas. La exploración física no muestra datos relevantes. La actitud a seguir sería:

1. Iniciar tratamiento con broncodilatadores inhalados.
2. Realizar radiografía de tórax y espirometría con prueba broncodilatadora.
3. Pautar corticoides orales.
4. Realizar TC torácica.
5. Realizar gasometría arterial basal.

**62. En un paciente con asma bronquial que presenta síntomas diurnos diarios, síntomas nocturnos más de una noche por semana y que muestra en su espirometría un volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1) del 70% del valor predicho. ¿Cuál es el tratamiento de mantenimiento más apropiado?**

1. Corticoides inhalados a dosis bajas y agonistas B2-adrenérgicos inhalados de acción corta.
2. Corticoides inhalados a dosis bajas y agonistas B2-adrenérgicos inhalados de acción prolongada.
3. Corticoides inhalados a dosis elevadas y antagonistas de los leucotrienos.
4. Antagonistas de los leucotrienos y agonistas B2-Adrenérgicos inhalados de acción prolongada.
5. Antagonistas de los leucotrienos y teofilinas.

**63. La rehabilitación pulmonar produce todas excepto una de las siguientes acciones en los pacientes con EPOC.**

1. Mejora la calidad de vida.
2. Mejora la disnea.
3. Mejora la capacidad del ejercicio.
4. Disminuye la frecuencia de hospitalización.
5. Disminuye la mortalidad.

**64. Un hombre de 37 años acude a urgencias por dolor de características pleuríticas en costado derecho y fiebre vespertina de 38,5° en los últimos cinco días. Presenta una frecuencia respiratoria de 22 r.p.m. y abolición del murmullo vesicular en la zona afecta, no encontrándose otras alteraciones en la exploración. La radiografía de tórax confirma un derrame pleural que ocupa la mitad inferior del hemitórax derecho, con silueta cardíaca normal. El electrocardiograma, gasometría, hemograma, bioquímica y coagulación con dímero D están en rango normal. La proteína C reactiva es de 12.2 mg/dL (límite normal <0.5). Se practica una toracocentesis con los siguientes resultados en el líquido pleural: 4000 leucocitos/mm<sup>3</sup> (5% neutrófilos, 95% linfocitos), ausencia de células mesoteliales, glucosa 75 mg/dL, pH 7.35, proteínas 5.6 g/dL, LDH 1094**

**U/dL (cociente LDH pleura/suero 7.01), colesterol 97 mg/dL, triglicéridos 67 mg/dL, ADA 116 U/L y tinción de gram sin detección de gérmenes. Entre los indicados, ¿cuál es su primera sospecha diagnóstica?**

1. Derrame paraneumónico complicado.
2. Tromboembolismo pulmonar.
3. Insuficiencia cardíaca congestiva.
4. Tuberculosis pleural.
5. Quilotórax.

**65. Un hombre de 37 años sin antecedentes de interés acude a Urgencias por haber sufrido un síncope mientras caminaba. Había comenzado dos días antes con disnea de esfuerzo. Exploración: peso 75 kg, TA 75/50 mmHg. Saturación de oxígeno 89%. Auscultación pulmonar normal. Auscultación cardíaca: tonos rítmicos taquicárdicos a 130 lpm. Abdomen normal. Extremidades: sin alteraciones. Hemograma: normal. Troponina: 1.2 ng/mL (normal: < 0.04). ECG: Taquicardia sinusal a 130 lpm. T invertida en V1-V4. AngioTC torácica: defecto de repleción en ambas arterias pulmonares principales. Una hora después de su llegada a Urgencias persiste TA 70/55 mmHg. ¿Cuál sería el tratamiento inicial más adecuado?**

1. Heparina no fraccionada, 10000 U iv ante la sospecha clínica. Fibrinólisis con activador tisular del plasminógeno (tPA), 100 mg iv, una vez confirmado el diagnóstico.
2. Enoxaparina: 80 mg sc cada 12 horas, comenzando ante la sospecha diagnóstica
3. Enoxaparina: 80 mg sc cada 12 horas, comenzando tras la confirmación diagnóstica
4. Fondaparinux, 7.5 mg sc diarios.
5. Tromboendarterectomía pulmonar de urgencia.

**66. Un paciente ingresado por pancreatitis aguda, comienza con taquipnea, taquicardia, sudoración y cianosis progresiva. La PaO<sub>2</sub> es de 55 mmHg (cociente PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> < 200mmHg). La radiografía de torax muestra infiltrados alveolares bilaterales. La presión de enclavamiento capilar pulmonar es normal. La oxigenoterapia no mejora la situación. ¿Qué diagnóstico es el más probable?**

1. Neumonía nosocomial.
2. Insuficiencia cardíaca.
3. Linfangitis carcinomatosa.
4. Tromboembolismo pulmonar.
5. Distress respiratorio.

**67. Existen varios términos semiológicos que tienen en cuenta el patrón respiratorio de un paciente. Si se observa en un paciente, tras un período de apnea, que se producen respiraciones que van aumentando progresivamente de amplitud y frecuencia y luego disminuyen progresivamente hasta otro episodio de apnea. ¿A qué patrón corresponde?**

1. Respiración de Cheyne-Stokes.
2. Taquipnea.
3. Platipnea.
4. Respiración de Kussmaul.
5. Bradipnea.

**68. Una paciente de 42 años de edad refiere dolor de características inflamatorias y tumefacción en ambas muñecas, 2ª y 3ª metacarpofalángicas e interfalángicas proximales de forma bilateral y tobillo izquierdo de 4 meses de evolución acompañada de rigidez matutina de más de una hora de duración. En la radiografía de manos se objetiva una erosión en la apófisis estiloides del cúbito en el carpo derecho. En la analítica destaca una Hb: 10 g/dL con VSG de 45 mm en 1ª hora, PCR 16 mg/L, factor reumatoide 160 UI/mL. Tras 6 meses de tratamiento con indometacina y metotrexate la paciente persiste con dolor y tumefacción de ambos campos, rigidez matutina de 30 minutos de duración y una analítica donde destaca una VSG 30 mm en 1ª hora y una PCR 9 mg/dL. Respecto a la actitud a tomar, cuál de las siguientes es verdadera:**

1. Suspender el tratamiento pautado por la falta de respuesta e iniciar prednisona a dosis altas para el control de los síntomas exclusivamente.
2. Mantener la actitud terapéutica tomada dado que sólo llevamos 6 meses y habría que esperar un mínimo de 9 meses para valorar respuesta terapéutica.
3. Si no existe contraindicación médica, valorar asociar al tratamiento un anti-TNF alfa.
4. Iniciar lo antes posible un segundo fármaco modificador de la enfermedad dado que no se podría iniciar tratamiento con terapia biológica sólo tras metotrexate.
5. Valorar iniciar tratamiento con terapia anti-CD20 asociada al metotrexate.

**69. La espondilitis anquilosante se diferencia de la hiperostosis esquelética difusa idiopática o enfermedad de Forestier-Rotés en que en esta última:**

1. La movilidad espinal rara vez está comprometida.
2. No existe sacroileítis radiográfica.
3. Hay predominio en mujeres.
4. Es excepcional que afecte a la columna cervical.
5. El curso es agudo e invalidante.

**70. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a la arteritis temporal o de células gigantes es cierta?**

1. En el tratamiento inicial puede elegirse entre esteroides o inmunosupresores
2. La principal complicación es la amaurosis por afectación neurítica isquémica
3. La elevación de la creatinina es típica cuando existe polimialgia asociada
4. La biopsia de la arteria temporal tiene que resultar positiva para iniciar el tratamiento
5. La arteritis de Takayasu es clínicamente similar pero la histología es muy diferente

**71. Una paciente de 25 años con antecedentes de rash cutáneo tras exposición solar y poliartritis ocasionales en articulaciones de las manos que controla con antiinflamatorios no esteroideos presenta desde hace 15 días, malestar general, sensación progresiva de debilidad generalizada y palidez. En la analítica destaca una Hemoglobina de 7 g/dL, VCM de 108 mm/h, 150000 plaquetas/mm<sup>3</sup>, 3000 leucocitos/mm<sup>3</sup>, LDH elevada, haptoglobina indetectable. En el caso de elegir una sola prueba diagnóstica indique cuál de las siguientes determinaciones debe realizarse en primer lugar:**

1. Test de Coombs directo.
2. Anticuerpos antinucleares (ANA).
3. Vitamina B12.
4. Ferritina.
5. Ácido fólico.

**72. Una mujer de 75 años consulta por lesiones violáceas en manos y cuello junto a debilidad muscular progresiva de 3 meses de evolución. ¿Qué pruebas diagnósticas, entre las que se indica, puede ser de utilidad para el diagnóstico?**

1. Determinación de aldolasa sérica
2. Electroencefalograma
3. Biopsia de tejido celular subcutáneo
4. Determinación de anticuerpos anti músculo liso
5. Estudio genético de sus descendientes

73. Un paciente hiperuricémico que habitualmente toma 100 mg de alopurinol al día acude a urgencias con dolor agudo y signos inflamatorios en rodilla derecha. Se realiza artrocentesis y en el microscopio de luz polarizada se observan cristales intracelulares con birrefringencia negativa. ¿Qué actitud terapéutica entre las que a continuación se indica, es la más adecuada en este caso?

1. Suspender alopurinol e iniciar tratamiento con colchicina.
2. Suspender alopurinol e comenzar con AINE.
3. Añadir un AINE hasta que la crisis remita.
4. Aumentar la dosis de alopurinol a 300 mg/día.
5. Sustituir el alopurinol por un uricosúrico.

74. De los métodos terapéuticos citados a continuación, ¿cuál considera que resulta más eficaz para prevenir la fractura de cadera?

1. Estrógenos.
2. Calcio y Vitamina D.
3. Bifosfonatos.
4. Actividad física.
5. Calcitonina.

75. Paciente de 75 años de edad, con importante gonartrosis con "Genu Varo" que le condiciona marcada impotencia funcional, limitación de la movilidad y dolor continuo que le exige estar con medicación antirreumática, antiinflamatoria y analgésicos de forma continuada. ¿Qué tratamiento debe indicarse en este caso?

1. Lavado artroscópico de la rodilla.
2. Rehabilitación de la rodilla afectada.
3. Artroplastia de la rodilla afectada.
4. Osteotomía tibial supratuberositaria de abducción.
5. Sinovectomía de rodilla.

76. Un paciente de 32 años, diabético en tratamiento con insulina y un buen control de sus cifras de glucemia, acude a su consulta por presentar hormigueo en ambas manos, con sensación de acorchamiento e insensibilidad térmica de instauración progresiva en el curso de 2 semanas. No refiere trastornos visuales, déficit de fuerza, torpeza motora, ni otros síntomas. En la exploración encuentra una anestesia para el dolor y la temperatura en ambas manos y porción distal de los antebrazos; la sensibilidad posicional y la

vibratoria están conservadas. No presenta atrofia muscular ni déficit de fuerza. Los reflejos musculares son normales y simétricos. No se observa dismetría, disdiadococinesia ni temblor intencional. El resto de la exploración neurológica es rigurosamente normal. Indique cuál es el diagnóstico más probable en este caso:

1. Neuropatía periférica sensitiva simétrica distal de causa diabética.
2. Lesión compresiva medular cervical.
3. Síndrome del tunel del carpo bilateral.
4. Enfermedad desmielinizante tipo esclerosis múltiple.
5. Lesión medular central cervical.

77. Indique qué arteria es la afectada en un paciente diestro que, por un accidente cerebro-vascular, sufre trastornos motores, sensitivos y afasia:

1. Cerebral anterior derecha.
2. Cerebral media derecha.
3. Cerebral media izquierda.
4. Cerebral anterior izquierda.
5. Cerebral posterior.

78. Es patognomónico de la enfermedad llamada Gilles de la Tourette:

1. La existencia de tics bucofonatorios.
2. La existencia de tics motores.
3. Un nivel intelectual alto.
4. La existencia de ideas obsesivas.
5. Los trastornos de conducta.

79. Un varón de 78 años consulta por un cuadro de deterioro cognitivo progresivo de un año de evolución con fallos de memoria y de orientación. Su familia refiere alucinaciones visuales recurrentes, caídas ocasionales y un enlentecimiento motor llamativo. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

1. Demencia vascular multi-infarto.
2. Demencia tipo Alzheimer.
3. Demencia con cuerpos de Lewy difusos.
4. Demencia fronto-temporal.
5. Hidrocefalia normotensiva.

80. Una mujer de 42 años, casada y con 2 niños en edad escolar, consulta a su médico de familia por un fuerte dolor de cabeza de unos 7 días de evolución. Aunque ya hace más de un año que viene

teniendo episodios similares, en los 2 últimos meses se han agravado notablemente. El dolor es como un peso que comienza en la zona occipital, se extiende a ambas regiones temporales y apenas se le alivia tomando pastillas de 650 mgr de paracetamol, por lo que solicita una TC (está convencida de que “algo tiene que tener en la cabeza”). ¿Cuál de las siguientes es la causa más plausible de su cefalea?

1. La migraña.
2. Los trastornos vasculares.
3. La arteritis de la arteria temporal.
4. La tensional.
5. La oncológica.

**81. Si después de un TCE apareciese exoftalmos pulsátil, soplo audible, intensa quemosis conjuntival, nos indicaría la posible existencia de:**

1. Hematoma subdural crónico.
2. Fístula carótido-cavernosa.
3. Hidrocefalia postraumática.
4. Fractura de base craneal anterior.
5. Trombosis del seno venoso sagital.

**82. Paciente mujer de 18 años, con historia de ausencias entre los 6 y 9 años, crisis tónico-clónicas generalizadas de reciente comienzo y saltos violentos de miembros superiores al desayunar. La clínica empeora con salidas nocturnas de fines de semana. Un EEG muestra descargas de polipuntas agudas a 6 ciclos/segundo. El diagnóstico más probable es:**

1. Gran mal epiléptico.
2. Síndrome de Lennox-Gastaut.
3. Epilepsia sintomática por esclerosis temporal mesial.
4. Pequeño mal atípico.
5. Epilepsia mioclónica juvenil.

**83. Hombre de 24 años que refiere astenia progresiva desde al menos 6 meses, voz ronca, lentitud del habla, somnolencia e hinchazón de manos, pies y cara. Exploración: pulso a 52 latidos por minuto, cara abotargada y piel seca y pálida. Analítica: Ligera anemia, colesterol 385 mg/dL (normal <220), creatinina 1,3 mg/dL (normal: 0,5-1,1), proteinuria negativa, TSH 187 µUI/mL (normal 0,35-5,5) y T4 Libre 0,2 ng/dL (normal 0,85-1,86). ¿Qué estrategia le parece más adecuada?**

1. Realizar una ecografía tiroidea antes de iniciar el tratamiento.
2. Determinar la T3 Libre y realizar una resonancia magnética hipofisaria.
3. Tratar con L-Triyodotironina y una estatina.
4. Tratar con L-Tiroxina y determinar anticuerpos antitiroideos.
5. Realizar una citología tiroidea, previa al tratamiento.

**84. En caso de sospecha clínica de síndrome de Cushing, ¿cuál de estas pruebas diagnósticas debe realizarse inicialmente?**

1. Determinación de cortisol plasmático basal.
2. Determinación de corticotropina (ACTH) plasmática basal.
3. Determinación de cortisol libre en orina de 24 horas.
4. Resonancia magnética hipofisaria.
5. Tomografía axial computerizada abdominal.

**85. ¿Cuál es la causa más frecuente de hipoglucemia en el adulto?**

1. Ayuno prolongado.
2. Ejercicio físico excesivo.
3. Hipoglucemia reactiva.
4. Insulinoma.
5. Iatrogénica.

**86. Mujer de 76 años con obesidad y diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con metformina. Acude a urgencias porque desde hace tres días presenta fiebre de 38°C, polaquiuria, disuria, intensa sed y dismunición progresiva de su nivel de conciencia. En la exploración física se aprecian signos de deshidratación, presión arterial 95/54 mmHg y no hay signos de focalidad neurológica. En la analítica destaca leucocitosis, creatinina de 1.8 mg/dL y glucemia 855 mg/dL. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?**

1. Coma hiperglucémico hiperosmolar no cetósico.
2. Insuficiencia cardiaca.
3. Hematoma subdural.
4. Insuficiencia renal de causa obstrutiva.
5. Cetoacidosis diabética con coma.

**87. Un paciente diabético de 60 años consulta por primera vez respecto al tratamiento de su enfermedad. ¿Qué objetivo a alcanzar de los siguientes le recomendaría en primer lugar?**

1. Mantener la tensión arterial por debajo de 110/70 mmHg.
2. Abandono del hábito tabáquico.
3. Mantener un índice de masa corporal (IMC) menor de 21.
4. Realizarse glucemia capilar basal a diario.
5. Evitar las grasas animales en la dieta.

**88. Paciente de 55 años de edad diagnosticado de HTA hace 2 meses en revisión de empresa. Analítica: glucosa 129 mg/dl, colesterol 202 mg/dl, LDLc 160 mg/dl, HDLc 38 mg/dl, triglicéridos 171 mg/dl, creatinina 1.1 mg/dl. Consulta por mal control de la tensión arterial, edemas maleolares y disnea que ocasionalmente es nocturna. Exploración física: IMC 38 kg/m<sup>2</sup>, perímetro abdominal 110 cm. TA 157/93, FC 70 lpm, FR 14 rpm. Soplo sistólico con refuerzo del segundo ruido. Pulsos periféricos con discreta asimetría en pedio y tibial posterior derechos que son más débiles respecto a extremidad izquierda. Rx de tórax y ECG sin alteraciones. ¿Cuál de las siguientes pruebas complementarias es la menos necesaria para la detección de lesiones en órganos diana?**

1. Ecocardiograma transtorácico.
2. Realización de fondo de ojo.
3. Determinación de microalbuminuria.
4. Índice tobillo-brazo.
5. Determinación de hemoglobina glicosilada.

**89. Hombre de 34 años remitido a la consulta por presentar cifras de colesterol LDL superiores a 250 mg/dl, de forma persistente. El paciente se encuentra asintomático pero en la exploración se aprecia la presencia de manchas induradas blancuecinas en codos, rodillas y párpados. Su TA es de 135/85 mmHg. Su padre murió de un infarto de miocardio a la edad de 48 años. En la analítica, realizada en ayunas, destaca un colesterol total de 346 mg/dl, un LDL colesterol de 278 mg/dl, un HDL colesterol de 42 mg/dl, unos triglicéridos de 130 mg/dl y una glucosa de 93 mg/dl. Respecto a la enfermedad que padece este paciente, una de las siguientes afirmaciones es FALSA. Señale cuál:**

1. Se trata de una enfermedad hereditaria autosómica codominante, con una alta penetrancia, por lo que es frecuente que alguno de los progenitores y hermanos del individuo la padezcan también.
2. El trastorno genético afecta al gen que codifica el receptor del LDL colesterol y se han descrito más de 900 mutaciones.

3. El trastorno genético afecta también a la síntesis de los triglicéridos, provocando en las fases avanzadas de la enfermedad, un incremento de los mismos, que suele ser superior a los 500 mg/dl.
4. Los varones no tratados tienen una probabilidad cercana al 50% de sufrir un evento coronario antes de los 60 años de edad, y las mujeres con la enfermedad presentan una prevalencia de cardiopatía isquémica superior a la de la población general femenina.
5. Las estatinas son eficaces en el tratamiento de la forma heterocigota de la enfermedad, pero a menudo necesitan combinarse con inhibidores de la absorción de colesterol para alcanzar los objetivos terapéuticos y el control de la enfermedad.

**90. Una mujer de 55 años acude a consulta por fatiga y poliuria de dos años de evolución. Los análisis revelan hipercalcemia, aumento de la PTH e incremento de los marcadores del recambio óseo. El estudio radiográfico muestra resorción subperióstica y osteoporosis. La gammagrafía con sestamibi pone de manifiesto un adenoma paratiroideo. Se efectúa una paratiroidectomía con cirugía mínimamente invasiva. En el postoperatorio la enferma desarrolla hipocalcemia intensa y tetania, siendo la PTH inferior a 5 ng/l. La enferma responde bien al tratamiento inicial con calcio intravenoso y posteriormente con calcio y vitamina D orales. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?**

1. Hipoparatoroidismo quirúrgico permanente.
2. Transfusión de sangre citratada.
3. Insuficiencia de vitamina D.
4. Síndrome del hueso hambriento.
5. Osteomalacia.

**91. Hombre de 62 años con antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento con captoprilo, úlcera duodenal y urolitiasis por ácido úrico. Consulta por crisis de podagra típica similar a otras presentadas en los últimos dos años. En la exploración se observan tofos en ambos pabellones auriculares. Los análisis muestran ácido úrico 10.1 mg/dl, creatina 1.5 mg/dL. Indique cuál de las siguientes respuestas es FALSA en relación con su posible tratamiento con alopurinol.**

1. Su empleo es de segunda elección, cuando han fracasado los uricosúricos.

2. Su empleo por tiempo prolongado es prácticamente obligado porque existen tofos.
3. Su introducción debe demorarse hasta que se haya resuelto al ataque actual con antiinflamatorios o con colchicina.
4. Su introducción debe ser gradual hasta una dosis que consiga una uricemia inferior a 6 mg/dL.
5. En los primeros meses de tratamiento se aconseja asociar dosis bajas de colchicina para prevenir nuevos ataques.

**92. ¿Cuál de los siguientes datos NO es propio del síndrome hemolítico?**

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

**93. Mujer de 35 años sana que consulta por astenia. En el hemograma presenta anemia microcítica e hipocroma (hemoglobina de 7 g/dL, volumen corpuscular medio de 68 fL, hemoglobina corpuscular media de 24 pg) con una amplitud de distribución eritrocitaria elevada (ADE 20%), reticulocitos disminuídos (0.3%, 30.000/L absolutos), contenido de hemoglobina disminuído en los reticulocitos (17 pg) y discreta trombocitosis (500.000 plaquetas/uL). Con los datos del hemograma, ¿cuál sería su sospecha diagnóstica aún sin tener la bioquímica de la paciente?**

1. Rasgo talasémico.
2. Anemia central, arregenerativa, por déficit de ácido fólico.
3. Anemia periférica, regenerativa, hemolítica.
4. Anemia periférica, regenerativa, por hemorragia activa aguda.
5. Anemia central, arregenerativa, por déficit de hierro.

**94. Mujer de 32 años con parálisis cerebral del parto que acude a urgencias por cuadro de orinas oscuras de unos días de evolución en relación con episodio de fiebre alta y tos seca. Al ingreso se objetiva en el hemograma 16900 leucocitos/mm<sup>3</sup> (85%S; 11%L; 4%M), hemoglobina de 6.3 g/dl; VCM 109 fl; 360000 plaquetas/mm<sup>3</sup>. En la bioquímica LDH 2408 UI/L; Bilirrubina 6,8 mg/dl (Bilirrubina no conjugada 6,1 mg/dl) GOT y GPT normales. En el estudio morfológico de sangre se observa anisocitosis macrocítica con frecuentes formas esferocitadas y policromatofilia sin blastos. El estudio de anticuerpos irregulares es positivo en forma de panaglutinina, difi-**

**cultando la prueba cruzada. ¿Cuál sería su sospecha diagnóstica y el tratamiento más adecuado.**

1. Aplasia medular e inmunoterapia con timoglobulina y ciclosporina.
2. Esferocitosis hereditaria y esplenectomía.
3. Anemia hemolítica autoinmune asociada a infección respiratoria y corticoides.
4. Anemia pernicioso e inyecciones periódicas de vitamina B12.
5. Leucemia aguda y quimioterapia.

**95. ¿Cuál de las siguientes drogas es útil en el síndrome mielodisplásico?**

1. Azacitidina.
2. Imatinib.
3. Bortezomib.
4. Rituximab.
5. Zoledronato.

**96. La mutación del gen JAK-2 constituye uno de los criterios mayores de diagnóstico en una de estas patologías :**

1. Policitemia Vera.
2. Leucemia Mieloide Aguda tipo M4 de la FAB.
3. Síndrome Mielodisplásico tipo Anemia Refractaria.
4. Leucemia Mieloide Crónica.
5. Leucemia Mielomonocítica Crónica.

**97. Una mujer de 43 años consulta a su médico de atención primaria por cansancio, gingivorragias y petequias. Se realiza analítica en la que destaca: anemia de 8 g/dl, trombopenia de 4000/microlitro y leucopenia de 1200/microlitro con neutropenia absoluta. En el estudio de coagulación se observa alargamiento del APTT (43''), actividad de la protrombina disminuída (55%), hipofibrinogenemia (98 mg/dl) y presencia de concentración elevada de dímero-D y monómeros de fibrina. Se remite para estudio hematológico urgente, realizándose un aspirado de médula ósea en el que se observa una infiltración masiva por elementos inmaduros con núcleo hendido, y numerosas astillas y bastones de Auer en el citoplasma. ¿Cuál es el diagnóstico más probable de esta paciente?**

1. Leucemia mieloides crónica.
2. Leucemia aguda promielocítica.
3. Leucemia aguda monoblástica.
4. Leucemia linfocítica crónica.

5. Leucemia linfocítica aguda.
- 98. Entre los linfomas que se citan a continuación ¿cuál de ellos se presenta con mayor frecuencia en nuestro medio?**
1. Linfoma de Zona Marginal tipo MALT.
  2. Linfoma Linfoplasmácico .
  3. Linfoma Difuso de Células Grandes B.
  4. Linfoma de Células del Manto.
  5. Linfoma Linfoblástico de células B precursoras.
- 99. La alteración genética característica del linfoma de Burkitt es la traslocación t(8;14). ¿Qué oncogén se activa mediante esta traslocación?**
1. BCL-2.
  2. c-MYC.
  3. Cyclina D1.
  4. MAF.
  5. BCL-6.
- 100. De todas las siguientes, ¿cuál es la complicación que puede observarse en los enfermos que reciben heparina?**
1. Insuficiencia renal aguda.
  2. Anemia hemolítica autoinmune.
  3. Trombosis venas suprahepáticas.
  4. Síndrome leucoeritroblástico.
  5. Plaquetopenia.
- 101. Mujer de 25 años de edad que acude a consulta porque desea quedar embarazada y quiere saber qué tratamiento debe realizar durante el eventual embarazo, ya que es portadora del Factor V Leiden en heterocigosis. Nunca ha tenido ningún fenómeno trombotico. Se realizó la determinación del mencionado factor como estudio familiar tras un episodio de embolia del pulmón en un hermano. ¿Qué tratamiento se debe aconsejar?**
1. Dado que la gestación es un estado protrombótico, existiría alto riesgo de tromboembolia venosa por lo que se debe desaconsejar el embarazo.
  2. Se debe realizar tratamiento con heparina de bajo peso molecular a dosis profilácticas en el puerperio inmediato siendo opcional realizar igual tratamiento durante el embarazo.
  3. El Factor V Leiden en heterocigosis es una trombofilia de bajo riesgo y no hay necesidad de ningún tratamiento en el embarazo y puerperio.
  4. Se debe aconsejar aspirina a bajas dosis durante todo el embarazo y puerperio.
  5. Debe realizar tratamiento con fármacos anti vitamina K (Acenocumarol) durante el embarazo.
- 102. Anciana que llevan sus vecinos a urgencias porque la ven algo atontada y con manchas de deposición en la ropa. TA 100/60 mmHg, FC 100 lpm; sentada TA 70/30 mmHg, FC 105 lpm. PVY normal. Respiración de Kussmaul. No focalidad neurológica. Peso de 50 kg. Lab: pH 7.25, PCO2 14 mmHg, Bicarbonato 5 mg/dl, Na 133 mEq/L, k 2.5 mEq/L, Cl 118 mE/L, Cr 3.4 mg/dl, NUS 60, Prot 8 g/dl. ¿Cuál de las siguientes respuestas es correcta?**
1. El trastorno ácido-base que presenta es un acidosis respiratoria.
  2. La compensación para corregir la acidosis no es adecuada.
  3. Con esta exploración descartamos que esté deshidratada.
  4. En ningún caso debemos ponerle bicarbonato.
  5. Tiene una insuficiencia renal aguda de causa prerrenal.
- 103. Cual de las siguientes alteraciones no es característica del hiperparatiroidismo secundario de los pacientes con insuficiencia renal:**
1. Hiperfosfatemia.
  2. Calcificaciones vasculares.
  3. Reabsorción subperióstica.
  4. Producto fosfo-cálcico elevado.
  5. Aumento de las fosfatasa alcalinas.
- 104. Existen múltiples factores que contribuyen a la afectación renal en el Mieloma Múltiple y causante de insuficiencia renal. De las cinco respuestas sólo una es falsa.**
1. Proteinuria de Bence-Jones y tubulopatía con cilindros.
  2. Amiloidosis.
  3. Vasculitis.
  4. Depósitos de cadenas ligeras.
  5. Hipercalcemia e hiperuricemia.

**105. ¿Cuál de los siguientes factores NO favorece el desarrollo de pielonefritis aguda?**

1. Nefrolitiasis.
2. Reflujo vésico-ureteral.
3. Riñón de herradura.
4. Quiste renal simple.
5. Tumor de urotelio.

**106. Señale cuál de las siguientes afirmaciones referentes al Síndrome de Secreción Inadecuada de ADH (SIADH) es FALSA:**

1. Los pacientes con SIADH tienen una eliminación de sodio por orina inferior a 40 mEq/litro como consecuencia del reajuste a un nivel más bajo de osmolaridad ("reset osmotat").
2. El dolor postoperatorio y las enfermedades neuropsiquiátricas son etiologías conocidas del SIADH.
3. El SIADH constituye en nuestros días una de las causas más frecuentes de hiponatremia normovolémica.
4. El SIADH se caracteriza por una hiponatremia hipoosmótica con una osmolaridad urinaria mayor de 100 mosm/kg.
5. La paroxetina y la sertralina deben utilizarse con precaución, por ser fármacos causantes de SIADH en algunos pacientes.

**107. Mujer de 19 años, peso 60 kg, con deshidratación aguda por larga exposición al sol. Presión arterial tumbada 100/60 mmHg. De pie, 70/50 mmHg con sensación de mareo. Niveles de sodio sérico 155 mmol/L. ¿Cuál es el tratamiento más correcto, en las primeras 24 h teniendo en cuenta la totalidad de los datos de que disponemos?**

1. Suero salino hipertónico (3%), 500 ml + 500ml de glucosado de 5%.
2. Suero hiposalino (0.45%), 3000 ml.
3. Suero glucosado 5%, 1000 ml.
4. Hidratación oral con 1 litro de agua.
5. Suero salino isotónico (0.9%), 2000 ml.

**108. El tratamiento de elección para el carcinoma in situ de vejiga es:**

1. Radioterapia conformada.
2. Radioterapia convencional.
3. Administración de BCG intravesical.
4. Quimioterapia sistémica.
5. Quimioterapia local.

**109. La afectación renal neoplásica metastásica más frecuente es por:**

1. Metástasis de cáncer de próstata.
2. Metástasis de riñón contralateral.
3. Invasión por células neoplásicas de linfomas.
4. Metástasis de tumor germinal.
5. Invasión por células neoplásicas del pulmón.

**110. De los posibles mecanismos de producción de incontinencia urinaria tras una prostatectomía radical, señale la respuesta FALSA:**

1. Baja acomodación vesical.
2. Afectación contráctil del detrusor.
3. Hiperactividad del detrusor.
4. Disinergia vesico-esfinteriana.
5. Déficit esfinteriano.

**111. Un paciente varón de 45 años de edad con antecedentes de litiasis úrica con cólicos nefríticos expulsivos de repetición desde hace 25 años, acude a Urgencias refiriendo palpitations y dolor lumbar derecho intenso desde hace 2 horas antes. El análisis de orina muestra un pH de 5.5 y leucocituria sin proteinuria. El electrocardiograma confirma una fibrilación auricular no conocida previamente. En la bioquímica sanguínea destaca una creatinina de 0.9 mg/dl, un calcio de 11 mg/dl y una LDH de 950 U/l. ¿Cuál es la maniobra diagnóstica más útil a realizar?**

1. Radiografía simple de abdomen.
2. Urografía intravenosa.
3. TC espiral con contraste.
4. Ecografía abdominal.
5. Ecocardiografía doppler.

**112. Un varón de 64 años consulta por fiebre tos disnea y dolor pleurítico derecho de 1 semana de evolución. En la radiografía de tórax se aprecia un derrame pleural derecho loculado que ocupa dos terceras partes del hemitórax. Durante la toracocentesis se extrae un líquido amarillento cuyo análisis muestra: leucocitos 15.000/ $\mu$ L, 92% de neutrófilos, glucosa 30 mg/dL, pH 7, lactato deshidrogenasa 3500 U/L, adenosina desaminasa 45 U/L y ausencia de gérmenes en la tinción de Gram. ¿Cuál es la siguiente acción más apropiada en este paciente?**

1. Antibioticoterapia intravenosa.

2. Antibioticoterapia intravenosa y repetir la toracocentesis diagnóstica en 24 horas.
3. Antibioticoterapia intravenosa y repetir la toracocentesis diagnóstica si no hay mejoría en 48 horas.
4. Antibioticoterapia intravenosa y realizar una toracocentesis evacuadora (terapéutica) si se aísla algún germen en el cultivo del líquido pleural.
5. Antibioticoterapia intravenosa y colocar un tubo o catéter torácico para drenar todo el líquido pleural.

**113. Una de las siguientes condiciones no es definitiva de SIDA:**

1. Candidiasis oral.
2. Toxoplasmosis cerebral.
3. Tuberculosis pulmonar.
4. Neumonía por *Pneumocystis jiroveci*.
5. Linfoma cerebral primario.

**114. En la relación con las pautas de tratamiento de la Tuberculosis en pacientes con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), ¿cuál de las siguientes respuestas es la correcta?.**

1. Son más prolongadas que en los pacientes sin VIH.
2. Deben incluir más fármacos que en los pacientes sin VIH.
3. Son las mismas que en los pacientes sin VIH.
4. No presentan interacciones farmacológicas con los antirretrovirales.
5. El tratamiento debe ser indefinido.

**115. A un joven asintomático de 14 años cuyo padre acaba de ser diagnosticado de Tuberculosis Pulmonar se le realiza un Mantoux, con resultado negativo. ¿Qué actitud es la adecuada?**

1. Tranquilizarle, ya que no tiene ningún riesgo.
2. Realizarle una radiografía de tórax.
3. Iniciar quimioprofilaxis y repetir la prueba cutánea a los 3 meses.
4. Repetir la prueba cutánea al mes.
5. Habría que realizar estudio del esputo antes de iniciar quimioprofilaxis con Isoniacida durante 1 año.

**116. Mujer de 17 años de edad que acude a urgencias por un cuadro agudo de fiebre elevada, dolor faríngeo y adenopatías cervicales. Previamente había sido diagnosticada de faringitis aguda y**

**recibió tratamiento con amoxicilina, presentando posteriormente un exantema cutáneo maculoso generalizado. Se realiza analítica que presenta ligera leucocitosis con linfocitosis y presencia de linfocitos activados, ligera trombopenia y transaminasas levemente aumentadas. ¿Cuál sería el diagnóstico más probable de este cuadro clínico?**

1. Es un cuadro típico de mononucleosis infecciosa.
2. Infección por virus varicela zoster.
3. Toxoplasmosis aguda.
4. Enfermedad de Lyme.
5. Infección por herpes virus 8.

**117. Señale cuál de las siguientes afirmaciones referidas al paludismo o sus agentes causales no es cierta.**

1. La infección del ser humano comienza con la picadura del mosquito *Anopheles*, que introduce esporozoitos con su saliva en el sistema circulatorio.
2. *Plasmodium vivax* es selectivo en cuanto a que solo invade hematíes jóvenes inmaduros.
3. *Plasmodium ovale* se encuentra sobre todo en Africa tropical.
4. La afectación del cerebro (paludismo cerebral) es más frecuente en la infección por *Plasmodium falciparum*.
5. La detección de una infección mixta no tiene influencia directa sobre el tratamiento elegido.

**118. Mujer de 47 años de edad. Natural de Cochabamba (Bolivia), reside en España desde hace 8 años. A mediados del año 2009 comienza con palpitations, disnea y edemas progresivos en extremidades inferiores. Es diagnosticada de insuficiencia cardíaca secundaria a miocardiopatía por Chagas. ¿Cuál es el agente etiológico de esta enfermedad endémica en varios países de Latinoamérica?**

1. *Toxoplasma gondii*.
2. *Trypanosoma brucei*.
3. *Leishmania donovani*.
4. *Giardia lamblia*.
5. *Trypanosoma cruzi*.

**119. La sepsis grave se define como la sepsis que presenta uno o más signos de disfunción de órganos. Entre los siguientes señale el incorrecto.**

1. Hipotensión.

2. Oliguria (diuresis <0.5 ml/kg).
3. Niveles plasmáticos elevados de proteína C reactiva o procalcitonina.
4. Hipoxemia con Pa O<sub>2</sub>/Fi O<sub>2</sub> < 250.
5. Hiperlactoacidemia.

**120. Un varón de 19 años consulta por un cuadro de febrícula, mialgias y odinofagia, acompañado de máculas cutáneas generalizadas no pruriginosas durante los últimos 7 días. En el interrogatorio refiere, como único suceso médico, haber presentado una úlcera anal que le causaba dolor a la defecación en el mes anterior que desapareció progresivamente sin ninguna intervención. ¿Cuál es el germen causante de este cuadro clínico?**

1. Treponema pallidum.
2. Gonococo.
3. Virus de herpes simple tipo 2.
4. Chlamydia trachomatis.
5. Entamoeba coli.

**121. La función más importante de las isoformas FGF-1 y FGF-2 de los factores de crecimiento fibroblástico (FGFs) es:**

1. Estimular la síntesis de colágeno y la proliferación de los fibroblastos.
2. Estimular la síntesis de colágeno y la proliferación de los queratinocitos.
3. Estimular la síntesis de colágeno y la migración de los queratinocitos.
4. Estimular la angiogénesis.
5. Estimular la epitelización.

**122. Una mujer de 30 años con antecedentes personales de drogadicción en periodo actual de desintoxicación es traída a Urgencias con un cuadro de profunda somnolencia, sin otra sintomatología. Logramos averiguar que en su tratamiento se incluyen olanzapina y benzodiacepinas. Qué es lo que debemos hacer en primer lugar:**

1. Proceder a intubación endotraqueal.
2. Realizar una radiografía de cráneo.
3. Administrar flumazenilo.
4. Administrar naloxona.
5. Esperar a que despierte.

**123. Cetuximab es un anticuerpo monoclonal anti-EGFR empleado en el tratamiento del cáncer colorrectal izquierdo avanzado. Existe un efecto secundario característico de este fármaco cuya**

**intensidad es directamente proporcional a la eficacia antitumoral, señale cual:**

1. Hipertensión arterial.
2. Ictus.
3. Hemorragia.
4. Infarto agudo de miocardio.
5. Rash cutáneo acneiforme.

**124. Hombre de 60 años que acude a urgencias por crisis comicial. Ex-fumador desde hace 3 años, sin otros antecedentes de interés. Una TAC evidencia metástasis múltiples. ¿Cuál es el origen más probable?**

1. Cáncer de cabeza y cuello.
2. Cáncer de pulmón.
3. Cáncer de vejiga urinaria.
4. Cáncer de colon.
5. Cáncer de páncreas.

**125. El psiquiatra de interconsulta acude a examinar a un paciente en Cardiología que rechaza un tratamiento que el facultativo a cargo del caso considera indicado e insustituible. Tras la exploración no aprecia patología psiquiátrica alguna; el paciente comprende la información que se le ha aportado, los posibles beneficios y riesgos del tratamiento (incluido el fallecimiento), y sopesa adecuada y racionalmente esta información, pero se mantiene firme en su decisión de no ser tratado. El psiquiatra concluye que el enfermo está capacitado para la toma de decisiones en el ámbito de la atención sanitaria. La enfermedad que presenta el paciente, que se niega a firmar el alta voluntaria, no es infecciosa ni representa ningún riesgo especial para terceros. ¿Cuál es la decisión más adecuada a tomar?**

1. Ingreso en Psiquiatría para trabajar la negación y la rabia inherentes a su proceso.
2. Solicitar la intervención de familiares que autoricen la intervención.
3. Alta hospitalaria.
4. Incapacitación civil.
5. Informar al juez con el fin de que ordene tratamiento.

**126. De las siguientes afirmaciones sobre el control sintomático en pacientes al final de la vida señale la correcta:**

1. Si el paciente tiene dolor se emplearán siempre opiáceos potentes para control sin tener en consideración la severidad y características del dolor.
2. Si precisamos sedación para control de la fase agónica podemos realizarla de forma exclusiva con morfina.
3. Los antidepresivos tricíclicos no se consideran medicación coadyuvante para el alivio sintomático del dolor.
4. Los neurolépticos a dosis bajas ayudan al control de las náuseas desencadenadas por el inicio de un tratamiento con opiáceos.
5. El dolor de características viscerales es el que peor respuesta tiene al tratamiento con opiáceos.

**127. ¿Cuál es el tratamiento de la obstrucción intestinal por carcinomatosis peritoneal en la fase terminal de la enfermedad?**

1. Sonda nasogástrica, aspiración continua, sueroterapia intravenosa.
2. Cirugía desobstrutiva.
3. Alimentación parenteral total y laxantes.
4. Administración por vía subcutánea de morfina, buscapina, haloperidol y octeótrido.
5. Dieta absoluta y sueros por vía intravenosa o subcutánea.

**128. A un hombre de 74 años de edad con historia de enfermedad coronaria se le ha practicado un triple by-pass coronario hace 3 días. Se le extubó en el primer día postoperatorio. Ahora requiere valoración porque está agitado a pesar de antipsicóticos y sujeción mecánica. Se quita el tubo de oxígeno a pesar de sujeción en muñecas. Debido a su confusión se ha limitado la deambulación y mantiene una sonda vesical. Los signos vitales son normales y el médico recomienda quitar la sonda vesical y realizar una análisis de orina con cultivo. ¿Cuál de los siguientes puede significativamente disminuir la agitación y ayudar a resolver el estado confusional agudo?**

1. Limitar la movilidad a transferencia al sillón hasta que se resuelva el estado confusional agudo.
2. Retirar las sujeciones mecánicas de las muñecas.
3. Colocar al paciente en una silla geriátrica al lado del control de enfermería.
4. Ayudarlo en la ingesta.
5. Aumentar la dosis de antipsicóticos.

**129. La hija de una anciana de 82 años nos consulta porque ha encontrado a su madre mucho más**

**confusa de lo normal. La paciente está diagnosticada de enfermedad de Alzheimer en grado moderado tiene además fibrilación auricular, depresión y artrosis. Su tratamiento estable desde hace 3 años incluye digoxina, acenocumarol, fluoxetina desde hace 4 meses e ibuprofeno desde hace un mes por dolores articulares. A la exploración su tensión arterial es de 130/80 mm de Hg, la frecuencia cardiaca está en 48 lpm y la respiratoria en 18 por min. ¿Cuál de los siguientes es la causa más probable del aumento de la confusión?**

1. Progresión de la enfermedad de Alzheimer.
2. Empeoramiento de la depresión.
3. Intoxicación digitálica.
4. Demencia por cuerpos de Lewy.
5. Toxicidad por Ibuprofeno.

**130. Un hombre de 64 años de edad con antecedentes de HTA y cardiopatía isquémica acude a urgencias por aparición de dolor torácico opresivo mientras veía la televisión. En la consulta de clasificación (Triage) de urgencias se detectan cifras de presión arterial 155/95 mm Hg y una saturación capilar de O<sub>2</sub> de 95%. ¿Cuál es la conducta más correcta entre las que a continuación se citan?**

1. Indicarle que vaya a la sala de espera. Le avisarán para la realización de pruebas.
2. Este paciente debe ser atendido en el box de emergencia vital (cuarto de shock).
3. Avisaremos al cardiólogo de guardia para la valoración del paciente.
4. Desde la consulta de Triage se le remitirá a la unidad coronaria.
5. Haremos un ECG en menos de 10 minutos.

**131. Una paciente de 53 años a la que hemos atendido por un dolor de rodilla -orientado como artrosis- entra a la consulta de forma brusca y de pie y en tono áspero exclama: "¡Estoy enfadado con usted! ¡Hay que ver! ¡Lo que me dio no me ha hecho nada estoy en un grito!". La mejor intervención nuestra es:**

1. Haga el favor de salir y vuelva usted a entrar en la consulta de manera educada.
2. Tome asiento y veré qué puedo hacer por usted.
3. Esta medicación que le di es la mejor y más segura para la artrosis de rodilla.
4. No sabe como lo siento, a veces ocurre, lo lamento de veras.

5. Yo también estoy enfadado con usted por la forma en que me chilla, si me habla como persona seguro que nos entenderemos.

**132. Los familiares de un paciente recientemente dado de alta de un hospital solicitan al Servicio de Atención al Usuario del mismo la historia clínica completa de un paciente, sin especificar el motivo. ¿Cuál es la actitud adecuada?**

1. El hospital no la facilitará porque la historia clínica de un paciente no puede salir del centro.
2. Los familiares no la pueden solicitar. Lo tiene que hacer el propio paciente.
3. El hospital tiene que facilitarla sin condiciones porque el propietario de la historia clínica es el paciente.
4. Se facilitará el informe de todas las exploraciones complementarias y los comentarios generados por los médicos responsables cuando éstos lo consideren oportuno.
5. Es necesario un requerimiento judicial para facilitar la información de una historia clínica.

**133. Una niña de 13 años de edad, nos consulta por presentar pérdida de peso, astenia, amenorrea secundaria y estreñimiento. En la exploración destaca una temperatura de 35°C, un peso inferior al percentil 3, bradicardia e hipotensión ortostática. En la analítica se comprueba anemia con leucopenia leve, colesterol de 230 mg/dl y en el electrocardiograma una onda T aplanada con descenso del ST y QTc prolongado. ¿Qué proceso sospecharía y que haría continuación?**

1. Sospecharía una anorexia nerviosa e indagaría acerca de su ingesta, imagen corporal, etc.
2. Sospecharía un hipotiroidismo y solicitaría TSH y hormonas tiroideas.
3. Sospecharía una miocardiopatía y solicitaría una ecocardiografía.
4. Sospecharía una enfermedad celiaca y solicitaría anticuerpos anti transglutaminasa IgA.
5. Sospecharía un panhipopituitarismo y solicitaría una TC craneal.

**134. Para confirmar la sospecha clínica de cardiopatía congénita en un niño, usted solicitaría:**

1. La realización de una TC o RM.
2. Basta con la anamnesis y exploración clínica.
3. Es necesario realizar un ECG de 24 horas (Holter).

4. Requiere un cateterismo cardíaco y la angiografía son imprescindibles.
5. Una RX Tórax, el E.C.G y la Ecocardiografía 2D.

**135. Un recién nacido de 37 semanas de edad gestacional, sin hallazgos patológicos en la ecografía prenatal, presenta en la exploración realizada en el paritorio un "stop" al paso de la sonda nasogástrica. La radiografía de tórax y abdomen muestra un bolsón esofágico atrésico, con una neumatización gastrointestinal normal. Tras evaluación diagnóstica que descarta otras anomalías y encontrándose en situación respiratoria estable, se decide intervención quirúrgica. ¿En qué se basa la prioridad de intervenir a este paciente?**

1. Por la imposibilidad de deglutir la saliva.
2. Por las malformaciones cardíacas frecuentemente asociadas.
3. Por el riesgo de neumonitis por aspiración.
4. Por la imposibilidad de alimentación enteral.
5. Por la traqueomalacia asociada.

**136. Niño de 1 mes, alimentado con lactancia materna exclusiva, consulta porque realiza una deposición cada 5 ó 6 días con esfuerzo pero de consistencia blanda, ¿cuál sería nuestra actitud?**

1. Iniciar tratamiento laxante.
2. Suplementar la lactancia materna con fórmula antiestreñimiento.
3. Indicar estimulación rectal diaria.
4. Se considera un ritmo intestinal normal.
5. Se deriva a Digestivo Infantil para descartar megacolon agangliónico.

**137. Niña de 12 años de edad, hija única de padres sanos no consanguíneos. No refieren antecedentes personales ni familiares de interés. En el examen clínico para iniciar una actividad deportiva, usted encuentra una discreta hepatomegalia de consistencia normal, por lo que solicita una analítica, en la que destaca una ASAT de 80 U/L, ALAT 105 U/L, proteinograma electroforético con todas las fracciones proteínas en rango normal y negatividad de la serología de virus hepatotropos. ¿Qué debería descartar y qué prueba indicaría para ello?**

1. Déficit de alfa 1 antitripsina. TAC torácico para confirmar enfisema.
2. Mucoviscidosis. Determinación de cloro en sudor.
3. Hepatitis autoinmune. Biopsia hepática.

4. Glucogenosis tipo VI (déficit de fosforilasa). Biopsia muscular.
5. Enfermedad de Wilson. Determinar ceruloplasmina y cobre en sangre y orina.

**138. Se define la pubarquia prematura como la aparición de vello pubiano antes de los 8 años en la niña y antes de los 9 en los niños. En relación con esta entidad, indique la respuesta verdadera:**

1. La causa más frecuente es la hiperplasia suprarrenal congénita.
2. Es el signo inicial más habitual de pubertad precoz central en la niña.
3. Se asocia a mayor incidencia de hiperandrogenismo en la edad postpuberal.
4. En la mayoría de los casos requiere tratamiento.
5. Se acompaña de una edad ósea retrasada.

**139. Niño de 2 años, en sus antecedentes personales destacan: 3 episodios de otitis media aguda, 1 meningitis meningocócica y 2 neumonías (una de lóbulo medio y otra de lóbulo superior izquierdo). Ha ingresado en 3 ocasiones por púrpura trombopénica (en tres ocasiones los anticuerpos antiplaquetas fueron negativos y en la médula ósea se observaban megacariocitos normales). Varios varones de la familia materna habían fallecido en la infancia por procesos infecciosos. En la exploración física presenta lesiones típicas de dermatitis atópica. En el estudio inmunológico destaca una leve disminución de subpoblaciones de linfocitos T; elevación de IgA e IgE; disminución de IgM y IgG en el límite inferior de la normalidad.**

**¿Cuál es el diagnóstico más probable?**

1. Síndrome de Wiskott-Aldrich.
2. Síndrome hiper IgE.
3. Hipogammaglobulinemia transitoria de la infancia.
4. Inmunodeficiencia combinada severa ligada al X.
5. Inmunodeficiencia variable común.

**140. Ante un niño de 7 meses con fiebre e irritabilidad, fontanela abombada y un estudio de líquido cefalorraquídeo con 110 células/mm<sup>3</sup> (75% linfocitos), proteínas 120 mg/dl y glucosa 28 mg/dl (glucemia sérica 89 mg/dl), ¿cuál es la sospecha diagnóstica más razonable?**

1. Meningitis vírica.
2. Meningitis bacteriana.
3. Meningitis tuberculosa.
4. Síndrome mononucleósico.
5. Síndrome de Guillain Barré.

**141. La causa más frecuente de síndrome de dificultad respiratoria o enfermedad de membrana hialina en el recién nacido prematuro es:**

1. El defecto de surfactante pulmonar por inmadurez.
2. Un neumotórax a tensión.
3. Un síndrome de aspiración meconial.
4. Una infección respiratoria.
5. La escasa fuerza muscular.

**142. Con respecto al síndrome nefrótico idiopático, señale la respuesta correcta:**

1. El tipo histológico más habitual es la hiperplasia mesangial difusa.
2. El síndrome nefrótico idiopático por lesiones mínimas (síndrome nefrótico de cambios mínimos) es más frecuente en los niños mayores de 8 años.
3. La glomerulosclerosis segmentaria y focal es la forma histológica que mejor responde al tratamiento con corticoides.
4. La biopsia renal es necesaria en todos los pacientes, para poder establecer una orientación pronóstica e instaurar el tratamiento adecuado.
5. La dislipemia y la hipercoagulabilidad sanguínea son manifestaciones clínicas habituales en los pacientes con síndrome nefrótico.

**143. Chico de 12 años obeso (87 kg). Refiere desde hace 4 meses dolor mecánico en muslo y rodilla derecha. A la exploración clínica se evidencia una discrepancia de la longitud de las extremidades inferiores de 1 cm y actitud de la extremidad inferior derecha en rotación externa con pérdida de la rotación interna. Debemos sospechar que presenta:**

1. Artritis crónica juvenil.
2. Epifisolisis capitis femoris.
3. Fractura del cuello femoral por sobrecarga.
4. Enfermedad de Perthes.
5. Secuelas de displasia del desarrollo de la cadera.

**144. Paciente de 67 años con antecedente de meno-**

pausia a los 55 años, 3 gestaciones con 3 partos eutócicos, diabetes tipo 2 de 6 años de evolución, tratamiento con nifedipino por hipertensión arterial. Consulta por cuadro de metrorragia escasa intermitente de 2 meses de evolución. En la exploración ginecológica se aprecian unos genitales externos sin lesiones, un cérvix uterino de aspecto atrófico, un útero y anejos normales a la palpación y un estudio citológico de cérvix normal. En el estudio ecográfico transvaginal se aprecia un endometrio hiperecogénico de 7 mm. ¿Cuál de las siguientes pruebas es la más indicada y con mayor sensibilidad para establecer un diagnóstico?

1. Conización de cérvix.
2. Citología endometrial.
3. Histeroscopia y biopsia de endometrio.
4. Resonancia nuclear magnética de pelvis.
5. Exploración bajo anestesia de aparato genital y biopsia de cérvix y endometrio.

**145. El estudio WHI (Momens Health Initiative) puso de manifiesto que la terapia de reemplazo con estrógeno/progesterona oral en la menopausia produce mayor riesgo de padecer:**

1. Enfermedades vasculares.
2. Diabetes mellitus.
3. Aumento del colesterol LDL.
4. Carcinoma colo-rectal.
5. Síntomas vasomotores.

**146. Una mujer de 42 años con implantes mamarios consulta por tumor palpable en cuadrantes internos de mama derecha. ¿Qué prueba de imagen debe indicarse para descartar un cáncer?**

1. Ecografía mamaria.
2. Mamografía.
3. Resonancia Magnética.
4. TAC.
5. PET.

**147. La principal causa de aparición del cáncer de cuello uterino es:**

1. Tabaco.
2. Infección por ciertas cepas de virus del papiloma humano.
3. Multiparidad.
4. Inmunosupresión.
5. Antecedente de displasia vaginal.

**148. Ante una mujer de 59 años que consulta por secreción hemática por el pezón derecho (unilateral), espontánea y uniorificial sin nodularidad palpable. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?**

1. Dado el carácter hemático de la secreción el diagnóstico más probable es el de carcinoma ductal infiltrante.
2. Papiloma intraductal.
3. Enfermedad de Paget del pezón.
4. Hiperprolactinemia tumoral.
5. La mamografía nos indicará el diagnóstico.

**149. Una mujer de 32 años asintomática consulta para una revisión en salud ginecológica porque desea quedarse embarazada. En dicha revisión se le detecta un mioma uterino de 4 cm en parte intramural y en parte subseroso situado en la cara anterior del útero y que no deforma la cavidad endometrial. ¿Qué actitud le recomendaría?**

1. Miomectomía por vía laparoscópica.
2. Miomectomía por vía laparotómica.
3. Embolización del mioma por cateterismo arterial.
4. Tratamiento con análogos de Gn-RH durante tres meses antes de intentar el embarazo.
5. Intentar el embarazo sin ningún tratamiento previo.

**150. La cirugía histeroscópica permite el tratamiento de una gran variedad de patologías intrauterinas, excepto:**

1. Los pólipos endometriales.
2. El embarazo tubárico.
3. Los miomas submucosos.
4. Algunas malformaciones.
5. Las hemorragias por hipertrofia endometrial.

**151. Señálese cuál de las siguientes formas neoplásicas del ovario no pertenece al grupo de los tumores del epitelio-estroma:**

1. Carcinoma seroso.
2. Tumor endometriode.
3. Carcinoma de células claras.
4. Carcinoide.
5. Tumor de Brenner.

**152. Paciente de 76 años de edad, paridad 3-0-1-3, con menopausia a los 52 años. Relata que desde**

**hace al menos 4-5 años presenta prurito vulvar de intensidad variable que ha sido tratado algunas veces mediante automedicación y otras por indicación de su médico generalista con preparados tópicos (cremas y lavados). El prurito ha evolucionado así con intermitencias pero desde hace 3-4 meses nota además una pequeña tumoración en el labio mayor izquierdo de la vulva y de la que se producen pérdidas serohemáticas al roce desde hace unos días; por ello consulta al ginecólogo. Al interrogatorio refiere disuria ocasional y el estado general es bueno. ¿Cuál es el diagnóstico más probable en esta paciente?**

1. Herpes genital.
2. Enfermedad de Paget de la vulva.
3. Carúncula uretral.
4. Granuloma crónico de la vulva.
5. Carcinoma vulvar escamoso.

**153. De los siguientes marcadores ecográficos, señale el que no se considera para el diagnóstico prenatal del primer trimestre de la gestación:**

1. Sonolusencia nucal.
2. Hueso nasal.
3. Regurgitación tricuspídea.
4. Quiste del plexo coroideo.
5. Estudio del flujo en el ductus venoso.

**154. ¿Cuándo NO está indicado hacer profilaxis antibiótica durante el parto para la prevención de la infección neonatal por estreptococo del grupo B?**

1. En la embarazada con screening positivo en vagina o recto en las 5 semanas previas al parto.
2. En la embarazada con el antecedente de un recién nacido con infección por el estreptococo del grupo B.
3. En la embarazada con bacteriuria por estreptococo en el embarazo en curso.
4. En la embarazada con cultivo desconocido o no realizado y parto pretérmino.
5. En la cesárea programada en la gestante sin trabajo de parto y con membranas íntegras.

**155. Referido a las formas clínicas de la esquizofrenia ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?**

1. La forma CATATÓNICA se presenta con sintomatología pobre, predominio de delirios y suele ser de inicio temprano.

2. En la forma HEBEFRÉNICA existe predominio de alteraciones psicomotrices, negativismo y conductas estereotipadas.
3. La presencia de estados de exaltación anímica, maníforme con estravagancias es propia de las formas SIMPLES.
4. La forma PARANOIDE presenta predominantemente trastornos del pensamiento y trastornos sensorio-perceptivos.
5. Los síntomas obsesivos y compulsivos asociados a disgregación progresiva son habituales en la forma ESQUIZOTÍPICA.

**156. Una mujer de 23 años acude a urgencias por encontrarse muy nerviosa tras una discusión con su pareja. En su historia clínica se reflejan varias demandas semejantes en el año anterior, en dos de ellas tras un gesto autolítico. Se constatan también conflictos frecuentes en las relaciones de pareja, cambios laborales y discusiones familiares. Dice sentirse incomprendida por todos incluidos los psiquiatras que la atienden. El diagnóstico es:**

1. Trastorno de la personalidad límite.
2. Trastorno de la personalidad histriónico.
3. Distimia.
4. Trastorno disociativo.
5. Trastorno de despersonalización.

**157. La coexistencia de alucinaciones y de alteraciones de la conciencia es sugestiva de:**

1. Los estados ansiosos.
2. Los estados confusionales.
3. Los estados depresivos.
4. Los estados maníacos.
5. Los estados psicóticos.

**158. Una estudiante universitaria de 19 años acude a la consulta acompañada por sus padres refiriendo sentirse en los últimos dos meses progresivamente más asténica, con pérdida de apetito y de peso y con mayores dificultades para concentrarse en los estudios. En la anamnesis también destaca que ha perdido interés en salir con las amigas, presenta ideas de muerte sin ideación autolítica y cogniciones pesimistas de futuro. Su peso es el 90% del considerado ideal por edad y género. No presenta fobia ponderal ni distorsión de la imagen corporal. El diagnóstico más adecuado es:**

1. Anorexia nerviosa.
2. Trastorno de ansiedad.
3. Trastorno límite de la personalidad.

4. Distimia.
5. Trastorno depresivo mayor.

**159. Mujer de 52 años que acude a urgencias con una parálisis bilateral de las extremidades superiores que se había instaurado de manera brusca dos horas antes. En la entrevista se muestra risueña y verbaliza no entender por qué sus familiares están tan preocupados. La familia refiere que el día anterior su hijo había sido detenido por la policía por tráfico de drogas y todavía no había podido contactar con él. ¿Cuál de los siguientes es el diagnóstico más probable?**

1. Trastorno facticio.
2. Trastorno delirante.
3. Hipocondriasis.
4. Trastorno depresivo mayor.
5. Trastorno conversivo.

**160. Una de las siguientes características clínicas corresponde al Trastorno Delirante:**

1. Es un delirio estructurado y creíble, formado a base de creencias incorrectas acerca de la realidad externa.
2. Trastornos del curso del pensamiento (bloqueo o disgregación del curso del pensamiento).
3. Síntomas negativos como abulia y aplanamiento afectivo.
4. Alucinaciones auditivas.
5. Existe una conciencia clara de enfermedad.

**161. El litio constituye el tratamiento profiláctico de primera elección en el Trastorno Bipolar tipo I. ¿cuál de los siguientes efectos secundarios es característico de este fármaco?.**

1. Temblor postural fino.
2. Cefaleas de predominio frontal.
3. Atracónes bulímicos especialmente de hidratos de carbono.
4. Hiperlipemia (aumento de triglicéridos en sangre).
5. Puede inducir depresión con riesgo autolítico especialmente importante.

**162. Señale cuál de los siguientes tratamientos está indicado para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad.**

1. Fluoxetina.

2. Haloperidol.
3. Sertralina.
4. Metilfenidato.
5. Clozapina.

**163. ¿Cuál es la causa que con mayor frecuencia produce los nódulos de las cuerdas vocales?**

1. La tuberculosis laríngea.
2. La amiloidosis laríngea.
3. Las infecciones virales.
4. La infección por *Haemophilus influenzae*.
5. Las alteraciones funcionales de la voz.

**164. Paciente de 64 años fumador y bebedor importante sin otros antecedentes de interés. El cuadro que explica es de odinodisfagia de 3 meses de evolución y otalgia izquierda. Aporta informe del odontólogo que descarta causa de origen dental. También refiere haber sido visitado por diferentes especialistas aportando un TAC de cabeza y cuello (sin contraste yodado) que es informado como normal. A la exploración destaca una disminución en la capacidad de propulsión de la lengua; la palpación de la base de lengua izquierda objetiva una induración de consistencia pétreo de aprox 3cm y con laringoscopia indirecta no se observa ninguna ulceración de la mucosa. La palpación cervical es negativa para adenopatías. ¿Cuál es su diagnóstico de presunción y conducta?.**

1. Causa dental / revaloración por el odontólogo.
2. Absceso de la base de la lengua / desbridamiento.
3. Anquiloglosia / liberación quirúrgica de la misma.
4. Proceso maligno de orofaringe / repetir TC y biopsia.
5. Inflamación inespecífica / tratamiento corticoideo.

**165. La necrosis de los maxilares está relacionada con la administración de:**

1. Bifosfonatos.
2. Terramicina.
3. Cisplatino.
4. Calcio.
5. Corticoides.

**166. Niño que acude a consulta de ambulatorio porque se lleva la mano al oído, sin fiebre ni signos**

**inflamatorios agudos y que en la exploración se observa un tímpano sonrosado/ambarino. Como antecedentes refiere que hace un mes presentó un episodio de otalgia, fiebre acompañada de irritabilidad y que fue tratado con amoxicilina 40 mg/kg/día. ¿Cual es el diagnóstico mas probable?**

1. Otitis media aguda recidivante.
2. Otitis media serosa.
3. Otitis media crónica simple.
4. Otitis media crónica colestomatosa.
5. Mastoiditis.

**167. Ante un traumatismo directo sobre el lado derecho de la cara tras el cual el paciente presenta hematoma palpebral unilateral, diplopía en la mirada vertical y dificultad para la apertura de la boca. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?.**

1. Estamos con gran probabilidad ante una fractura de tercio medio facial tipo Lefort I.
2. Se trata probablemente de una fractura orbitomaxilar unilateral. El diagnóstico se comprobaría idealmente mediante TAC (Tomografía axial computarizada).
3. Se trata de una fractura de la base de cráneo a nivel del agujero carotídeo.
4. El diagnóstico probable es la fractura con dislocación del cóndilo mandibular.
5. Probablemente se asocia una fractura mandibular con una fractura del tercio medio facial tipo Lefort I.

**168. Hombre de 35 años que acude al servicio de urgencias por dolor en su ojo derecho de 3 días de evolución. La exploración biomicroscópica del segmento anterior muestra, tras tinción con fluoresceína, una úlcera corneal central en forma de dendrita. ¿Cuál es su diagnóstico?**

1. Queratitis herpética.
2. Abrasión corneal.
3. Queratitis fúngica.
4. Queratitis bacteriana.
5. Crisis glaucomatociclotica.

**169. Mujer de 75 años diagnosticada hace tres años de drusas blandas en el fondo de ojo. Refiere presentar, desde hace dos semanas, metamorfopsia y pérdida visual importante en su ojo derecho que le impide leer. Señale el diagnóstico más probable.**

1. Membrana epirretiniana macular.
2. Agujero macular.
3. Trombosis de la vena central de la retina.
4. Degeneración macular senil.
5. Coriorretinopatía serosa central.

**170. Paciente que presenta desde hace 2 semanas una erupción pruriginosa constituida por múltiples pápulas eritemato-violáceas poligonales, de superficie aplanada, localizadas preferentemente en cara anterior de muñecas, zona pretibial y área lumbar. Además presenta lesiones reticuladas blanquecinas en mucosa yugal. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?**

1. Pitiriasis versicolor.
2. Micosis fungoides.
3. Psoriasis en gotas.
4. Pitiriasis rosada de Gibert.
5. Liquen plano.

**171. Enfermo de 60 años que refiere hace 10 días la aparición de lesiones ampollas en dorso de manos después de la exposición solar. El cuadro se acompaña de fragilidad cutánea. Histopatológicamente existe una ampolla subepidérmica con depósitos PAS positivos en y alrededor de los vasos dérmicos superficiales. El diagnóstico más verosímil será:**

1. Pénfigo benigno familiar.
2. Penfigoide.
3. Porfiria cutánea tarda.
4. Pénfigo vulgar.
5. Síndrome de la piel escaldada.

**172. Si desea conocer la imprecisión esperada al estimar la media de una variable recurrirá a:**

1. el error estándar (típico).
2. la desviación estándar (típica).
3. la varianza de la variable.
4. el rango intercuartílico.
5. el coeficiente de variación.

**173. En un contraste de hipótesis estadístico si la hipótesis nula fuera cierta y se rechazara ¿Cuál de las respuesta es CORRECTA?**

1. Se comete un error de tipo II.
2. Se toma una decisión correcta.
3. La potencia aumenta.
4. Se comete un error de tipo I.

5. Indica un tamaño muestral excesivo

**174. Las curvas de Kaplan-Meier constituyen un método estadístico en:**

1. El análisis de supervivencia.
2. La regresión de Poisson.
3. La regresión lineal.
4. La regresión logística.
5. La determinación de las odds ratios.

**175. Se ha realizado un ensayo controlado y aleatorizado en pacientes con hipercolesterolemia para valorar la efectividad de un nuevo fármaco. La variable final valorada es la presencia de infarto de miocardio. El Riesgo Relativo (RR) de infarto de miocardio en relación con el fármaco habitual es de 0,39 con un IC al 95% de 0,21 a 1,18. Ante este resultado usted concluiría que:**

1. Debería recomendarse la utilización del nuevo fármaco.
2. El nuevo fármaco reduce el riesgo relativo en más de un 60%.
3. El tamaño muestral es muy elevado.
4. Existen diferencias estadísticamente significativas entre el efecto de los fármacos estudiados.
5. Los resultados revelan una precisión pobre.

**176. El objetivo de una investigación es determinar la probabilidad de sufrir cirrosis hepática en función de la presencia o no de cinco variables: sexo, edad, consumo de alcohol, consumo de drogas y nivel de actividad física. La técnica estadística más adecuada para evaluar el objetivo propuesto es:**

1. El cálculo de la matriz de correlación entre los factores.
2. El cálculo de la regresión lineal.
3. El análisis de componentes principales.
4. El cálculo de la regresión logística.
5. La prueba de "ji" cuadrado.

**177. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones acerca de la confusión en los estudios epidemiológicos es falsa?**

1. Para "controlar" la confusión en un estudio las variables que la producen deben conocerse obligatoriamente de antemano.

2. La confusión ocurre cuando una tercera variable se asocia tanto a la exposición como al desenlace.
3. Los análisis estadísticos multivariantes reducen la confusión.
4. El diseño de los ensayos controlados con distribución aleatoria minimiza la confusión.
5. La medición inexacta o sesgada de algunas variables puede generar confusión.

**178. ¿Cuál de los siguientes diseños es un diseño experimental?**

1. Estudio de casos y controles.
2. Estudio de cohortes.
3. Estudio transversal.
4. Serie de casos.
5. Un ensayo clínico controlado.

**179. Se ha realizado un estudio epidemiológico con el objetivo de dilucidar si existe asociación entre la administración de una nueva vacuna antigripal y la aparición de síndrome de Guillain-Barré. Para ello se recogieron los datos de todos los sujetos vacunados en determinada área geográfica y mediante la conexión de estos datos con los de nuevos diagnósticos de Síndrome de Guillain-Barré registrados en los hospitales de ese mismo área, se comparó la incidencia de Síndrome de Guillain-Barre en sujetos expuestos y en no expuestos a la vacuna en una ventana temporal definida. ¿A qué tipo de diseño corresponde este estudio?**

1. Estudio de cohortes.
2. Estudio de casos y controles anidado en una cohorte.
3. Estudio de casos y controles de campo.
4. Estudio de corte transversal.
5. Estudio descriptivo.

**180. Para relacionar el alcohol con los accidentes de tráfico se procedió de la manera siguiente: Por cada accidentado se seleccionó un individuo no accidentado que pasaba a la misma hora por una carretera de características similares a la del accidentado. Se les extrajo sangre para cuantificar la cifra de alcoholemia. ¿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. Se dice que un estudio observacional tiene validez interna:**

1. Cuando se obtiene un resultado estadísticamente significativo.
2. Cuando el investigador ha controlado razonablemente las posibles fuentes de sesgo.
3. Cuando el investigador no ha cometido fraude y los resultados son auténticos.
4. Cuando se ha publicado en una revista con alto factor de impacto.
5. Cuando el intervalo de confianza de la principal medida de efecto no incluye el valor nulo.

**182. Se ha realizado un estudio de cohorte retrospectivo para conocer si los pacientes que toman antipsicóticos presentan un mayor riesgo de muerte súbita que la población que no utiliza antipsicóticos. Una vez realizado el ajuste por posibles factores de confusión se ha obtenido un riesgo relativo de 2,39 (intervalo de confianza al 95% de 1,77-3,22). ¿Cuál es la interpretación más correcta del resultado?**

1. El resultado es compatible con un incremento de riesgo asociado al uso de antipsicóticos, pero no es estadísticamente significativo.
2. El resultado sugiere que los antipsicóticos protegen frente al riesgo de muerte súbita.
3. El resultado no es interpretable porque no se ha hecho una asignación aleatoria de los tratamientos.
4. Hay un incremento de riesgo pero es pequeño e irrelevante desde un punto de vista clínico.
5. El resultado apoya la hipótesis de que el uso de antipsicóticos aumenta el riesgo de muerte súbita.

**183. En una comunidad se han detectado un cluster o agregación de casos de leucemia no atribuible a la variabilidad habitual de la enfermedad. ¿Cuál es el diseño más adecuado para analizar su posible relación con la exposición a una fuente de ondas electromagnéticas?**

1. Un estudio transversal.
2. Un estudio de cohortes históricas.
3. Un estudio de cohortes.
4. Un estudio de casos y controles.
5. Un estudio ensayo clínico.

**184. Teniendo en cuenta que la prevalencia de espina bífida es de 1 caso por cada 1.000 nacidos vivos**

**¿Qué tipo de estudio sería el más válido y eficiente para estudiar la posible asociación entre la ocurrencia de espina bífida en el recién nacido y la exposición a diversos factores ambientales durante el embarazo?**

1. Un estudio de cohorte prospectivo integrado por mujeres que están planificando el embarazo.
2. Un estudio de cohorte retrospectivo a través de las historias clínicas de mujeres que han parido en los hospitales seleccionados.
3. Un estudio de casos y controles de base hospitalaria, tomando como casos a las madres de niños que han nacido con espina bífida y como controles a las madres de niños que han nacido sin malformaciones, haciéndoles a ambos grupos un entrevista sobre exposiciones ambientales durante el embarazo.
4. Un estudio de casos y controles de base poblacional tomando como casos a las mujeres expuestas a los factores ambientales de interés y como controles a las mujeres no expuestas.
5. Un estudio de corte transversal en la población general de mujeres de edad comprendida entre los 20 y 40 años.

**185. Se desea conocer la utilidad de un medicamento que ya está comercializado en una indicación diferente a la autorizada, dado que se han publicado algunos casos de pacientes tratados que han mostrado resultados prometedores. ¿Cual de los siguientes diseños ofrecerá la mayor evidencia científica?:**

1. Ensayo clínico abierto, prospectivo, paralelo, controlado con placebo en la nueva indicación, con 60 pacientes por brazo de tratamiento.
2. Estudio observacional prospectivo en 300 pacientes seguidos durante un mínimo de 2 años.
3. Meta-análisis de los datos publicados hasta el momento.
4. Estudio retrospectivo de casos y controles en los últimos 2 años.
5. Ensayo clínico aleatorizado, doble ciego, controlado con el tratamiento estándar de esa indicación en 60 pacientes por brazo de tratamiento.

**186. Va a realizar un ensayo clínico aleatorizado para comparar la eficacia de dos tratamientos para dejar de fumar. Como cree que el sexo puede influir en el resultado, le gustaría asegurar que la proporción de hombres y mujeres es similar en los dos grupos de tratamiento. ¿Que tipo de**

### aleatorización utilizaría?

1. Aleatorización por bloques.
2. Aleatorización estratificada.
3. No es necesaria la aleatorización si aseguramos el correcto enmascaramiento del tratamiento.
4. Aleatorización por centros.
5. Aleatorización simple.

**187. La autorización de la Agencia Española de Medicamentos es necesaria para el desarrollo de cualquier ensayo clínico con medicamentos en un centro sanitario. ¿De que otro organismo también es imprescindible tener un informe favorable para desarrollar el ensayo clínico en el centro?**

1. El Comité de Ética Asistencial del centro sanitario.
2. La Comisión Farmacoterapéutica del centro sanitario.
3. El Comité Ético de Investigación Clínica del centro sanitario.
4. La Dirección de Investigación del centro sanitario.
5. La Unidad Central de Investigación Clínica en Ensayos Clínicos del centro sanitario.

**188. Un ensayo clínico "abierto" significa:**

1. No requiere ingreso.
2. Pueden incluirse sujetos en el ensayo.
3. No existe grupo control.
4. No enmascarado.
5. Sus resultados son extrapolables a la población general.

**189. Se está planificando un ensayo clínico en Fase III para evaluar la eficacia, en términos de erradicación microbiológica, de una nueva fluorquinolona en pacientes con infección del tracto urinario. ¿Cuál de los siguientes diseños es el más apropiado?**

1. Diseño factorial.
2. Paralelo, abierto, controlado con placebo.
3. Paralelo, aleatorizado, doble ciego, controlado con otro antibiótico activo frente a Gram negativos.
4. Cruzado, aleatorizado, doble ciego, controlado con otro antibiótico activo frente a Gram negativos.
5. Cruzado, aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo.

**190. Cuándo vamos a realizar un ensayo clínico aleatorizado doble-ciego, ¿en que consiste la técnica de doble simulación?**

1. Es un método de aleatorización para asegurarse de que los factores de confusión se distribuyen por igual entre los dos grupos de tratamiento.
2. Consiste en que el estadístico que vaya a analizar los datos no sepa el tratamiento que ha correspondido a cada paciente.
3. Es un diseño cruzado en el que al paciente se le administra cada vez un tratamiento sin que sepa en cada momento que fármaco le ha correspondido.
4. Es un método para calcular el tamaño de la muestra en el que se simula el efecto esperando con cada uno de los dos tratamientos.
5. Es un método de enmascaramiento donde todos los individuos reciben uno de los tratamientos (experimental o control) junto con el placebo del otro fármaco.

**191. Al realizar una serología frente a Trypanosoma cruzi en una comunidad de inmigrantes bolivianos con una prevalencia estimada del 30% de enfermedad de Chagas, respecto a otra comunidad de inmigrantes ecuatorianos con una prevalencia estimada de enfermedad de Chagas del 5%:**

1. Aumenta la sensibilidad.
2. Disminuye la especificidad.
3. Aumenta el valor predictivo positivo.
4. Aumenta en valor absoluto los falsos positivos.
5. Aumenta la validez interna de la serología.

**192. Una prueba de laboratorio aparece alterada en 8 de cada 10 individuos que padecen una determinada enfermedad crónica mientras se obtienen valores normales en 8 de cada 10 individuos que no sufren dicha enfermedad. Si se aplica la prueba a una población de 100 individuos de los cuales 20 sufren la enfermedad ¿cuál será el valor predictivo positivo de la prueba?**

1. 40%
2. 50%
3. 60%
4. 70%
5. 80%

**193. Si consideramos una cifra de 24mmHg de tensión intraocular medida por tonometría ocular como criterio diagnóstico de glaucoma en lugar de 20mmHg:**

1. Aumenta el número de verdaderos negativos.
2. Disminuye el número de falsos negativos.
3. Aumenta el número de verdaderos positivos.
4. Aumenta el número de falsos positivos.
5. Aumenta la sensibilidad y disminuye la especificidad.

**194. La sensibilidad de una prueba diagnóstica mide:**

1. La proporción de casos de pacientes sin la enfermedad que presentan un resultado negativo de la prueba diagnóstica.
2. La proporción de casos de pacientes sin la enfermedad que presentan un resultado positivo de la prueba diagnóstica.
3. La proporción de pacientes que se someten a la prueba que tienen la enfermedad.
4. La proporción de casos de enfermos con resultado positivo de la prueba diagnóstica.
5. La proporción de casos con resultado positivo de la prueba que son verdaderamente enfermos.

**195. ¿En qué tipo de evaluación económica se tienen en cuenta las "preferencias de los pacientes"?**

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

**196. ¿Cuál de las siguientes herramientas resulta menos útil en la toma de decisiones sobre estrategias terapéuticas desde el enfoque de la gestión clínica?**

1. La medicina basada en la evidencia.
2. Las guías de práctica clínica.
3. Las búsquedas sistemáticas de información: Tripdatabase, Pubmed, Cochrane, ...
4. Los informes de evaluación de tecnologías sanitarias.
5. La experiencia profesional individual.

**197. Médico traumatólogo de 40 años que en una serología rutinaria se le detecta niveles de anti-HBs de 30 UI/l. Refiere vacunación completa**

**según pauta estandar frente hepatitis B hace 4 años. Sería recomendable:**

1. Reiniciar pauta vacunal (0-1-6 meses).
2. Reiniciar pauta vacunal (0-1-2-12 meses).
3. No revacunar.
4. Darle una dosis de recuerdo o booster.
5. Darle Inmunoglobulina anti-hepatitis B y reiniciar pauta vacunal (0-1-2-12 meses).

**198. Nos consulta una mujer de 84 años, por insomnio de conciliación. Tras fracasar a medidas de higiene del sueño, se decide iniciar tratamiento farmacológico. ¿Cuál de los siguientes fármacos seleccionaría para la paciente?**

1. Diacepam.
2. Lormetacepam.
3. Fenobarbital.
4. Clordiacepóxido.
5. Cloracepato.

**199. ¿De cuál de los siguientes fármacos no se suele realizar la determinación de las concentraciones plasmáticas en la práctica clínica?**

1. Acenocumarol.
2. Gentamicina.
3. Digoxina.
4. Fenitoína.
5. Litio.

**200. Cuando se realiza un estudio de bioequivalencia para evaluar si un fármaco genérico es bioequivalente con el producto original, ¿Cuál es el criterio principal utilizado habitualmente por las agencias reguladoras (Agencia Española y Agencia Europea) para su autorización?**

1. La cantidad de principio activo y los excipientes deben ser los mismos en el genérico y en el original.
2. El cociente de las medias de la formulación test con respecto a la formulación de referencia para AUC y Cmax debe ser del 100%.
3. El intervalo de confianza del 90% del cociente de las medias de la formulación test con respecto a la formulación de referencia para AUC y Cmax debe estar incluido entre los límites 80-125%.
4. El medicamento genérico debe contener al menos el 80% del principio activo que contiene el producto de referencia.

5. El cociente del AUC de la formulación test con respecto al AUC de la formulación de referencia para todos los sujetos debe estar incluido entre los límites 80-125%.

**201. Un niño de 2 años de edad es traído al Servicio de Urgencias porque se ha tomado el contenido del frasco de Apiretal® (paracetamol) que estaba hacia la mitad, hace aproximadamente 30 min. El niño tiene buen estado general y la exploración física es anodina. Se inicia la administración de carbón activado y se mantiene en observación. ¿Cuál es la actitud a seguir a partir de ese momento?**

1. Solicitar las transaminasas hepáticas en sangre y si no están alteradas darle el alta.
2. Mantenerlo en observación hasta que hayan pasado 4 h desde la ingesta, extraer sangre para determinar la concentración de paracetamol y comprobar que se dispone de N-acetilcisteína intravenosa por si hubiera que administrarla.
3. Mantenerlo en observación hasta que hayan pasado 4 h desde la ingesta, extraer sangre para determinar la concentración de paracetamol y comprobar que se dispone de Protamina que es el antídoto necesario.
4. Mantenerlo en observación hasta que hayan pasado 6 h desde la ingesta, extraer sangre para determinar la concentración de paracetamol y comprobar que se dispone de Atropina que es el antídoto necesario.
5. Ponerse en contacto con el Coordinador de trasplantes por si fuera necesario el trasplante hepático.

**202. ¿Cuál de los siguientes antiépilépticos se espera que produzca un menor número de interacciones farmacológicas?**

1. Fenitoína.
2. Acido Valproico.
3. Levetiracetam.
4. Carbamazepina.
5. Oxcarbazepina.

**203. Gestante de 27 años, 30 semanas de gestación. Acude a Urgencias por notar desde ayer dolor en región lumbar izquierda y disuria. No tiene sensación febril. Refiere infecciones del tracto urinario (ITU) reiteradas. En el análisis de orina se observan: Hb 3+, leucocitos 3+, nitritos 2+. Sedimento: 15-20 leucocitos/campo y 5-10 hematíes/campo. Ante la conveniencia de instaurar un tratamiento antibiótico empírico, ¿cuál de los siguientes microorganismos es el responsable**

**más frecuente de ITU en las gestantes?**

1. Escherichia coli.
2. Enterococcus faecalis.
3. Streptococcus agalactiae.
4. Proteus mirabilis.
5. Staphylococcus saprophyticus.

**204. Acinetobacter baumannii es un microorganismo asociado a infección nosocomial que se caracteriza por:**

1. Ser un bacilo Gram positivo fermentador de azúcares
2. Ser un parásito obligado de células de riñón humanas
3. Su facilidad para mantenerse y diseminarse en el hospital exclusivamente a través de las conducciones de aire.
4. Ser sensible a todos los antibióticos betalactámicos
5. Su facilidad para adquirir resistencia a los antibióticos unido a su capacidad de generar infecciones en pacientes inmunocomprometidos

**205. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones referidas a los virus herpes humanos es correcta?.**

1. Son virus RNA de simetría icosaédrica y desnudos (sin envoltura).
2. Los mecanismos involucrados en la patogenia de las infecciones causadas por los virus del herpes simple tipos 1 y 2 son muy diferentes.
3. La queratitis herpética casi siempre afecta a ambos ojos.
4. El virus de Epstein Barr presenta una relación etiológica con el linfoma endémico de Burkitt, la enfermedad de Hodgkin y el carcinoma nasofaríngeo.
5. La vía frecuente de transmisión de citomegalovirus es la aérea.

**206. Paciente de 15 años que acude por la noche al servicio de Urgencias con un cuadro de náuseas, vómitos, molestias abdominales y diarrea acuosa (5 episodios) que se inició hace unas 5-6 horas. No presenta fiebre. En la anamnesis refiere que su madre y otros 3 familiares padecen síntomas similares. Todos los afectados comieron durante una excursión ensaladilla con mahonesa y hamburguesas de pollo. ¿Cuál es el agente etiológico más probable de la infección?**

1. Staphylococcus aureus.
2. Salmonella.
3. Escherichia coli enterotoxigénica.
4. Rotavirus.
5. Campylobacter jejunii.

**207. Debido a las características de su ciclo de replicación, ¿Cuál de los siguientes virus puede ser erradicado del organismo tras ser sometido a tratamiento antiviral con agentes de acción directa?**

1. El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).
2. El virus del herpes simple (VHS).
3. El virus de Epstein-Barr (VEB).
4. Citomegalovirus (CMV).
5. El virus de la hepatitis C (VHC).

**208. Un individuo presenta "debilidad muscular" (hemiparesia espástica) de ambas extremidades derechas, con hiperreflexia y signo de Babinski, junto a una "parálisis flácida facial" de la hemicara izquierda, con incapacidad para cerrar el ojo izquierdo o de retraer el lado izquierdo de la boca, además de otras alteraciones. Por los datos descritos se trata de una alteración que afecta, entre otros elementos, a los fascículos motores: córtico-espinal y córtico-nuclear, pero ¿a qué nivel del neuroeje localizaría la lesión?**

1. A nivel del área 4 de Brodmann de la corteza cerebral del lado derecho.
2. En la cápsula interna, brazo posterior del lado derecho.
3. En el pedúnculo cerebral izquierdo.
4. En la porción medial de la protuberancia caudal del lado izquierdo.
5. En el bulbo raquídeo antes de la decusación del fascículo córtico-espinal derecho.

**209. El mecanismo de pinza de la mano requiere la integridad de:**

1. El nervio radial.
2. El nervio cubital.
3. El nervio cubital con la acción combinada del nervio radial.
4. El nervio mediano.
5. El nervio mediano con la acción combinada del nervio radial.

**210. El aparato urogenital es un derivado del:**

1. Ectodermo ventral
2. Esclerotomo
3. Mesodermo intermedio
4. Celoma intraembrionario
5. Endodermo

**211. El triangulo de Koch se encuentra en la aurícula derecha concretamente en la porción inferior del tabique interauricular siendo uno de sus límites la valva septal de la válvula tricúspide; es importante su conocimiento ya que en él se encuentra un elemento del sistema de conducción cardiaca y cuya lesión en cirugía cardiaca provocaría alteraciones graves en el sistema de conducción. ¿Qué estructura de las citadas a continuación se encuentra localizada en este triángulo?**

1. Nódulo sinusal o sinoauricular o de Keith-Flack
2. Fascículo aurículo ventricular o haz de His
3. Rama derecha del haz de His
4. Nódulo aurículo ventricular o nódulo de Tawara
5. Haz de Bachmann

**212. Hombre de 42 años de edad, con antecedentes familiares de cáncer colo-rectal y cáncer edometrial de su madre y su hermana, presenta en una colonoscopia pólipos dispersos (4-5 pólipos), y en ángulo hepático, una masa tumoral ulcerosa y de apariencia infiltrativa, que se biopsia. Histológicamente se corresponde con un adenocarcinoma moderadamente diferenciado de tipo mucinoso. Los pólipos resecados son adenomas tubulares con displasia leve. ¿Ante qué síndrome hereditario y mutación genética es más probable que nos encontremos?**

1. Poliposis adenomatosa familiar. Mutación de gen APC.
2. Síndrome de Li-Fraumeni. Mutación en TP53.
3. Cáncer de colon no polipósico (síndrome de Lynch). Mutación de MSH2 y MLH-1.
4. Síndrome de Cowden. Mutación en PTEN.
5. Síndrome de Gardner. Mutación del gen APC.

**213. Una glándula tiroides difusamente aumentada muestra al examen microscópico un amplio infiltrado inflamatorio mononuclear (linfocitos pequeños y células plasmáticas) centros germinales bien desarrollados y folículos tiroideos atrofi-**

**cos o recubiertos por células de Hürthle. ¿Cuál es el diagnóstico?:**

1. Tiroiditis granulomatosa.
2. Adenoma de células de Hürthle (oxifílico).
3. Enfermedad de Graves.
4. Tiroiditis de Hashimoto.
5. Tiroiditis de Riedel.

**214. Si el informe anatomopatológico del la biopsia de una adenopatía del mediastino indica la presencia de múltiples granulomas no caseificantes con abundantes macrófagos activados, ¿cuál de las siguientes enfermedades es más probable?**

1. Sarcoidosis.
2. Sepsis de origen pulmonar por bacterias grampositivas.
3. Histiocitosis de células de Langerhans.
4. Tuberculosis pulmonar.
5. Metástasis de timoma invasivo.

**215. En una característica particular del sistema inmune innato:**

1. Su especificidad inmunológica.
2. La inducción de memoria inmunitaria permanente.
3. El reconocimiento de patrones moleculares vinculados a patógenos (PAMP) por proteínas de la familia Toll (TLR).
4. La no intervención de células presentadoras de antígeno.
5. La participación de linfocitos B y linfocitos T.

**216. ¿Qué afirmación es CORRECTA con respecto al reconocimiento de antígenos por linfocitos T?**

1. Los linfocitos T reconocen determinantes antigénicos conformacionales o no lineales.
2. Los linfocitos T reconocen antígenos solubles y en forma nativa (no desnaturalizada o no procesada) tal y como se presentan en la naturaleza).
3. Los linfocitos T CD8 + reconocen péptidos exógenos asociados a moléculas MHC de clase II.
4. Los linfocitos T CD4 + reconocen péptidos citosólicos (endógenos) asociados a moléculas MHC clase I.
5. Los linfocitos T reconocen antígenos peptídicos asociados a moléculas MHC (Major Histocompatibility Complex) propias.

**217. ¿En cuál de las siguientes patologías se incluye el tratamiento con gammaglobulinas humanas?**

1. Alergia al veneno de abeja.
2. Rechazo cardíaco.
3. Angioedema hereditario.
4. Púrpura trombocitopénica idiopática.
5. Osteoartritis.

**218. El sistema plasmático de complemento es uno de los principales mecanismos efectores de la respuesta inmune. Señale la opción correcta entre los siguientes enunciados referentes a dicho sistema.**

1. Las deficiencias de los componentes finales del sistema se manifiestan fundamentalmente por enfermedades de tipo autoinmune debido al depósito de inmunocomplejos.
2. La deficiencia del componente C2 provoca fundamentalmente infecciones de repetición por bacterias del grupo Neisseria.
3. El diagnóstico de edema angioneurótico hereditario se establece mediante la cuantificación de los niveles séricos circulantes y/o el estudio de la actividad funcional del C1-inhibidor.
4. El estudio de la actividad hemolítica total del sistema de complemento no aporta datos de interés en el estudio de las deficiencias de dicho sistema.
5. Las infecciones recurrentes por estafilococos y estreptococos son habituales en el déficit del factor H.

**219. ¿En qué gen es más frecuente una mutación en relación con melanoma maligno?**

1. BRAF.
2. RET.
3. EGFR.
4. HER2/neu.
5. TP53.

**220. Un hombre presenta una deleción parcial en el gen de la distrofina (cromosoma Xp21) que le ocasiona la semiología propia de la distrofia muscular de Becker. Acude a la consulta de genética con su esposa, para valorar los riesgos de transmisión de la enfermedad. ¿Qué información correcta será proporcionada en el transcurso del consejo genético?**

1. Según la herencia autosómica dominante, la mitad de sus hijos heredarán la enfermedad y sin distinción de sexos.
2. Sus hijas no heredarán la enfermedad, pero todos sus futuros hijos varones serán portadores y pueden transmitir la mutación al 50%.
3. Sus hijos varones no heredarán la enfermedad, pero todas sus futuras hijas serán portadoras y pueden transmitir la mutación al 50%.
4. No hay riesgo: la herencia de la enfermedad es del tipo mitocondrial, nunca transmitida por los varones.
5. Según la herencia autosómica recesiva, un 25% de sus hijos manifestarán la enfermedad en la infancia, sin distinción de sexos.

**221. Una niña de 8 años (caso índice) está diagnosticada clínicamente como afecta de neurofibromatosis tipo 1 (NF1) o enfermedad de Von Recklinghausen con múltiples neurofibromas, manchas café con leche y nódulos de Lisch. Su padre (no diagnosticado de NF1) falleció por accidente de circulación a los 38 años. La madre presenta a la exploración dos manchas café con leche y acude a la consulta de consejo genético con su nueva pareja donde se plantea un diagnóstico genético pre implantación (DGP). ¿Está indicado en este caso un DGP?**

1. Sí, al tener la madre 2 manchas café con leche es portadora y el DGP está indicado con estos datos.
2. Está indicado tras detectar la mutación causante en el caso índice y eventualmente en su madre.
3. No está indicado pues la NF1 responde a mutaciones en el gen neurofibromín (17q11.2), con herencia recesiva.
4. No, dos manchas café con leche no son diagnósticas y su nueva pareja es muy improbable que sea portador (la NF1 es una enfermedad poco frecuente).
5. Está indicado con estos datos un DGP consistente en seleccionar embriones in vitro, para implantar en el útero materno aquellos sin la mutación.

**222. La precarga cardiaca aumenta cuando se produce:**

1. Una disminución del flujo sanguíneo coronario.
2. Una disminución de la complianza venosa.
3. Un aumento de la contractilidad miocárdica.
4. Una disminución de la postcarga.
5. Un aumento de la permeabilidad capilar.

**223. La reabsorción de sodio en la nefrona distal aumentará cuando se produzca:**

1. Un aumento de la osmolaridad plasmática.
2. Un aumento del volumen de plasma.
3. Un incremento de la concentración de sodio en plasma.
4. Un aumento de la presión arterial media.
5. Un incremento de la concentración de potasio en plasma.

**224. Conociendo la función de las estructuras relacionadas con la percepción del dolor y asumiendo que la estimulación eléctrica puede bloquear la transmisión del dolor, ¿qué estructura no debería ser estimulada eléctricamente para el tratamiento del dolor?**

1. Corteza sensorial primaria.
2. Núcleos intralaminares del tálamo.
3. Sustancia gris periacueductal/periventricular.
4. Columnas dorsales de la médula espinal.
5. Estimulación eléctrica transcutánea de aferencias primarias de bajo umbral.

**225. ¿Que tipo de fibras vegetativas son las que inervan las glándulas sudoríparas y los músculos piloerectores?**

1. Fibras simpáticas adrenérgicas.
2. Fibras simpáticas colinérgicas.
3. Fibras parasimpáticas adrenérgicas.
4. Fibras parasimpáticas colinérgicas.
5. Las glándulas sudoríparas no poseen inervación, siendo controladas únicamente por factores humorales.

**226. La intervención quirúrgica más adecuada para un paciente con megacolon tóxico en el contexto de una colitis ulcerosa es:**

1. Una hemicolectomía izquierda.
2. Una colectomía total con anastomosis ileo-rectal.
3. Una colectomía total con ileostomía terminal.
4. Una proctocolectomía total y anastomosis ileoanal con reservorio ileal.
5. Una ileostomía terminal manteniendo el colon en reposo.

**227. La expresión clínica más frecuente de la hipertensión arterial esencial es:**

1. Ninguna.
2. Cefalea.
3. Astenia.
4. Disnea.
5. Epistaxis.

**228. En un paciente en estudio por sospecha de fibrosis pulmonar idiopática ¿cuál de los siguientes síntomas o signos debe hacernos sospechar un diagnóstico alternativo?**

1. Presencia de síntomas sistémicos.
2. Acropaquias.
3. Disnea de esfuerzo progresiva.
4. Crepitantes finos en la auscultación pulmonar.
5. Edad superior a 50 años.

**229. Hombre de 54 años, con antecedentes personales de DM, HTA e insuficiencia renal crónica leve, que presenta somnolencia y hemiparesia derecha. En la analítica: creatinina de 2.3 mg/dl, Hb 10.3 g/dl y plaquetas 20.000 mm<sup>3</sup>, con coagulación normal. En TAC craneal: lesiones isquémicas con necrosis microhemorrágicas. Posteriormente comienza con deterioro progresivo del nivel de conciencia y aumento de Cr, LDH y bilirrubina no conjugada. Se realiza Coombs directo que es negativo. Esquistocitos en frotis. Ante la sospecha diagnóstica la conducta a seguir es:**

1. Nuevo TAC craneal ante la sospecha de transformación hemorrágica de ictus isquémico.
2. Iniciar plasmaféresis urgente.
3. Inicio de tratamiento con glucocorticoides a dosis de 1mg/kg/día.
4. Buscar causa desencadenante de cuadro de CID.
5. Sospecha de Mieloma Múltiple: aspirado de médula ósea.

**230. Paciente de 40 años, que acude a urgencias por estomatitis aftosa, conjuntivitis, uretritis, balanitis y dolor articular. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos es el más probable?.**

1. Behçet.
2. Síndrome de artritis reactiva.
3. Síndrome de Sweet.
4. Déficit de vitamina A.

5. Infección por Gonococo.

**231. Un lactante de 7 meses acude a urgencias derivado por su pediatra de zona por sospecha de Enfermedad de Kawasaki. Refiere fiebre de hasta 39,5° C de 5 días de evolución que no cede a pesar de tratamiento con amoxicilina pautado hace 72 horas por sospecha de faringoamigdalitis aguda. Durante las últimas 24 horas asocia exantema eritematoso no pruriginoso de evolución cefalo-caudal y durante los últimos días llama la atención a sus padres la tos y una intensa conjuntivitis. No refieren rinorrea. A la exploración clínica presenta subcrepitantes en ambas bases pulmonares sin taquipnea ni signos de dificultad respiratoria. A la exploración orofaríngea se evidencian manchas blanquecinas en mucosa yugal. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?**

1. Enfermedad de Kawasaki.
2. Escarlatina.
3. Reacción alérgica a la amoxicilina.
4. Mononucleosis infecciosa.
5. Sarampión.

**232. ¿Cuál sería el diseño más adecuado para evaluar la eficacia de un nuevo tratamiento para detener la progresión de la enfermedad de Alzheimer leve-moderada?**

1. Ensayo clínico aleatorizado, paralelo, doble ciego, controlado con placebo, de 2 años de tratamiento
2. Ensayo clínico con control histórico de 4 años de tratamiento
3. Estudio retrospectivo de casos y controles
4. Estudio observacional de seguimiento prospectivo durante 5 años
5. Ensayo clínico aleatorizado, abierto, comparado con el tratamiento estándar, de 6 meses de tratamiento

**233. En una paciente de 35 años con un síndrome depresivo en tratamiento con inhibidores de la recaptación de la serotonina está contraindicado el empleo de uno de los siguientes antimicrobianos:**

1. Doxiciclina.
2. Amoxicilina-Clavulánico.
3. Daptomicina.
4. Linezolid.
5. Vancomicina.

**234. ¿Cómo actúan la Cianamida o el Disulfiram en un paciente alcohólico?**

1. Reducen el efecto del OH en el organismo, disminuyendo el posible efecto positivo de un nuevo consumo
2. Incrementan el efecto tóxico del OH, desmotivando al paciente de cara a nuevos consumos
3. Anulan el efecto del OH en el organismo, actuando como antagonistas
4. Por su efecto estabilizador del ánimo posibilitan un mayor control del consumo
5. Ocupan los receptores GABA, reduciendo el "craving"

**235. Paciente de 60 años diagnosticada de neoplasia de mama hace 10 años. Realizó tratamiento con radioquimioterapia y posteriormente tratamiento hormonal durante 5 años. Un estudio con gammagrafía ósea realizado por dolores óseos politópicos demostró la presencia de metástasis óseas. Actualmente está en tratamiento con opioides menores y AINES con buen control del dolor. Acude a consulta por cefalea que no cede con la actual analgesia realizando una TC cerebral que muestra imágenes compatibles con metástasis cerebrales. En relación al tratamiento del dolor indique la CORRECTA:**

1. Se debe cambiar a opioides mayores.
2. Se deben administrar las dosis extras de opioides que sean necesarias.
3. Se deben añadir corticoides.
4. Se debe cambiar a un opioide mayor y mantener los AINES.
5. Se debe ingresar al paciente para tratamiento endovenoso con opioide mayor.