MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

PRUEBAS SELECTIVAS 2015

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 en un cuadernillo de imágenes separado

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 dos 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

En la región postero-lateral de la rodilla se halla situada una estructura cordonal. Está coloreada en amarillo en estas dos imágenes y señalada por flechas. Incluida en la fascia del biceps en el muslo, en la rodilla rodea el cuello del peroné. De su integridad dependen:

1. La sensibilidad de la cara posterior de la pierna y la región aquílea.
2. La capacidad de extensión (flexión dorsal) del tobillo y de los dedos del pie.
3. La capacidad de flexión plantar del tobillo y de los dedos del pie.
4. La sensibilidad de la planta del pie y del pulpejo de los dedos.

2. Pregunta vinculada a la imagen nº2

¿Con cuál de las estructuras señaladas en la imagen contacta directamente el acueducto de Silvio?

1. 1
2. 2
3. 3
4. 4

3. Pregunta vinculada a la imagen nº3

Una paciente diagnosticada de bocio multinodular es sometida a una tiroidectomía total. La imagen muestra el campo quirúrgico al finalizar la intervención (lado izquierdo). ¿Cuál es la estructura señalada con la pinza quirúrgica?

1. Conducto torácico.
2. Nervio laríngeo recurrente.
3. Nervio vago.
4. Nervio laríngeo superior.

4. Pregunta vinculada a la imagen nº4

Mujer de 65 años. Consulta por síndrome constitucional asociado a dolor abdominal epigástrico progresivo irradiado a espalda, de dos meses de evolución. El diagnóstico de sospecha de adenocarcinoma de páncreas se confirma por biopsia guiada por ecoendoscopia. Se realiza TC de abdomen tras administración de contraste intravenoso para valoración de estructuras vasculares próximas al tumor pancreático, a fin de establecer su posible afectación. (ver imagen). ¿Qué estructura vascular está ausente, trombosada por infiltración tumoral, condicionando circulación colateral en la pared gástrica?

1. Vena mesentérica superior.
2. Vena coronaria estomáquica.
3. Vena esplénica.
4. Vena porta.

5. Pregunta vinculada a la imagen nº5

Un hombre de 29 años acude a la consulta por presentar aumento de tamaño de un ganglio linfático en axila desde hace tres meses. No hay otros antecedentes personales de interés, salvo un diagnóstico previo hace 9 meses de eritema indurado. La exploración no ofrece datos relevantes. El diagnóstico más probable de esta biopsia del ganglio linfático es:

1. Linfadenitis dermatopática.
2. Linfadenitis tuberculosa.
3. Sarcoidosis.
4. Linfadenitis sifilítica.

6. Pregunta vinculada a la imagen nº6

Una paciente de 76 años consulta por dolor en la masticación y alteraciones en la oclusión dentaria. Entre sus antecedentes destaca una hipertensión de muchos años de evolución que trata con dieta hiposódica y nifedipino y unos episodios de pérdida de conciencia diagnosticados, hace más de 25 años, de "epilepsia", por los que sigue tratamiento con 100 mg/día de fenitoína. Por lo demás, se encuentra bien, no ha perdido peso y mantiene una vida normal por edad. La exploración de la boca puede observarse en la figura. ¿Cuál sería la actitud más razonable en un primer momento?

1. Dado que el hipotiroidismo es la causa más probable del problema de la paciente, solicitaría una analítica completa que incluya TSH.
2. Consideraría la posibilidad de factores yatrógenos y evaluar la retirada tanto de la fenitoína como del nifedipino.
3. Lo más probable es que factores locales como una mala higiene dental estén en el origen del problema, por lo que haría recomendaciones en este sentido y remitiría la paciente a un odontólogo.
4. La causa más habitual de hiperplasia gingival en la vejez son las leucemias monocíticas, por lo que iniciaría estudios en este sentido.

7. Pregunta vinculada a la imagen nº7

Un joven de 26 años de edad, sin antecedentes patológicos de interés, acude al Servicio de Urgencias por palpitaciones de algo más de una hora de duración. Está consciente y la presión arterial es de 95/60 mm de Hg. El trazado electrocardiográfico se muestra en la imagen. ¿Cuál

de los siguientes le parece el diagnóstico más probable?

1. Taquicardia paroxística supraventricular por reentrada intranodal.
2. Fibrilación auricular en un paciente con síndrome de Wolf-Parkinson-White.
3. Taquicardia ventricular.
4. Fibrilación ventricular.

8. Pregunta vinculada a la imagen nº8

Un hombre de 51 años de edad acude al servicio de urgencias por presentar dolor torácico irradiado a miembro superior izquierdo y espalda, de 90 minutos de duración, asociado a mal estado general, sudoración y signos de deficiente perfusión periférica. A la auscultación presenta ritmo de galope, tercer ruido; y crepitantes en ambas bases pulmonares. Se realiza coronariografía urgente (ver imagen). Tras evaluar esta imagen. ¿Qué alteraciones electrocardiográficas esperaría encontrar en dicho paciente?:

1. Elevación de segmento ST en derivaciones II, III y avF.
2. Elevación de segmento ST en derivaciones V2, V3, V4 y V5.
3. Descenso de segmento ST en derivaciones V2, V3, V4 y V5.
4. Descenso de segmento ST en derivaciones II,III y avF, asociado a descenso en avL.

9. Pregunta vinculada a la imagen nº9

Una mujer de 35 años acude a consulta porque presenta dolor torácico al esfuerzo. No tiene factores de riesgo cardiovascular. Se ausculta un soplo sistólico en foco aórtico que aumenta con la maniobra de Valsalva. El ECG muestra ritmo sinusal, ondas Q, trastornos de la repolarización y criterios de hipertrofia ventricular izquierda. En la figura puede apreciarse una imagen de su ecocardiografía. Señale la opción FALSA:

1. Se trata de una enfermedad hereditaria.
2. Esta enfermedad se asocia a muerte súbita.
3. La fibrilación auricular tiene una mayor incidencia en las personas con esta enfermedad.
4. La disnea no aparecerá hasta que la paciente desarrolle disfunción sistólica ventricular izquierda.

10. Pregunta vinculada a la imagen nº10

Señale en qué tipo de la clasificación de De Bakey se podría incluir la patología que se muestra en la imagen:

1. Tipo I.
2. Tipo II.
3. Tipo III.
4. Para poder clasificarla, se debe de apreciar la zona de reentrada distal a la luz de la aorta, lo que no se visualiza en la imagen.

11. Pregunta vinculada a la imagen nº11

Mujer de 29 años que presenta dolor abdominal mesogástrico, continuo, de cinco días de evolución. Se realiza un estudio de imagen mediante tomografía computarizada, ¿cuál es el diagnóstico más probable?

1. Invaginación ileo-cólica.
2. Ileítis isquémica.
3. Enfermedad de Crohn.
4. Colitis rádica.

12. Pregunta vinculada a la imagen nº12

¿Cuál de los siguientes hallazgos NO esperaría encontrar en el líquido que se muestra en la imagen?

1. Triglicéridos 90 mg/dL.
2. Proteínas totales 3 g/dL.
3. Leucocitos >500/mm3.
4. Gradiente de albúmina 0.9 g/dL.

13. Pregunta vinculada a la imagen nº13

Un paciente de 78 años con historia de síndrome depresivo, hipertensión y dislipemia en tratamiento con trazodona, enalapril y simvastatina y antecedentes de apendicectomía hace 20 años, ingresa por un ictus isquémico en el territorio de la arteria cerebral media izquierda sin criterios de fibrinolisis. En el 5º día del ingreso el paciente presenta una marcada distensión abdominal y ausencia de eliminación de heces y gas. El abdomen es discretamente doloroso a la palpación de forma difusa sin peritonismo y el peristaltismo está disminuido.
Se solicita una radiografía de abdomen. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?.

1. Vólvulo de sigma.
2. Síndrome de Ogilvie.
3. Oclusión intestinal por bridas, en relación a la cirugía previa.
4. Obstrucción intestinal por neoplasia de ciego.

14. Pregunta vinculada a la imagen nº14

Paciente de 40 años, fumador de 25 paquetes/año. Consumidor de alcohol de 20 UBEs

(Unidades de bebida estándar)/día en los últimos meses. Diagnosticado de infección por el VHC hace 8 años sin tratamiento. Relata un cuadro de dolor abdominal de varios días de evolución 2 meses antes por el que no llegó a consultar y que duró aproximadamente 1 semana. Consulta ahora por dolor abdominal inicialmente en epigastrio y posteriormente difuso. En el momento del ingreso se aprecia mal estado general, edemas en extremidades inferiores y un abdomen distendido con signos de ascitis. En la analítica practicada en una muestra de sangre se apreciaron los siguientes datos: creatinina 0,68 mg/dL (0,4-1,2), glucosa 84 mg/dL (75-115), AST 21 UI/L (0-35), ALT 15 UI/L (0-35), albúmina 21 g/L (35-52), bilirrubina 0,6 mg/dL (0,3-1,2), hemoglobina 10,7 g/dL, plaquetas 288.000/mm3, leucocitos 8.200 /mm3, ratio del tiempo de protrombina 1,12 (0,8-1,2). Se realizó una TC abdominal que se presenta en la imagen asociada y también una paracentesis obteniéndose un líquido amarillento claro con los siguientes datos analíticos: glucosa 68 mg/dL, albúmina 17 g/L, bilirrubina 0,4 mg/dL, amilasa 3200 U/L y 200 células /mm3 (70% neutrófilos). Con los datos disponibles, ¿cuál es, entre los siguientes, el diagnóstico más probable en este caso?.

1. Pseudoquiste pancreático con ascitis pancreática.
2. Neoplasia quística pancreática con ascitis por carcinomatosis.
3. Peritonitis secundaria por perforación del tubo digestivo.
4. Descompensación ascítica en paciente con hepatopatía crónica avanzada.

15. Pregunta vinculada a la imagen nº15

Frotis de sangre perteneciente a una paciente multípara de 40 años con síndrome anémico, sin otros antecedentes de interés. Señalado en el frotis con una flecha se observa un glóbulo rojo normal, de color y tamaño. ¿Qué estudio analítico, de los siguientes, proporcionaría el diagnóstico del tipo de anemia que padece esta paciente?

1. Nivel sérico de vitamina B12.
2. Electroforesis de hemoglobinas.
3. Test de Coombs directo.
4. Nivel de ferritina en suero.

16. Pregunta vinculada a la imagen nº16

Una mujer de 38 años sin antecedentes personales de interés, consulta por la aparición de lesiones no pruriginosas en ambas palmas acompañadas de cefaleas, malestar general y febrícula. A la exploración presenta adenopatías palpables cervicales no dolorosas, lesiones en las palmas (figura) y un rash de coloración rosada tenue en el tronco. No recuerda lesiones cutáneo-mucosas en ninguna localización los meses anteriores a la aparición del cuadro actual. En relación al cuadro que presenta la paciente, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?:

1. En esta situación esta indicado realizar citodiagnóstico de Tzanck y tratamiento con aciclovir 800 mg/12 horas durante 5 días de la paciente y de las parejas sexuales identificadas.
2. En esta situación está indicado realizar una serología (VDRL, FTA-ABS) y tratar con una monodosis intramuscular de 2,4 millones de UI de penicilina G benzatina.
3. Sospechar una fiebre botonosa mediterránea y prescribir tratamiento con doxiciclina.
4. Habrá que sospechar un lupus eritematoso sistémico con afectación cutánea e iniciar tratamiento con hidroxicloroquina.

17. Pregunta vinculada a la imagen nº17

Un hombre de 47 años, fumador activo, con historia de abuso de drogas por vía parenteral acude a Urgencias por un cuadro de 2 horas de evolución de dolor costal izquierdo pleurítico de inicio agudo y disnea progresiva hasta hacerse de reposo. En las 2 semanas previas había presentado febrícula, malestar general y tos seca. A la exploración el paciente impresiona de gravedad, está taquipneico a 36 rpm, con tiraje supraclavicular, saturación de oxígeno por pulsioximetría de 81%, cianosis, sudoración, taquicardia a 135 latidos por minuto y PA de 75/47 mm Hg. La tráquea está desviada hacia el lado derecho y la auscultación demuestra ausencia completa de murmullo vesicular en hemitórax izquierdo. Se realiza una serología VIH que resulta positiva y presenta un recuento de linfocitos CD4 de 176 celulas/ml. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

1. Rotura de bulla enfisematosa subpleural.
2. Neumonía bacteriana necrotizante adquirida en la comunidad.
3. Tuberculosis pulmonar.
4. Neumonía por Pneumocystis jiroveci.

18. Pregunta vinculada a la imagen nº18

Hombre de 61 años afecto de síndrome nefrótico con HTA de 160/90 mmHg y función renal conservada. Analíticamente, destaca una tasa de filtrado glomerular (GFR) de 50 mL/min y una proteinuria de 3,48 g/24 horas. Se realizó biopsia renal. En el estudio anatomopatológico se observó un ratio de 3/35 glomérulos esclerosados y una alteración glomerular diagnóstica (figura 1,

PAS, x 200). Se reconocieron ocasionales arteriolas con la pared engrosada y aspecto hialino. Se realizó estudio de inmunofluorescencia directa observándose depósitos de IgG +++ y C3 ++ en el glomérulo, de carácter granular. ¿Cuál es su diagnóstico?

1. Para poder diagnosticar la lesión se precisa tinción de rojo congo para excluir una amiloidosis.
2. Es una glomerulonefritis segmentaria y focal.
3. Es una glomeruloesclerosis diabética.
4. Es una glomerulonefritis membranosa.

19. Pregunta vinculada a la imagen nº19

Paciente que refiere dolores lumbares de repetición, con irradiación a zona inguinal y cadera izquierda. Los hallazgos en la radiografía que se muestra le sugieren el diagnóstico de:

1. Patología discal herniaria.
2. Espondilodiscitisis.
3. Masa retroperitoneal, probablemente liposarcoma.
4. Pielonefritis xantogranulomatosa (por obstrucción litiásica).

20. Pregunta vinculada a la imagen nº20

¿Cuál de las siguientes opciones responde mejor al patrón radiológico de la imagen?

1. Patrón en panal.
2. Patrón destructivo.
3. Patrón miliar.
4. Patrón microquístico.

21. Pregunta vinculada a la imagen nº21

Hombre de 71 años. Fumador de 2-3 cigarrillos al día hasta hace 7 años. Ha trabajado como empleado en empresa de embalaje, sin exposición a humos o polvo. Hipertensión arterial y cardiopatía hipertensiva. Hace 2 años fue diagnosticado de una fibrilación auricular paroxística y recibió tratamiento con amiodarona durante 18 meses a dosis de 200 mg/día y posteriormente 400 mg/día en los últimos 6 meses. Hace 5 meses presentó un cuadro de tos, fiebre y disnea. Se realizó una radiografía de tórax (imagen A) y recibió tratamiento antibiótico y esteroideo con mejoría. El control radiológico posterior fue normal. Acude a consulta por presentar astenia, fiebre y tos de 2 semanas de evolución. En la analítica destaca hemograma normal, proteína C reactiva 9,5 mg/dL (normal 0-1), VSG 39 mm (1ª hora). Se realiza una radiografía de tórax (imagen B) y se decide ingreso. Se realiza una broncoscopia con lavado broncoalveolar, con el siguiente recuento celular: Linfocitos 74% (cociente CD4/CD8 = 0,9), macrófagos 18%, neutrófilos 4%. La citología se informa con presencia de macrófagos espumosos. Se indica realizar una biopsia por videotoracoscopia. Ante los hallazgos clínicos, radiológicos y analíticos con los que ya contamos podemos concluir:

1. El cuadro anatomopatológico más probable es una neumonía organizada.
2. Una neumonitis por amiodarona parece poco probable dado que el paciente ha tomado el fármaco durante 2 años.
3. El cociente linfocitario del lavado broncoalveolar sugiere un cuadro de sarcoidosis.
4. El cuadro sugiere una neumonía de tipo fibrótico.

22. Pregunta vinculada a la imagen nº22

Un hombre de 75 años es evaluado por historia de un año de tos y disnea. No tiene otros problemas médicos y no toma medicaciones. Ha sido fumador de 40 paquetes-año. No tiene animales en casa. Ha trabajado en una sucursal bancaria.
Al examen físico la presión arterial es de 135/75 mmHg, pulso 88 lpm, frecuencia respiratoria 24 rpm. SpO2 88% respirando aire ambiente. No tiene distensión yugular. La auscultación cardiaca es normal. A la auscultación pulmonar se oyen crepitantes bilaterales inspiratorios en bases. Tiene acropaquias (dedos en palillo de tambor) en manos. No tiene edemas en miembros inferiores.

Se le realizan pruebas de función respiratoria que muestran descenso de FEV1 (57% del predicho), descenso de FVC (67% del predicho), cociente FEV1/FVC 0,91 y disminución de la DLCO (42% del predicho).

Se realiza TC torácico que se muestra. ¿Cuál de los siguientes es el diagnóstico más probable?

1. Neumonitis descamativa.
2. EPOC con enfisema.
3. Cáncer de pulmón.
4. Fibrosis pulmonar idiopática.

23. Pregunta vinculada a la imagen nº23

Mujer de 42 años de edad que acude a urgencias por aumento de la disnea en las últimas semanas acompañando leve dolor torácico punzante que aumenta con los movimientos respiratorios. No ha presentado fiebre ni aumento de la tos. A la auscultación pulmonar se objetiva disminución del murmullo vesicular en base derecha. Se realiza la siguiente radiografía del tórax que demuestra la existencia de:

1. Tumor broncogénico.
2. Hernia de Bochdalek.
3. Absceso pulmonar.
4. Neumopericardio.

24. Pregunta vinculada a la imagen nº24

Tomografía Computarizada cerebral realizada con carácter de urgencia ante traumatismo craneoencefálico. ¿Cuál es su diagnóstico?:

1. Hematoma subdural agudo.
2. Hematoma epidural.
3. Lesión cortical (contusión cerebral).
4. Hemorragia intraventricular.

25. Pregunta vinculada a la imagen nº25

Paciente de 60 años con antecedentes personales de carcinoma de pulmón, presenta dorsalgia de dos semanas de evolución y dolor irradiado al brazo y mano derechos desde hace tres días. Se realiza RM de columna que se muestra en la imagen. Ante estos hallazgos clínicos y radiológicos indique la respuesta correcta:

1. Metástasis en el cordón medular con signos de expansión.
2. Metástasis vertebrales con fractura patológica que condiciona una compresión medular.
3. Vértebra en diábolo en el contexto de una osteoporosis.
4. La tomografía computarizada es la prueba de imagen "de elección" en esta patología.

26. Pregunta vinculada a la imagen nº26

Niño de 6 años que presenta dolor inguinal derecho y cojera, de presentación insidiosa y de un mes de evolución. No refiere fiebre ni traumatismos. No infecciones previas. En la exploración se aprecia limitación a la abducción y rotación interna de la cadera derecha, marcha con discreta cojera sin dolor. Resto de exploración sin hallazgos patológicos. Se realiza la radiografía que presentamos. ¿Cuál es su diagnóstico?

1. Enfermedad de Perthes.
2. Sinovitis transitoria de caderas.
3. Artritis séptica de cadera.
4. Se necesita realizar una artrocentesis para establecer el diagnóstico.

27. Pregunta vinculada a la imagen nº27

Mujer de 50 años con lupus eritematoso sistémico que consulta por dolor en rodillas. En la radiografía anteroposterior de rodillas se aprecian signos compatibles con todas las enfermedades que a continuación se enumeran salvo una. Indíquela:

1. Artritis psoriásica.
2. Artrosis.
3. Osteonecrosis.
4. Enfermedad por depósito de pirofosfato cálcico (condrocalcinosis).

28. Pregunta vinculada a la imagen nº28

Se realiza un meta-análisis de dos estudios que comparan un nuevo anticoagulante frente a acenocumarol. Los resultados se muestran en la imagen. Señale la respuesta correcta:

1. Se ha utilizado un modelo de efectos fijos, y es por ello que el estudio con menor número de pacientes tiene más peso en el meta-análisis.
2. Se ha utilizado un modelo de efectos fijos, aunque no es el más apropiado en este caso, ya que hay heterogeneidad significativa entre los estudios.
3. Se ha utilizado un modelo de efectos fijos, y el valor de P de heterogeneidad (P=0,02) indica que el nuevo anticoagulante es superior al acenocumarol.
4. El intervalo de confianza al 95% para el resultado combinado (total) (0,40-0,95) es más amplio que el que se hubiese obtenido usando un modelo de efectos aleatorios.

29. Pregunta vinculada a la imagen nº29

Un ensayo clínico, publicado en New England Journal of Medicine, estudió el efecto de administrar un tratamiento anticoagulante "puente" subcutáneo con heparina de bajo peso molecular respecto de un placebo en pacientes con tratamiento anticoagulante crónico que estaban programados para una intervención quirúrgica, a los que se interrumpió el anticoagulante oral desde unos días antes de la cirugía hasta las 24 horas postoperatorias. Tanto la heparina como el placebo se administraron por vía subcutánea desde 3 días antes y hasta 24 horas antes de la intervención, y posteriormente, desde los días 5 a 10 postoperatorios.
El análisis principal fue para contrastar si el tratamiento con placebo (No bridging) era no inferior a la heparina (Bridging), considerando un margen de no inferioridad del 1% para la diferencia en la aparición de tromboembolismo arterial. Considerando los datos de la tabla adjunta, ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA?

1. Se observó una frecuencia significativamente menor de tromboembolismo arterial en el grupo que recibió tratamiento anticoagulante "puente".
2. No se observaron diferencias significativas en la mortalidad entre los dos grupos.
3. La administración de tratamiento "puente" con heparina de bajo peso molecular se asoció a una mayor frecuencia de sangrados mayores y menores.
4. Se pudo concluir que el tratamiento con placebo no es inferior en cuanto a la frecuencia de tromboembolismo arterial que la utilización "puente" de heparinas de bajo peso molecular, descartando diferencias superiores a un 1%.

30. Pregunta vinculada a la imagen nº30

Una niña de 7 años ingresa en el hospital por presentar un cuadro de 72 horas de evolución de fiebre de hasta 38,5ºC, malestar general y dificultad para la deglución. A la exploración presenta una erupción cutánea generalizada cuyas características se pueden apreciar en la imagen. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

1. Síndrome de la piel escaldada.
2. Síndrome de Stevens-Johnson.
3. Enfermedad mano-pie-boca atípica.
4. Penfigoide ampolloso.

31. Mujer de 20 años con tumoración ovárica de 15 cm, sólido-quística, detectada por ecografía tras presentar síntomas abdominales inespecíficos. En el estudio histopatológico de la pieza correspondiente se encuentran dientes, pelos, zonas de epitelio intestinal, áreas de epitelio escamoso (15%) y bronquial, así como elementos neuroectodérmicos y embrionarios en varias de las preparaciones histológicas. En referencia a este caso, señale el diagnóstico correcto:

1. Teratocarcinoma.
2. Teratoma inmaduro.
3. Teratoma quístico maduro.
4. Disgerminoma.

32. Mujer de 59 años que presenta diarrea crónica acuosa de 4 meses de evolución. En la endoscopia, la mucosa no mostraba aspectos relevantes. En concreto, no se observaron úlceras o áreas friables. Se realizó biopsia del colon transverso. En el estudio histopatológico se reconoció un área engrosada por debajo del epitelio de revestimiento superficial, que era más evidente mediante técnica de tricrómico de Masson y que conllevaba atrofia y denudación epitelial. También se apreció un claro incremento en la densidad de linfocitos intraepiteliales. ¿El diagnóstico de la lesión intestinal es?

1. Colitis ulcerosa cronificada.
2. Colitis pseudomembranosa.
3. Colitis colágena.
4. Enfermedad de Crohn fibrosante.

33. Mujer de 67 años diagnosticada de un carcinoma ductal infiltrante de mama y sin historia familiar de neoplasia. ¿Qué estudios adicionales deben realizarse en el tumor por sus implicaciones clínico-terapéuticas?

1. Estudio fenotípico completo mediante citometría de flujo.
2. Estudio de receptores hormonales y de HER2.
3. Estudio de receptores hormonales, e-cadherina y estudio de familiares de primer grado.
4. Estudio de BRCA 1-2 y estudio de familiares de primer grado.

34. ¿Cuál es la lesión anatomopatológica característica de la enfermedad de Creutzfeldt Jakob en el cerebro?

1. Reacción inflamatoria perineuronal.
2. Cuerpos de inclusión en las neuronas.
3. Acúmulos de depósitos fibrilares en el intersticio.
4. Vacuolización del neuropilo.

35. ¿Cuál de los siguientes agonistas de receptores adrenérgicos tiene efecto hipotensor?

1. Dopamina.
2. Clonidina.
3. Terbutalina.
4. Efedrina.

36. Respecto a la hepatotoxicidad por paracetamol, señale la respuesta correcta:

1. Resulta agravada por el déficit de vitamina E.
2. La N-acetilsalicilina reduce la gravedad de la necrosis.
3. Se produce por la acumulación de un metabolito tóxico del glutatión.
4. El patrón de presentación más habitual es el colestásico.

37. Entre los fármacos opiáceos, ¿Cuál evitaría en un paciente con historia de predisposición a presentar convulsiones?

1. Tramadol.
2. Hidroxicodona.
3. Fentanilo.
4. Morfina.

38. Se considera que dos fármacos son bioequivalentes cuando:

1. Contienen el mismo principio activo, aunque cambien los excipientes.
2. Su vida media biológica, semivida o t½, no difiere en más de un 5%.
3. Los procesos de biotransformación metabólica tienen lugar a través de las mismas isoformas enzimáticas.
4. Presentan una biodisponibilidad similar.

39. La glucosa se metaboliza dentro de la célula beta para estimular la secreción de insulina. ¿Cuál de los siguientes elementos NO interviene en dicho proceso?:

1. Glucoquinasa.
2. Transportador de glucosa (GLUT).
3. Canal de calcio.
4. Enzima limitante de la insulinosecreción.

40. ¿Cuál de las siguientes cifras de albúmina en orina se define como microalbuminuria?

1. Menos de 30 mg en 24 horas.
2. Menos de 300 mg en 24 horas.
3. Entre 30 y 300 mg/g de creatinina.
4. Entre 300 y 1000 mg/g de creatinina.

41. Respecto de la vitamina B12 ¿qué opción considera correcta?:

1. Su principal fuente para el organismo es la ingesta de frutas y verduras.
2. Sus depósitos se localizan en el hígado.
3. Se conjuga en el íleon con el factor intrínseco.
4. Su déficit conduce a reducción de los niveles de homocisteína en plasma.

42. Con respecto al músculo esquelético, elija la opción correcta:

1. En reposo, el músculo solo tiene ATP suficiente para mantener la contracción durante unos segundos.
2. La creatina fosfato es una molécula con un potencial de transferencia de fosforilos bajo.
3. Durante un ejercicio intenso, la lactato deshidrogenasa oxida el piruvato en exceso a lactato.
4. La alanina es utilizada para transportar nitrógeno y esqueletos carbonados desde el hígado al músculo.

43. ¿Qué hallazgo de laboratorio espera encontrar en una paciente con anorexia nerviosa que realiza continuos vómitos?

1. Hipoamilasemia.
2. Disminución del bicarbonato sérico.
3. Hipocloremia.
4. Hiperpotasemia.

44. Amalia es una niña de 3 años que ha sido intervenida de tetralogía de Fallot. Presentó además una disfunción tímica en el periodo neonatal y una hipocalcemia así como una voz nasal junto a retraso psicomotor. ¿Qué prueba genética considera más adecuada para llegar a su diagnóstico etiológico?

1. Estudio de delección 22q11 (síndrome de DiGeorge o Velo-cardio-facial).
2. Estudio de la expansión del gen FMR1, responsable del síndrome de X fragil.
3. Secuenciación de los genes relacionados con el HRAS (síndrome de Noonan)
4. Estudio genético de síndrome de Williams Beuren.

45. Francisco es un niño afecto de fenilcetonuria, enfermedad autosómico recesiva debida a mutaciones del gen de la fenilalanina hidroxilasa. ¿Qué posibilidades tienen sus padres de tener otro hijo afecto de dicha enfermedad?

1. Un 50% independientemente del sexo de los hijos.
2. Un 25% independientemente del sexo de los hijos.
3. Un 50% de los niños y un 25% de las niñas.
4. Un 50% de las niñas y un 25 % de los niños.

46. ¿De qué naturaleza son los anticuerpos inmunes que pueden provocar enfermedad hemolítica del recién nacido en casos de incompatibilidad feto-materna?

1. IgM.
2. IgA.
3. IgE.
4. IgG.

47. Indique la variante genética del HLA que expresa el 90 % de los pacientes celíacos:

1. DQ8.
2. DQ2.
3. B27.
4. B12.

48. Señale la respuesta INCORRECTA respecto al edema angioneurótico hereditario de tipo I.

1. Se hereda siguiendo un patrón de herencia autosómico recesivo.
2. Se debe a una deficiencia cuantitativa de la proteína C1-inhibidor.
3. Se caracteriza por brotes repetitivos y autolimitados de angioedema, que pueden poner en riesgo la vida del paciente.
4. Es el déficit hereditario de complemento más frecuente.

49. ¿Cuál de los siguientes cambios genéticos es capaz de modificar la región variable del alelo que codifica para la cadena ligera de una inmunoglobulina después de que el linfocito B que la expresa reconozca un antígeno en un ganglio linfático?

1. Recombinación somática.
2. Diversidad de unión por adición de nucleótidos N (no codificados).
3. Hipermutación somática.
4. Diversidad de unión por adición de nucleóticos P (palindrómicos).

50. Un hombre de 58 años refería una historia de 3 semanas de evolución con lesiones cutáneas progresivas, medianamente dolorosas, en su brazo izquierdo. Había empezado como una lesión eritematosa en su pulgar izquierdo. Tenía unas estrías rojizas visibles como líneas de conexión entre las lesiones. El paciente no presentaba fiebre ni otros síntomas generales. Había estado trabajando en su jardín pero no recordaba haberse hecho ninguna herida. El diagnóstico etiológico se realizó por cultivo de una biopsia cutánea. ¿Cuál es el agente causal más probable de este proceso?

1. Dermatofitosis por Microsporum gypseum.
2. Infección cutánea por Staphylococcus aureus.
3. Esporotricosis.
4. Infección cutánea por Mycobacterum marinum.

51. El germen que produce con mayor frecuencia bursitis séptica es:

1. Estreptococo viridans.
2. Estafilococo aureus.
3. Neisseria gonorrhoeae.
4. Estreptococo pneumoniae.

52. ¿Cuál es el reservorio de Salmonella typhi A en una persona portadora?

1. Los divertículos del colon.
2. La vesícula biliar.
3. El intestino delgado.
4. El intestino grueso.

53. En pacientes con enfermedades hematológicas, ocasionalmente puede producirse un cuadro de "cistitis hemorrágica". Entre las múltiples etiologías de este proceso se incluyen algunos virus. ¿Cuál de los citados a continuación es el más frecuentemente implicado?

1. Poliomavirus BK.
2. Virus herpes simplex tipo 2.
3. Poxvirus.
4. Enterovirus 71.

54. Una de las siguientes afirmaciones referidas a los virus de la hepatitis NO es correcta. Indíquela:

1. En contraste con el VHB y VHC, la transmisión por sangre del VHA es poco común, porque la viremia es breve y de bajo título.
2. El VHE es un virus defectivo que usa el antígeno del superficie del VHB como su proteína de envoltura.
3. La polimerasa codificada por el VHB actúa como una transcriptasa inversa usando el RNAm vírico como molde para la síntesis de los genomas de DNA progenie.

4. La detección del HBsAg durante más de seis meses indica un estado del portador crónico.

55. Una paciente de 70 años ingresa en UCI tras sufrir IAM anterior tratado mediante angioplastia coronaria y colocación de stent en la arteria descendente anterior. 4 días después presenta bruscamente hipotensión que obliga a aporte vigoroso de volumen, inicio de drogas vasoactivas, intubación orotraqueal y conexión a la ventilación mecánica. A la exploración física destaca un soplo no presente previamente. Ante la sospecha de complicación mecánica del infarto, se realiza ecocardiografía transtorácica que muestra derrame pericárdico. Señale la Respuesta CORRECTA:

1. La mortalidad con tratamiento médico es del 20%.
2. En caso de rotura de pared libre hay salto oximétrico en el ventrículo derecho en el cateterismo de Swan-Ganz.
3. En caso de rotura de pared libre no hay frémito palpable.
4. Las complicaciones mecánicas suelen aparecer en el primer día postinfarto.

56. Paciente de 54 años que ingresa por fiebre termometrada de 38ºC en los cinco días previos y disnea de reposo (NYHA IV) que apareció 6 horas antes de acudir al hospital. En urgencias la exploración es compatible con insuficiencia cardiaca y el ECG muestra bloqueo auriculoventricular completo con una frecuencia ventricular de escape de 45 lpm. Los signos de insuficiencia cardiaca son refractarios al tratamiento médico y la ecocardiografía transesofágica realizada muestra una válvula aórtica con orificio regurgitante efectivo de 0.5 cm2. Los cultivos seriados son positivos para Streptococcus gallolyticus. Indique la actitud más acertada:

1. Cirugía cardiaca de reemplazo valvular aórtico por prótesis mecánica con terapia antibiótica según antibiograma.
2. Terapia antibiótica según antibiograma e implantación de balón de contrapulsación intra-aórtico y marcapasos transitorio hasta 3 semanas, tras las cuales se implantará marcapasos definitivo.
3. Implantación de marcapasos transitorio, terapia antibiótica según antibiograma e implantación percutánea de prótesis valvular aórtica.
4. Implantación urgente de marcapasos definitivo con terapia antibiótica según antibiograma durante 6 semanas.

57. Mujer de 72 años que acude al hospital por dolor torácico opresivo de 2 horas de evolución. La presión arterial es de 68/32 mm Hg, la frecuencia cardiaca es de 124 latidos/min, la frecuencia respiratoria es de 32 respiraciones/min, la saturación de oxígeno del 91% con oxígeno al 50%. A la auscultación pulmonar se aprecian crepitantes bilaterales. Se realiza un ECG que muestra lesión subepicárdica en cara anterior, con imagen especular en cara inferior. En la radiografía de tórax se aprecia patrón alveolar bilateral. ¿Cuál es su decisión terapeútica?

1. Iniciar infusión de nitratos i.v.
2. Realizar fibrinolisis con tenecteplase (TNK).
3. Realizar angioplastia coronaria urgente.
4. Administrar furosemida 40 mg i.v.

58. ¿Cuál de los siguientes síntomas asociados con la hipertensión arterial tiene peor pronóstico?

1. Pérdida brusca de fuerza de pierna y brazo derechos de 10 minutos de duración.
2. Epistaxis de 30 minutos de duración.
3. Cefalea nucal vespertina.
4. Taquicardia y temblor.

59. Mujer de 73 años de edad que ingresa por cuadro de disnea progresiva hasta hacerse de reposo, ortopnea y aumento de 4 kg de peso. En la exploración física se aprecia presión arterial de 150/84 mm Hg, frecuencia cardiaca 100 latidos/minuto, aumento de la presión venosa yugular, crepitantes en ambas bases y edemas maleolares. Tratamiento habitual: enalapril 5 mg cada 12 horas, furosemida 80 mg al día.

¿Cuál es el tratamiento más adecuado en este momento?

1. Administrar furosemida por vía intravenosa.
2. Aumentar dosis de enalapril según tolerancia y administrar furosemida por vía intravenosa.
3. Iniciar un beta-bloqueante.
4. Añadir tratamiento con amlodipino.

60. Hombre de 60 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial y dislipemia ha sido recientemente diagnosticado de insuficiencia cardiaca. Tras realizar las pruebas pertinentes se objetiva que conserva la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (>50%). En relación al tratamiento señale la respuesta INCORRECTA:

1. El tratamiento inicial debería dirigirse al proceso patológico subyacente.
2. El tratamiento con diuréticos debe iniciarse a dosis altas.
3. En caso de precisar tratamiento con nitratos debe iniciarse a dosis bajas.
4. La disnea puede tratarse reduciendo la activación neurohormonal con inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina o antagonistas de los receptores de la angiotensina.

61. ¿Qué tratamiento prescribiría a una paciente con historia previa de pericarditis aguda que ingresa por un nuevo episodio, para evitar recurrencias?

1. Colchina asociada a aspirina o antiinflamatorios.
2. Prednisona.
3. Tratamiento tuberculostático.
4. Prednisona asociada a aspirina o antiinflamatorios.

62. Un paciente consulta por latido vascular cervical prominente. Al auscultarle se escucha un soplo diastólico de alta frecuencia. ¿Cuál es la causa?

1. Ductus persistente.
2. Disfunción músculo papilar.
3. Estenosis mitral.
4. Insuficiencia aórtica.

63. Mientras realiza la anamnesis a un paciente que consulta por dolor torácico en un Servicio de Urgencias, éste pierde la conciencia, usted le estimula y no responde, le abre la vía aérea y comprueba que el paciente no respira y no le encuentra el pulso carotídeo. Tras pedir ayuda, ¿cuál es la siguiente maniobra que debería realizar?

1. Compresiones torácicas.
2. Golpe precordial.
3. Ventilaciones de rescate.
4. Intubación oro-traqueal.

64. Paciente de 65 años que presenta disnea progresiva de 5 días de evolución hasta hacerse de reposo, ortopnea de tres almohadas y episodios de disnea paroxística nocturna. A la auscultación destaca crepitantes bilaterales, soplo holosistólico irradiado a axila y ritmo de galope por tercer y cuarto ruido. Señale la afirmación INCORRECTA:

1. El tercer ruido coincide con la fase de llenado rápido de la diástole ventricular del ciclo cardiaco.
2. El diagnóstico más probable es el de insuficiencia cardiaca.
3. El soplo holosistólico puede corresponder a una insuficiencia mitral.
4. El cuarto ruido suele aparecer cuando existe un cierto grado de estenosis valvular.

65. Señale de entre las siguientes la complicación más probable que presenta el paciente intervenido, hace 20 años, de úlcera gástrica mediante antrectomía y gastroyeyunostomía (Billroth II) que acude a su consulta refiriendo dolor abdominal postpradial, distensión abdominal, diarrea y datos analíticos de malabsorción de grasas y de vitamina B12:

1. Gastropatía por reflujo biliar.
2. Adenocarcinoma gástrico.
3. Síndrome de evacuación gástrica rápida (dumping).
4. Síndrome de asa aferente con sobrecrecimiento bacteriano.

66. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA respecto a la estadificación del cáncer de páncreas?

1. La estadificación local puede realizarse con RM y TC.
2. La invasión tumoral arterial es un criterio de irresecabilidad.
3. La infiltración focal de la vena mesentérica superior no es una contraindicación a la cirugía.
4. La biopsia preoperatoria de los tumores pancreáticos es habitualmente necesaria para decidir el tratamiento quirúrgico.

67. De los siguientes, ¿cuál se considera en la actualidad el aspecto más importante en la evaluación del abdomen agudo?

1. Realización de una anamnesis completa y exploración física minuciosa.
2. Valoración del hemograma, especialmente el recuento y fórmula leucocitarios.
3. Valoración de los resultados obtenidos en la ecografía de abdomen.
4. Valoración de los resultados obtenidos en la TC abdominal.

68. La existencia de hipertrofia congénita del epitelio pigmentario de la retina es típica en los pacientes con:

1. Poliposis adenomatosa familiar.
2. Síndrome de Peutz-Jeghers.
3. Síndrome de Cronkhite-Canada.
4. Síndrome de Cowden.

69. Un hombre de 60 años de edad con colitis ulcerosa extensa de 15 años de evolución y en remisión clínica los últimos 3 años, acude a nuestra consulta para informarse sobre el riesgo de cáncer colorrectal y sobre la posibilidad de participar en programas de prevención. Es correcto informarle que:

1. La colitis ulcerosa solo se asocia a un incremento en el riesgo de cáncer colorrectal en fumadores.
2. En su caso, dado que está en remisión de larga duración, se considera adecuado el cribado aconsejado a la población general.
3. En casos como el suyo se considera adecuado someterse a colonoscopias periódicas con toma de múltiples biopsias escalonadas a lo largo de todo el colon.
4. En casos como el suyo se considera adecuado el cribado mediante estudios periódicos de sangre oculta en heces pero con una frecuencia superior a la utilizada en el cribado de la población general.

70. ¿Cuál de las siguientes técnicas de endoscopia digestiva, está asociada a mayor riesgo de complicaciones mayores?

1. Ecoendoscopia digestiva alta diagnóstica.
2. Esclerosis de varices esofágicas.
3. Colonoscopia diagnóstica en paciente con dolicocolon.
4. Polipectomía de pólipo en colon descendente de morfología sesil.

71. Joven de 18 años de edad con antecedentes de asma, alergia a pólenes, ácaros y pelo de gato, acude a urgencia refiriendo sensación de detención de alimentos a nivel retroesternal con práctica incapacidad para deglutir su propia saliva. Refiere episodios similares en otras ocasiones que han cedido de forma espontánea en pocos minutos. ¿Cuál de los siguientes es el diagnóstico más probable?

1. Esófago de Barrett.
2. Anillo esofágico distal (Schaztki).
3. Esofagitis infecciosa.
4. Esofagitis eosinofílica.

72. Señale la respuesta FALSA de entre las siguientes en relación con el concepto de gastritis:

1. Es un término que debe reservarse para la definir la existencia de inflamación histológica en la mucosa gástrica.
2. Existe un espectro de manifestaciones clínicas claramente definidas en relación con la existencia de gastritis.
3. El Helicobacter pylori es una causa frecuente de gastritis.
4. Existe una escasa correlación entre los datos histológicos, los síntomas del paciente y los datos endoscópicos.

73. Un hombre de 52 años sin enfermedades concomitantes, acude a urgencias por melenas de 24 horas de evolución sin repercusión hemodinámica. Niega consumo de antiinflamatorios no esteroideos. El hematocrito es de 33% y esl resto de la analítica es normal. La endoscopia digestiva alta realizada de forma urgente a las 6 horas del ingreso muestra un estómago normal, sin sangre ni restos hemáticos y una úlcera excavada de 8 mm de diámetro en cara anterior del bulbo duodenal con "vaso visible" en su base y sin sangrado activo. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?

1. En la endoscopia inicial está indicado aplicar una terapéutica endoscópica y posteriormente instaurar tratamiento endovenoso con dosis altas de un inhibidor de la bomba de protones. Esta estrategia ha demostrado reducir el riesgo de recidiva hemorrágica y la mortalidad.
2. En la endoscopia inicial, dada la ausencia de sangrado activo, no está indicado aplicar una terapéutica endoscópica. Posteriormente, para reducir el riesgo de recidiva hemorrágica, se deberá instaurar tratamiento endovenoso con dosis altas de un inhibidor de la bomba de protones.
3. En la endoscopia inicial está indicado aplicar una terapéutica endoscópica. No se ha podido demostrar que instaurar posteriormente tratamiento endovenoso con dosis altas de un inhibidor de la bomba de protones aporte beneficio adicional alguno.
4. Dado que se trata de una úlcera complicada (hemorragia) la mejor opción terapéutica una vez resuelto el episodio hemorrágico, es una vagotomía y piloroplastia.

74. Un hombre de 67 años, diagnosticado de cirrosis hepática y bebedor activo, ingresa por cuadro de distensión abdominal progresiva con malestar difuso, de dos semanas de evolución. No refiere fiebre ni otros síntomas. A la exploración destaca matidez cambiante a la percusión abdominal, con ausencia de edemas. Se realiza una paracentesis diagnóstica, encontrando un líquido ligeramente turbio, con 2300 células/mL, de las cuales 30% son linfocitos, 60% polimorfonucleares y 10% hematíes. ¿Cuál es la primera medida terapéutica que pautaría en este paciente de forma inmediata?

1. Restricción de sal y líquidos.
2. Tratamiento diurético con espironolactona oral.
3. Tratamiento con una cefalosporina de tercera generación.
4. Paracentesis evacuadora.

75. Indique la situación clínica que, en relación con la infección por virus de la hepatitis B, presenta un paciente de 5 años procedente de Nigeria, con exploración física normal y con la siguiente serología frente a hepatitis B: HBsAg + / ANTI-HBs – / HbeAg - / ANTI-HBe + / ANTI-HBc IgM -/ ANTI-HBc IgG + / DNA VHB +:

1. Infección aguda.
2. Infección crónica.
3. Paciente vacunado.
4. Portador asintomático.

76. En relación al trasplante hepático, señale de las siguientes la respuesta CORRECTA:

1. La indicación de trasplante hepático más frecuente en la actualidad es la cirrosis por infección del virus B (VHB).
2. Las metástasis hepáticas por cáncer de colon constituyen una indicación aprobada para trasplante hepático.
3. El sistema MELD es un modelo pronóstico que permite la priorización para el trasplante hepático de los enfermos en lista.
4. El trasplante hepático sería la mejor opción de tratamiento para un paciente de 45 años con un hepatocarcinoma difuso.

77. Un paciente con gastroenteritis por Salmonella, acude a la consulta. El paciente está deshidratado. ¿Qué tratamiento le darías, sabiendo que, previamente, el paciente no tenía ninguna enfermedad?

1. Amoxicilina endovenosa.
2. Ciprofloxacino oral.
3. Ceftriaxona intramuscular.
4. Hidratación oral o endovenosa.

78. ¿Cuál de las siguientes enfermedades NO se asocia a sobrecrecimiento bacteriano intestinal?

1. Enfermedad celíaca.
2. Esclerosis sistémica.
3. Divertículos yeyunales.
4. Enteritis por radiación.

79. ¿Cuál de las siguientes opciones es FALSA en relación al tumor mucinoso papilar intraductal pancreático?

1. Se consideran lesiones premalignas.
2. Pueden afectar tanto al conducto pancreático principal como a las ramas secundarias y se caracterizan por presentar epitelio productor de mucina.
3. La presencia de nódulos en la pared de la lesión no constituye un signo de alarma.
4. Cuando afecta a las ramas secundarias, la resección quirúrgica está indicada si es mayor de 3 cm.

80. ¿Cuál de los siguientes NO se considera factor de riesgo de carcinoma de la vesícula biliar?:

1. Litiasis biliar.
2. Alcoholismo crónico.
3. Vesícula en porcelana.
4. Pólipo vesicular de 15 mm.

81. Acude a la consulta una mujer de 30 años de edad refiriendo en los tres últimos meses ansiedad, pérdida de unos 6 kg de peso y sensación de "nerviosismo". En la exploración física destaca taquicardia, hiperreflexia y ausencia de bocio. En la analítica realizada los valores de la TSH son < a 0.01 microU/mL, la T4 está elevada y los niveles de tiroglobulina descendidos. Al realizarle una gammagrafía se detecta una ausencia de captación en la región tiroidea. ¿Cuál le parece el diagnóstico más probable?:

1. Tirotoxicosis facticia.
2. Hipertiroidismo por Enfermedad de Graves.
3. Teratoma de ovario (estruma ovárico).

4. Tiroiditis subaguda.

82. Mujer diagnosticada de diabetes mellitus tipo 1 desde hace 24 años. Acude a consulta con clínica de 3 meses de evolución de hormigueos en ambos pies, con distribución en calcetín, con dolor parestésico y sensación de pies calientes de predominio nocturno, que interfiere notablemente su sueño. ¿Cuál de los siguientes fármacos utilizaría en primera línea para el tratamiento de su patología?

1. Ibuprofeno.
2. Oxicodona.
3. Duloxetina.
4. Paracetamol.

83. Hombre de 49 años que consulta por poliuria y polidipsia intensas y pérdida involuntaria de 10 kg de peso y es diagnosticado de diabetes mellitus por una glucemia plasmática de 322 mg/dL y una hemoglobina glicosilada de 9,8%. Su médico le da recomendaciones dietéticas, la conveniencia de realizar ejercicio físico, e inicia tratamiento con metformina 850 mg/12 horas y glimepirida 6 mg/día. En las semanas siguientes los controles glucémicos se van reduciendo progresivamente. A los 4 meses la glucemia es de 94 mg/dL y la HbA1c de 5,9%. El paciente se queja de episodios frecuentes de mareo, dolor epigástrico, visión borrosa, sudoración y temblor, que mejoran comiendo algo y que ocurren sobre todo al final de la mañana y al final de la tarde. ¿Qué modificación propondría en su tratamiento?

1. Revisar la distribución de hidratos de carbono de su dieta.
2. Suspender la metformina.
3. Suspender la sulfonilurea.
4. Sustituir la metformina por un inhibidor de la DPP4.

84. En un hombre diabético de 70 años con antecedentes de cardiopatía isquémica, ¿cuál es la diana terapéutica respecto a cifras de colesterol LDL y Hemoglobina glicosilada (Hb A1c)?

1. LDLc<115 mg/dL y Hb A1c <6.5%.
2. LDLc<100 mg/dL y Hb A1c <7%.
3. LDLc<70 mg/dL y HbA1c <7%.
4. LDLc< 115mg/dL y Hb A1c <7%.

85. Un chico de 22 años de edad con hiposmia presenta falta de desarrollo de caracteres sexuales secundarios e infertilidad. Volumen testicular de 4 mL bilateral. Analíticamente, FSH 1,2 U/L (vn 5-15); LH 0,6 U/L (vn 3-15); testosterona 100 ng/dL (vn 300-1200), prolactina normal. Señale el tratamiento que le propondrá para conseguir fertilidad:

1. Bomba de infusión de GnRH.
2. Administración intramuscular mensual de triptorelina.
3. Administración intramuscular de FSH y LH una vez por semana.
4. Tratamiento con bromocriptina.

86. Nos remiten desde oftalmología a un hombre de 31 años que consultó por pérdida de visión y cefalea progresiva. En la exploración física se constata una hemianopsia temporal y en la resonancia magnética hipofisaria una tumoración de 35 x 30 x 20 mm que comprime quiasma y seno cavernoso. Los resultados del estudio funcional son cortisol 14 microg/dL, TSH 1,4 microU/mL, T4L 1,2 ng/dL, prolactina 480 microg/L (vn < 15), testosterona 160 ng/dL (vn 300-1200), FSH 1,2 U/L (vn 5-15) y LH 2 U/L (vn 3-15). ¿Cuál es el abordaje terapéutico inicial?:

1. Agonistas dopaminérgicos.
2. Cirugía transesfenoidal.
3. Radioterapia externa o radiocirugía.
4. Tratamiento del hipogonadismo hipogonadotropo con testosterona.

87. En un paciente hospitalizado que no es capaz de alimentarse por vía oral durante más de 6 días, ¿en cuál de las situaciones clínicas siguientes hemos de usar necesariamente nutrición parenteral?

1. Ictus cardioembólico con disfagia neurológica completa.
2. Caquexia por empiema crónico en paciente inmunodeprimido.
3. Íleo paralítico prolongado.
4. Enfermedad de Alzheimer avanzada con grave riesgo de broncoaspiración.

88. En unos análisis de rutina de una mujer de 59 años, fumadora de 20 cigarrillos/día desde hace 25 años, se detecta una hipercalcemia de 11,3 mg/dL con un fósforo de 3,4 mg/dL. NO resultaría eficiente de entrada:

1. Determinar niveles séricos de PTH.

2. Determinar niveles séricos de vitamina D.
3. Determinación de hidroxiprolinuria.
4. Una radiografía simple de tórax.

89. Señalar el metabolito de la esteroidogénesis suprarrenal de mayor utilidad en el diagnóstico de déficit tardío de 21-hidroxilasa:

1. Pregnenolona.
2. 17-OH-pregnenolona.
3. 17-OH-progesterona.
4. Dehidroepiandrosterona (DHEA).

90. Una mujer de 35 años consulta por un nódulo tiroideo derecho detectado incidentalmente una mañana al observarse en el espejo un bulto en la cara anterior del cuello. Tras los estudios pertinentes se decide intervenir quirúrgicamente a la paciente realizándose una tiroidectomía total con vaciamiento del componente ganglionar central, siendo el informe del patólogo de nódulo tiroideo de 2,3 cm ocupado en su totalidad por un carcinoma papilar de tiroides, variante células altas, sin infiltración vascular pero sí capsular. Las concentraciones de tiroglobulina 24 h después de la tiroidectomía son de 14 ng/mL. ¿Cuál sería el siguiente paso que usted daría en esta paciente?

1. Remitir de nuevo a la paciente al cirujano para que realice un vaciamiento ganglionar laterocervical derecho.
2. Iniciar tratamiento con una dosis de levotiroxina supresora de TSH y citarla a revisión 6 meses después con una nueva determinación analítica de tiroglobulina y una ecografía cervical.
3. Solicitar un PET-TAC para ver si hay afectación ganglionar.
4. Demorar el inicio del tratamiento sustitutivo-supresor de TSH con levotiroxina y remitir la paciente al servicio de Medicina Nuclear para la administración de una dosis ablativa de 100 mCi de I131.

91. La determinación en una mujer de 70 años de hematocrito 32 %, Hb 9,6 g/dL, VCM 85 fL (70-99), hierro 25 microg/dL (37-145) y ferritina 350 ng/mL (15-150), es más sugestivo de:

1. Pérdida de sangre reciente por aparato digestivo.
2. Malabsorción intestinal.
3. Polimialgia reumática.
4. Talasemia minor.

92. ¿Cuál de las siguientes alteraciones justifica una prolongación del tiempo de protrombina, con normalidad del tiempo de tromboplastina parcial activada, y que se corrige tras la incubación con plasma normal?:

1. Deficiencia de Factor V.
2. Deficiencia de Factor VII.
3. Deficiencia de Factor XII.
4. Inhibidor adquirido frente al factor VIII.

93. Mujer de 46 años con antecedentes de valvulopatía reumática, que precisa sustitución valvular mitral por una prótesis mecánica. La evolución postoperatoria inicial es favorable. Sin embargo, tras comenzar tratamiento con acenocumarol desarrolla un cuadro de necrosis cutánea afectando región abdominal y extremidades. ¿Cuál de las siguientes alteraciones justificaría este cuadro?

1. Deficiencia de antitrombina.
2. Factor V Leiden.
3. Hiperhomocisteinemia.
4. Deficiencia de proteína C.

94. Hombre de 51 años que es ingresado desde Urgencias por anemia macrocítica (Hb 6,3 g/dL, VCM 120 fL). En los estudios realizados se descarta un origen carencial. Los reticulocitos son de 24000/microL. El estudio de médula ósea es compatible con un síndrome mielodisplásico (SMD). La citogenética muestra una delección en 5q. ¿Cuál es la afirmación correcta en relación a este paciente?

1. Esta delección (5q-) es una alteración de buen pronóstico y tiene un tratamiento específico (la lenalidomida).
2. Lo recomendable en este paciente sería realizar tipajes HLA para organizar un trasplante alogénico.
3. Se trata de un paciente con un Índice Internacional de Pronóstico (IPSS) alto.
4. El tratamiento en este caso serían las transfusiones únicamente.

95. La tricoleucemia (leucemia de células peludas) presenta como rasgos característicos clínico-biológicos:

1. Linfocitosis en sangre periférica superior a 50.000 linfocitos /microL.
2. Marcadores de línea linfoide T.

3. Eritrodermia generalizada exfoliativa, placas y tumores cutáneos.
4. Pancitopenia y esplenomegalia.

96. Una mujer de 25 años se presenta en el servicio de Urgencias por presentar en los últimos días equimosis y petequias en extremidades inferiores, así como gingivorragia. En el hemograma presenta los siguientes datos: Hb 13 g/dL, leucocitos 8.500/microL con fórmula leucocitaria normal y plaquetas 9.000/mm3. La determinación de los tiempos de coagulación es normal. ¿Cuál de las siguientes pruebas diagnósticas NO es preciso realizar?

1. Mutación JAK-2.
2. Aspirado de médula ósea.
3. Anticuerpos antinucleares.
4. Frotis de sangre periférica.

97. Paciente de 35 años que, debido a hematemesis por ulcus, recibe una transfusión de 2 concentrados de hematíes. A los 5-10 minutos de iniciarse la transfusión comienza con fiebre, escalofríos, hipotensión y dolor en región lumbar. ¿Cuál sería el diagnóstico más probable?

1. Contaminación bacteriana de la sangre.
2. Reacción febril secundaria a la transfusión.
3. Reacción febril por el plasma que contamina los hematíes.
4. Reacción transfusional hemolítica.

98. El médico de guardia solicita al banco de sangre hemoderivados para un paciente politraumatizado del grupo A+. Si no se dispusiera este, ¿cuál de los siguientes sería el tratamiento alternativo más correcto?

1. Concentrado de hematíes del grupo AB+ y plasma AB.
2. Concentrado de hematíes del grupo B+ y plasma AB.
3. Concentrado de hematíes del grupo 0+ y plasma AB.
4. Concentrado de hematíes del grupo B+ y plasma B.

99. Respecto a la enfermedad del injerto contra huésped (EICH) post-trasplante de progenitores hemopoyéticos. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?

1. El proceso fisiopatológico de la EICH tiene su origen en las células T del donante.
2. La profilaxis de la EICH consiste en tratamiento inmunosupresor, frecuentemente ciclosporina asociada a metotrexate, y el tratamiento de la EICH establecida consiste en corticoterapia.
3. La eliminación de los linfocitos del donante del injerto mejora el implante de los progenitores.
4. En la mayoría de los pacientes diagnosticados EICH crónica, ésta llega a desaparecer pudiendo interrumpir el tratamiento inmunosupresor sin que la enfermedad recidive.

100. Un paciente de 64 años de edad, agricultor, exfumador (5 años), EPOC y afecto de artritis reumatoide en tratamiento corticoideo. Consulta en urgencias por presentar cefalea intensa de 2 días de evolución con desviación de comisura bucal. Como antecedente, relata que tras cuadro gripal hace un mes, persiste tos, expectoración purulenta y ocasionalmente hemoptoica, febrícula, anorexia, astenia y pérdida de peso. A su llegada se aprecia la existencia de fiebre de 38.2ºC, abscesos cutáneos múltiples en manos, espalda y nalgas (algunos con trayectos fistulosos) y parálisis facial central derecha, infiltrados apicales con pequeño derrame pleural asociado en la radiografía de tórax y leucocitosis con neutrofilia. Entre los siguientes diagnósticos de sospecha consideraría MÁS probable:

1. Neoplasia pulmonar con metástasis cerebrales.
2. Tuberculosis diseminada.
3. Nocardiosis.
4. Aspergilosis.

101. Hombre de 52 años que acude al servicio de Urgencias por cefalea y fiebre (37,8ºC) de 2 días de evolución. En las últimas horas asocia además dificultad para la nominación y comprensión. En la exploración realizada no se observa rigidez de nuca siendo lo más llamativo la presencia de una afasia mixta. El fondo de ojo es normal. La TC craneal muestra una tenue hipodensidad en lóbulo temporal izquierdo sin efecto de masa y sin captación de contraste. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es la correcta?:

1. Una meningitis bacteriana es la primera impresión diagnóstica y hay que iniciar cuanto antes tratamiento con cefalosporina de 3ª generación.
2. Lo más probable es que el LCR de este paciente nos muestre una pleocitosis de predominio linfocitario con glucorraquia normal.
3. Sospecharíamos una encefalitis límbica.

4. Se trata de un absceso cerebral en fase inicial.

102. La fiebre de Chikungunya es un una enfermedad aguda trasmitida por picadura de mosquito. Es endémica en ciertas áreas de África y Asia. En los últimos años se han reconocido casos en Europa y América. En relación con ella, conteste la respuesta CORRECTA:

1. El síntoma clínico característico, aparte de la fiebre, es la poliartralgia debilitante.
2. El origen geográfico probable de la enfermedad está en el sur de Asia.
3. El diagnóstico se realiza habitualmente durante la fase virémica mediante PCR.
4. La mortalidad es mayor en adolescentes y jóvenes.

103. Hombre de 25 años sin antecedentes de interés que acude a urgencias con fiebre, cefalea, mialgias, náuseas, vómitos, dolor abdominal, ictericia e inyección conjuntival, 2 semanas después de haber viajado a Thailandia para participar en una regata en agua dulce. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:

1. Malaria.
2. Esquistosomiasis.
3. Leptospirosis.
4. Rabia.

104. Hombre de 46 años usuario de drogas por vía parenteral que acude a urgencias presentando fiebre con escalofríos, confusión mental, mialgias difusas y dolor intenso en mano izquierda de 24 horas de evolución sin claros signos flogóticos locales. No refiere ningún antecedente traumático. A la exploración destaca: temperatura 38,9ºC, 120 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 30/min, presión arterial 90/54 mm Hg. En la analítica destaca una leucocitosis con desviación izquierda (25.000 leucocitos/mm3, 80% neutrófilos); aumento de las cifras de creatinina (1,6 mg/dL) y de CK (138 U/L). De entre los siguientes, ¿cuál es el diagnóstico más probable?:

1. Fascitis necrotizante estreptocócica.
2. Gangrena por Clostridium spp.
3. Celulitis por micobacterias.
4. Erisipela.

105. Ante un paciente de 65 años sin antecedentes de interés que acude a la urgencia de un hospital, con fiebre de 39 ºC, síndrome meníngeo y signos de gravedad (coma, PA 80/60 mmHg, mal perfundido), ¿cuál de las siguientes actuaciones considera más correcta en este momento?

1. Extraer hemocultivos, perfundir suero salino y administrar tratamiento con dexametasona, ceftriaxona, vancomicina y ampicilina intravenosos y después hacer TAC craneal y punción lumbar si no hay contraindicación y reevaluar el tratamiento tras el TAC.
2. Hacer TAC con la urgencia que se pueda, fondo de ojo, posterior cultivo del LCR y tratamiento antibiótico dirigido según los datos del GRAM del LCR.
3. Poner antitérmico iv, iniciar tratamiento con dopamina iv a dosis alfa y cuando esté estable hemodinámicamente, hacer TAC craneal, punción lumbar e iniciar tratamiento antibiótico guiado según los datos analíticos del LCR.
4. Iniciar tratamiento con ceftazidima + aciclovir + vancomicina intravenosos.

106. Un hombre de 32 años natural de Camerún consulta por fiebre tos y dolor en hemitórax izquierdo de 1 mes de evolución. Tomó durante 1 semana amoxicilina-clavulánico sin mejoría de los síntomas. Se le realiza un análisis donde destaca una cifra de leucocitos de 8000/microL y una hemoglobina de 12,8 g/dL. En la radiografía de tórax se observa un derrame pleural izquierdo loculado que ocupa un tercio del hemitórax. Una toracentesis muestra un líquido amarillento con las siguientes características: hematíes 2000/µL, leucocitos 2500/µL con 90% de linfocitos, proteínas 4,9 g/dL, lactato deshidrogenasa 550 U/L, glucosa 67 mg/dL y ausencia de células malignas en el estudio citológico.

¿Cuál de las siguientes pruebas sería más útil para diagnosticar la causa del derrame pleural?

1. Una tomografía computarizada (TC) torácica.
2. Medición del pH del líquido pleural.
3. Medición de la adenosina desaminasa del líquido pleural.
4. Prueba de la tuberculina.

107. Paciente con diagnóstico de VIH sin antecedentes neurológicos previos que es derivado al servicio de Urgencias por episodio de crisis convulsiva. ¿Cuál es la etiología MENOS probable?

1. Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
2. Meningitis criptocócica.
3. Encefalopatía VIH.
4. Linfoma primario del SNC.

108. Uno de los siguientes fármacos NO se utiliza en el tratamiento de la hepatitis crónica B:

1. Entecavir.
2. Adefovir.
3. Tenofovir.
4. Sofosbuvir.

109. En un paciente diagnosticado de diabetes insípida central idiopática esperamos encontrar (antes de iniciar tratamiento alguno):

1. Osmolalidad plasmática elevada, natremia alta, osmolalidad urinaria aumentada.
2. Osmolalidad plasmática baja, natremia alta, osmolalidad urinaria aumentada.
3. Osmolalidad plasmática elevada, natremia alta, osmolalidad urinaria disminuida.
4. Osmolalidad plasmática baja, natremia baja, osmolalidad urinaria aumentada.

110. En la microangiopatía trombótica familiar por alteración de la vía alterna del complemento, esperaríamos encontrar todas las siguientes características, EXCEPTO:

1. Trombocitosis.
2. Insuficiencia renal con microtrombos en capilares glomerulares en la biopsia renal.
3. Hipertensión arterial.
4. Hematuria y proteinuria no nefróticas.

111. En una paciente con artritis reumatoide en tratamiento con metotrexate, prednisona e indometacina que presenta de forma aguda edemas y aumento de la creatinina plasmática con un sedimento de orina poco expresivo y proteinuria inferior a 100 mg/24h la causa más probable es:

1. Amiloidosis renal.
2. Glomerulonefritis secundaria a la artritis reumatoide.
3. Insuficiencia renal por antiinflamatorios no esteroideos.
4. Nefritis intersticial por metotrexate.

112. La ecuación MDRD permite calcular el filtrado glomerular con una fórmula abreviada que incluye, además de la creatinina sérica, los siguientes parámetros EXCEPTO:

1. Edad.
2. Talla.
3. Sexo.
4. Raza.

113. ¿Cuál de las siguientes manifestaciones es MENOS probable en la nefritis túbulo-intersticial?:

1. Proteinuria superior a 3,5 g en 24 horas.
2. Diabetes insípida nefrógena.
3. Insuficiencia renal progresiva.
4. Acidosis tubular renal.

114. Señale la respuesta INCORRECTA respecto al Síndrome Hemolítico Urémico (SHU):

1. El cuadro se caracteriza por la triada de anemia hemolítica microangiopática no inmune, trombocitopenia y fracaso renal agudo.
2. En algunos casos, dicho síndrome es la consecuencia de una disregulación de la vía alternativa del sistema del complemento.
3. Se acompaña de anemia hemolítica con test de Coombs positivo.
4. Los niveles altos de lactato deshidrogenasa (LDH) e indetectables de haptoglobina junto con la presencia de esquistocitos, confirman la presencia de hemólisis intravascular.

115. Respecto al tratamiento inmunosupresor actual utilizado en el trasplante renal es cierto todo EXCEPTO:

1. El tacrolimus se usa menos que la ciclosporina porque asocia mayor riesgo de diabetes.
2. El micofenolato mofetil inhibe la síntesis de purinas y puede producir diarrea.
3. Los esteroides son coadyuvantes de otros inmusupresores, bloquean transcripción de interleucinas y se suelen usar en el rechazo agudo.
4. Sirolimus suele usarse en combinación con otros y puede causar hiperlipidemia.

116. ¿Cuál de las siguientes causas de disfunción eréctil reacciona con mayor sensibilidad a la inyección intracavernosa de drogas vasoactivas?

1. Venosa.
2. Arterial.
3. Neurógena.
4. Hormonal.

117. ¿Cuál de los siguientes grupos de fármacos utilizados en el tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata ha demostrado una disminución del tamaño de la glándula, así como la disminución del riesgo de desarrollar una retención aguda de orina?

1. Inhibidores de la 5-alfa reductasa (5ARIs).
2. Inhibidores de la fosfodiesterasa E5 (PDE5).
3. Antagonistas de los receptores alfa adrenérgicos.
4. Antiangiogénicos.

118. Dentro de la epidemiología y factores de riesgo en el carcinoma de pene. ¿Cuál es la respuesta FALSA?

1. El 95% de los casos de tumores malignos de pene son carcinomas escamosos.
2. Las parejas femeninas de pacientes varones con cáncer de pene no tienen una incidencia mayor de cáncer de cérvix.
3. La afectación por el virus del papiloma humano (HPV) en sus subtipos 16 y 18, incrementa el riesgo de cáncer de pene.
4. La vacunación para el HPV de los niños varones es una recomendación en el actual calendario.

119. Mujer de 38 años, no fumadora, diagnosticada previamente de rinitis atópica que acude por cuadro de dos meses consistente en tos y sibilantes intermitentes de predominio nocturno. Rx de tórax normal. Espirometría dentro de la normalidad con prueba broncodilatadora negativa. ¿Cuál de las siguientes pruebas solicitaría a continuación?

1. Rx de senos paranasales.
2. TAC torácico.
3. Test de metacolina.
4. Prick-test.

120. Paciente de 46 años de edad, hipertenso y sin otros antecedentes patológicos de interés. Acude a consulta por presentar una tumoración anterior paraesternal izquierda no dolorosa de dos meses de evolución y sin otro síntoma añadido. A la exploración física se aprecia una masa dura de 4,5 x 4 cm, no dolorosa, sin retracción de la piel y adherida a planos profundos. ¿Cuál de estas afirmaciones es correcta?

1. Al tratarse de una masa anterior no dolorosa, se debe considerar un tumor benigno.
2. Como primera medida debe descartarse un tumor condroide dado que son los más frecuentes en esta localización.
3. No está indicada la realización de una biopsia por el peligro de diseminación local del tumor.
4. Es preferible mantener una actitud conservadora, evaluando la evolución y posible crecimiento de la tumoración.

121. Encontrándose de guardia médica en el Servicio de Urgencias de su hospital, tiene que atender a un paciente de 64 años de edad con insuficiencia respiratoria aguda. Su estado clínico es crítico, con baja saturación de oxígeno e inestabilidad hemodinámica. Se realiza Rx urgente de tórax que muestra atelectasia de 2/3 del pulmón derecho. Se procede a intubación orotraqueal y ventilación en modo asistido, con FiO2 de 1,0. En una gasometría arterial practicada posteriormente obtenemos estos valores: pH 7,23; PaO2 60 mmHg y PaCO2 30 mmHg. ¿Cuál es la causa de la hipoxemia?:

1. Cortocircuito.
2. Hipoventilación.
3. Baja presión de O2 inspirado.
4. Enfermedad neuromuscular.

122. Acude a la consulta un hombre de 67 años, exfumador, con el diagnóstico de EPOC grave (índice multidimensional BODE 5, FEV1 38%, índice de masa corporal 23, índice de disnea según la escala mMRC 3, distancia recorrida en la prueba de los 6 minutos marcha 260 m) que ha tenido 3 ingresos hospitalarios por exacerbación de su EPOC en los últimos 7 meses. Además presenta antecedentes de HTA, cardiopatía isquémica con IAM hace 5 años y claudicación intermitente. En la exploración clínica destaca una disminución del murmullo vesicular con sibilancias espiratorias en ambos campos pulmonares y una saturación en la oximetría del 88%. ¿Cuál de las siguientes estrategias terapéuticas NO sería recomendable para este paciente?:

1. Ajuste del tratamiento inhalado con broncodilatadores de larga duración combinando anticolinérgicos y beta-2 adrenérgicos con glucocorticoides inhalados.
2. Iniciar pauta de glucocorticoides orales durante 6 meses para el control de las exacerbaciones.
3. Comprobar que el paciente realiza correctamente la técnica inhalatoria.

4. Iniciar pauta de oxigenoterapia crónica domiciliaria.

123. Ante una gasometría extraída respirando aire ambiente a nivel del mar con pH 7,44, PaO2 55 mmHg y PaCO2 33 mmHg, ¿cuál de los siguientes diagnósticos es MENOS probable?

1. Insuficiencia cardiaca.
2. Neumotórax.
3. Sobredosis de benzodiacepinas.
4. Intoxicación por monóxido de carbono.

124. La causa mas frecuente de quilotórax es:

1. Tumores del mediastino.
2. Traumatismo.
3. Hipertrigliceridemia.
4. Linfoma.

125. Un paciente ex fumador, diagnosticado previamente de EPOC acude a revisión. En la exploración física se detecta la existencia de hipocratismo digital de aparición reciente. ¿Cuál es la explicación más aceptable para este hallazgo en el contexto clínico que se describe?

1. Carcinoma pulmonar.
2. Bronquiectasias.
3. Fibrosis pulmonar.
4. Cardiopatía cianótica.

126. Una mujer de 59 años con antecedentes personales de cáncer de mama intervenida hace 8 meses y osteoporosis, sufre una caída y tiene una fractura de cuello de fémur derecho. Es intervenida quirúrgicamente y permanece ingresada en reposo con escayola durante 10 días. A la semana siguiente de su alta nota de forma súbita falta de aire que la lleva a consultar a su médico de cabecera que nota que su pantorrilla derecha tiene edema y dolor a la palpación. ¿Qué elementos clínicos NO serían importantes a la hora de determinar que tiene un riesgo clínico alto de padecer una tromboembolia pulmonar?:

1. El antecedente de cáncer de mama.
2. La historia de osteoporosis.
3. El antecedente de haber estado mas de 3 días en reposo.
4. La presencia de edema unilateral de la pantorrilla derecha.

127. Hombre de 55 años que consulta por disfonía. En la anamnesis refiere llevar un mes con astenia y pérdida de peso no cuantificada. La radiografía de tórax presenta un aumento de densidad en lóbulo superior izquierdo y ocupación de la ventana aorto-pulmonar. La broncoscopia constata una parálisis de la cuerda vocal izquierda, sin imagen endoscópica sugestiva de neoplasia. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:

1. Neoplasia pulmonar.
2. Sarcoidosis.
3. Silicosis.
4. Tuberculosis.

128. Paciente de 45 años en estudio por posible meningitis, con fiebre, cefalea y vómitos de 2 días de evolución. Le realizan una RM cerebral y una punción lumbar. Veinte horas después, al levantarse para ir al baño, se queja de cefalea intensa, muy marcada al incorporarse pero que desaparece al tumbarse. Ya no presenta fiebre ni vómitos. No puede caminar. ¿Cuál es con más probabilidad el origen de esta cefalea?

1. La meningitis sigue siendo la causa fundamental de su cefalea, pues es el mismo tipo de cefalea que al inicio de los síntomas.
2. Es una cefalea post-punción lumbar.
3. Hay que buscar una causa diferente a esta cefalea, pues no es típica del síndrome post-punción lumbar ni de la meningitis.
4. Lo más probable es que no fuera una meningitis viral, sino una hemorragia subaracnoidea. Por este motivo, la cefalea inicial desaparece casi completamente al tumbarse.

129. Acude a la consulta un enfermo diagnosticado de esclerosis múltiple hace 6 meses. ¿Qué sintomatología NO esperaría encontrar?

1. Diplopia.
2. Alteraciones auditivas.
3. Alteraciones urinarias.
4. Depresión.

130. Hombre de 39 años de edad que en los 3 últimos meses ha tenido dos episodios de movimientos saltatorios amplios e involuntarios de miembros izquierdos, que en unos dos minutos llevan a pérdida de conciencia. En el estudio neurorradiológico se ha encontrado una lesión expansiva frontal derecha sugestiva de glioma cerebral. ¿Cómo clasificaría la epilepsia de este paciente?

1. Generalizada sintomática.
2. Parcial sintomática.
3. Parcial criptogénica.
4. Parcial secundariamente generalizada sintomática.

131. Una paciente de 65 años debutó dos años antes con una apraxia del habla y evolutivamente ha desarrollado un parkinsonismo rígido-acinético de predominio en hemicuerpo derecho con mioclonías sobreimpuestas y fenómeno de mano alienígena o miembro extraño. ¿Qué diagnóstico considera más probable?

1. Enfermedad de Parkinson.
2. Degeneración corticobasal.
3. Enfermedad de Alzheimer.
4. Enfermedad de Huntington.

132. Un paciente de 72 años acude a consulta con pérdida de memoria progresiva y dificultad para encontrar las palabras de un año de evolución. ¿Cuál es la exploración más útil para caracterizar el tipo de déficit cognitivo que presenta?

1. Evaluación neuropsicológica.
2. Resonancia magnética cerebral.
3. Tomografía de Emisión de Positrones.
4. Electroencefalograma.

133. Una chica de 20 años acude a urgencias porque ha notado tras levantarse, al mirarse al espejo, debilidad en toda la mitad derecha de la cara (incluida la frente, cerrar el párpado y para sonreir). Se acompaña de disgeusia, con sensación de sabor metálico de los alimentos así como de hiperacusia y dolor mastoideo ipsilateral. En la exploración no se evidencia déficit de la fuerza ni déficits sensitivos en extremidades ni alteraciones del habla ni lenguaje. En este caso, ¿cuál de las siguientes aseveraciones es la correcta?

1. El diagnóstico más probable es una placa desmielinizante en hemiprotuberancia contralateral, la exploración complementaria más necesaria sería una resonancia magnética craneal.
2. Los corticoides vía oral son de elección en el tratamiento de la paciente.
3. Debe ser considerada la fibrinolisis endovenosa si el tiempo de evolución es menor a 3 h.
4. Lo más probable es que el cuadro sea irreversible.

134. Señale cuál de la siguientes es una característica de la ataxia cerebelosa:

1. Defecto de la sensibilidad propioceptiva.
2. Dismetría.
3. El desequilibrio empeora cuando el enfermo cierra los ojos (signo de Romberg +).
4. Rigidez.

135. Un paciente de 25 años, durante un partido de tenis, tiene dolor intenso en el cuello y en el ojo izquierdo. La mañana siguiente se despierta con sensación de inestabilidad de la marcha y tiene ptosis palpebral del ojo izquierdo y anisocoria, siendo la pupila izquierda más pequeña que la derecha. El paciente mantiene buena agudeza visual. ¿Dónde localizaría con más probabilidad la lesión?

1. III par craneal.
2. Quiasma óptico.
3. Ganglio cervical superior.
4. Bulbo raquídeo.

136. Un hombre de 41 años acude a Urgencias por un cuadro de tres días de evolución de tumefacción y dolor en la rodilla derecha, con impotencia funcional y febrícula. Dos semanas antes había tenido un cuadro de diarrea autolimitada. En la exploración existe derrame articular, por lo que se procede a realizar una artrocentesis y se obtienen 50 cc de líquido de color turbio, con viscosidad disminuida y los siguientes parámetros analíticos: leucocitos 40.000/microL (85% de neutrófilos), glucosa 40 mg/dL, ausencia de cristales, tinción de Gram: no se observan microorganismos. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre este paciente es INCORRECTA?:

1. Se debe iniciar tratamiento con cloxacilina y ceftriaxona en espera del resultado del cultivo del líquido.
2. Es aconsejable realizar artrocentesis diarias para aliviar los síntomas y evitar la destrucción articular.
3. Si el cultivo es negativo, es probable que se trate de una artritis reactiva.
4. La negatividad de la tinción de Gram descarta que se trate de una artritis séptica.

137. Señale la respuesta correcta respecto a los siguientes fármacos biológicos utilizados en el

tratamiento de las enfermedades reumáticas.

1. Etanercept es un anticuerpo monoclonal quimérico contra el TNF.
2. Abatacept impide la maduración de linfocitos B a células plasmáticas
3. Anakinra es un antagonista recombinante de los receptores de IL-6.
4. Adalimumab es un anticuerpo contra el TNF completamente humano.

138. Un hombre de 37 años presenta un cuadro de artritis de las metacarpofalángicas de ambas manos y una pleuritis derecha. En la exploración se aprecia eritema malar bilateral. Se detectan anticuerpos antinucleares positivos (titulo 1/640), con anticuerpos anti-DNA nativo también positivos; anti-Sm negativos. ¿Cuál sería el tratamiento inicial de elección de este paciente?

1. Glucocorticoides a altas dosis.
2. Glucocorticoides y micofenolato.
3. Antiinflamatorios no esteroideos y antipalúdicos.
4. El cuadro probablemente será autolimitado y no precisa tratamiento.

139. Mujer de 70 años con antecedente de anorexia, pérdida de peso, molestias en la musculatura y articulaciones proximales más dolorimiento en la región temporo-mandibular que acude al servicio de urgencias por pérdida de visión unilateral (movimiento de manos), de aparición brusca e indolora (defecto pupilar aferente). ¿Qué prueba solicitaría en primer lugar con fines diagnósticos?

1. Punción lumbar.
2. Proteína C Reactiva.
3. Angio Resonancia Magnética.
4. Ecografía carotídea.

140. Usted valora a un paciente de 66 años con dolor inguinal acentuado con la bipedestación prolongada algunos días al mes. Una radiografía simple de caderas muestra estrechamiento del espacio articular femoro-acetabular, esclerosis y ostefitos. ¿Cuál es su actitud?

1. Hago el diagnóstico de coxartrosis y envío al traumatólogo para colocar una prótesis de cadera.
2. Inicio tratamiento con opioides débiles que han demostrado evidencia en detener la progresión de la enfermedad.
3. Instauro tratamiento con paracetamol, explico que la evolución es muy variable y la indicación quirúrgica depende de la funcionalidad y control del dolor.
4. Por las características radiológicas descritas, necesito una RMN de cadera antes de tomar una decisión terapéutica.

141. Chico de 20 años, que consulta por dolor lumbosacro de ritmo inflamatorio de 4 meses de evolución. También talalgia bilateral y rigidez matutina de 1 hora. En los últimos 2 meses aparición de cuadros diarreicos con pérdida de 4 kg de peso. ¿Cuál es la aproximación diagnóstica más correcta?

1. Dada la edad del paciente, lo más probable es que padezca lumbalgia inespecífica y una tendinitis en los pies. Si persisten las diarreas realizaría estudio digestivo.
2. Realizaría estudio digestivo para descartar patología tumoral. El dolor lumbar puede ser debido a patología visceral.
3. El cuadro clínico es muy sugestivo de espondiloartritis. Habría que descartar enfermedad inflamatoria intestinal.
4. Solicitaría RNM lumbar para descartar hernia discal y si persiste diarrea, estudio digestivo.

142. Hombre de 40 años, sin antecedentes de interés, que presenta artritis aguda de rodilla derecha de 5 días de evolución así como febrícula de hasta 37.7ºC. No refiere antecedente traumático. Presenta derrame articular, calor a la palpación y limitación funcional por el dolor. Se practica artrocentesis diagnóstica en la que se evidencian 30000 cels/microL con predominio de neutrófilos. En el examen con luz polarizada se descubren cristales romboidales y cilíndricos con birrefringencia débilmente positiva. En la radiografía simple de rodillas se descubren depósitos radiodensos en el menisco externo de la rodilla. Señale la respuesta FALSA:

1. El tratamiento inicial consistirá en antiinflamatorios no esteroideos, así como la aspiración del líquido sinovial.
2. Es conveniente la realización de cultivo del líquido sinovial para descartar sinovitis infecciosa.
3. Una vez pasado el brote agudo habrá que instaurar tratamiento con alopurinol para disminuir la incidencia de nuevos brotes de artritis en el futuro.
4. El diagnóstico más probable es una artritis aguda por depósito de cristales de pirofosfato cálcico (pseudogota).

143. Señale la afirmación FALSA respecto de la sarcoidosis:

1. La presencia de infiltrados parenquimatosos sin afectación hiliar en la sarcoidosis pulmonar indican un estadio III.
2. El método más sensible para detectar enfermedad pulmonar intersticial en la sarcoidosis es la medición de la capacidad de difusión del CO (DLCO).
3. Un aumento del número de linfocitos totales en el lavado broncoalveolar (BAL) así como un cociente CD4/CD8 inferior a 3.5 en el lavado broncalveolar es altamente sugestivo de sarcoidosis.
4. La elevación de la enzima de conversión de angiotensina en sangre por encima de 2 veces su valor normal es congruente con el diagnóstico de sarcoidosis, si bien su sensibilidad y especificidad son bajas.

144. Acude a una revisión programada encontrándose asintomático un hombre de 50 años diagnosticado de poliangeitis con granulomatosis 10 años antes y sin tratamiento desde hace 5. La radiografía de tórax, análisis de sangre y sedimento de orina son normales salvo unos anticuerpos anticitoplasma del neutrófilo (ANCA) positivos a título 1/320, con especificidad antiproteinasa 3, que previamente se habían negativizado. ¿Cuál es la actitud terapéutica más aconsejable?

1. Iniciar tratamiento con corticoides.
2. Iniciar tratamiento con ciclofosfamida.
3. Iniciar tratamiento con micofenolato de mofetilo.
4. Vigilancia expectante.

145. ¿Cuál de las siguientes variables es la mejor para guiar la resucitación e indica la resolución del shock en un politrumatizado?

1. Normalización de lactato.
2. Normalización de la presión arterial.
3. Normalización de la frecuencia cardiaca.
4. Normalización de la diuresis.

146. La complicación más frecuente de una fractura de olecranon intervenida y tratada con osteosíntesis tipo cerclaje/tirante (Obenque) es:

1. Neuritis nervio cubital.
2. Osificación heterotópica.
3. Molestias derivadas del material de síntesis implantado.
4. Limitación de la flexión del codo.

147. Un niño de 13 años presenta dolor dorsal de varios meses de evolución, sólo a la bipedestación y a la marcha. ¿Qué diagnóstico debemos de pensar?

1. Enfermedad de Scheuermann.
2. Escoliosis torácica.
3. Tumor maligno del cuerpo vertebral.
4. Se trata de una sobrecarga mecánica.

148. En qué tipo de tumor óseo maligno existe una translocación cromosómica 11/22t en más del 90% de los casos:

1. Osteosarcoma.
2. Mieloma.
3. Sarcoma de Ewing.
4. Condrosarcoma.

149. Ante un recién nacido con una cardiopatía congénita sin plétora pulmonar pensaría en:

1. Comunicación interventricular.
2. Tronco arterioso persistente.
3. Atresia tricuspídea.
4. Ductus arterioso.

150. Niño de 12 meses de edad, que en los exámenes de salud practicados desde el nacimiento presenta testículo derecho en conducto inguinal que no es posible descender hasta el escroto. Señale la respuesta CORRECTA:

1. El diagnóstico más probable es el de testículo retráctil.
2. Se ha de esperar hasta los dos años de edad a que ocurra descenso espontáneo del mismo.
3. La gonadotropina coriónica humana es el tratamiento de primera elección.
4. La indicación de orquidopexia no debe diferirse.

151. Una mujer se presenta en la consulta con su hija de 3 años porque le ha detectado ligero desarrollo mamario desde hace 3 meses sin tomar medicación alguna ni objetivarse antecedentes relevantes en la historia. Efectivamente, el examen físico muestra un estadio Tanner IV, sin crecimiento del vello púbico o axilar. Los genitales externos son normales. La ecografía revela un

pequeño útero y la radiología una edad ósea de 3 años. ¿Qué actitud se debería adoptar?

1. Seguimiento cada 3-4 meses, ya que se trata de una condición temporal que a menudo se resuelve sola.
2. Biopsia mamaria.
3. Mamografía.
4. Administración de análogos GnRh.

152. La diabetes mellitus tipo 1 del niño se caracteriza por todo lo siguiente EXCEPTO:

1. La alteración poligénica y los factores ambientales conducen a la destrucción autoinmune de los islotes del páncreas.
2. Precisa administración diaria de insulina exógena.
3. Los pacientes tienen requerimientos nutricionales diferentes a los de la población general.
4. Las complicaciones a largo plazo se relacionan con la hiperglucemia.

153. ¿Cuál es el diagnóstico más probable de un recién nacido con microcefalia, retraso del crecimiento intrauterino, cardiopatía congénita, pie astrágalo vertical y una facies peculiar (microftalmia, hendiduras palpebrales pequeñas, micrognatia y orejas displásicas), las manos con el dedo índice y meñique sobre el medio y anular?

1. Trisomía 18. (Síndrome de Edwards).
2. Trisomía 13. (Sindrome de Patau).
3. Trisomía 21. (Síndrome de Down).
4. Trisomía 9.

154. La aparición de fiebre elevada de 39ºC en un lactante de 10 meses que cede bruscamente después de 3-5 días, seguido de un exantema morbiliforme cefalocaudal con enantema constituido por pápulas rojizas en paladar, y que se resuelve en una semana, asociado a buen estado general, suele estar producido por:

1. Parvovirus B19.
2. Herpes virus tipo 6.
3. Virus Coxackie A16.
4. Primoinfección por virus de Epstein-Barr.

155. ¿En cuál de estas situaciones considera adecuada la realización de una biopsia renal en la primera recaída de un síndrome nefrótico en un niño?

1. Sensibilidad a corticoides.
2. Presencia de edemas incapacitantes.
3. Presencia de síndrome nefrítico.
4. Comienzo entre los 2 y 6 años de vida.

156. Lactante de 5 meses de edad alimentado con lactancia materna exclusiva hasta la actualidad que por motivo de trabajo materno se le introduce biberón con fórmula de inicio y hace unos día se le adiciona con cereales con y sin gluten. Como antecedentes familiares destaca madre de 28 años asmática, padre de 32 años sano y hermano de 5 años afecto de enfermedad celíaca y dermatitis atópica. Como antecedentes personales, embarazo sin incidencias y parto mediante cesárea habiéndosele ofrecido biberón con fórmula de inicio el primer día de vida en la maternidad. Desde hace unos días comienza con distensión abdominal, deposiciones diarreicas, rechazo a las tomas, eritema peribucal con duración más prolongada en el tiempo tras la ingesta del biberón y últimamente vómitos tras su ingesta, tolerando bien el pecho materno. ¿Cuál es su diagnóstico más probable?

1. Enfermedad celíaca.
2. Gastroenteritis aguda.
3. Alergia a las proteínas de la leche de vaca.
4. Alergia a los biberones.

157. Ante un paciente de 8 años de edad que acude por presentar desde hace 3 días lesiones pustulosas superficiales, erosiones y costras amarillentas alrededor de la boca pensaremos en:

1. Eritema exudativo multiforme.
2. Impétigo contagioso.
3. Acné infantil.
4. Psoriasis pustuloso.

158. Una mujer de 24 años, primigesta, sufre un aborto espontáneo a las 7 semanas de gestación. El estudio anatomopatológico de los restos abortivos indica enfermedad molar. Le debemos informar que:

1. El riesgo de una nueva gestación molar en un futuro embarazo es del 50%.
2. No debe quedar embarazada hasta realizar controles periódicos y haber pasado un año con niveles de beta-HCG negativos.
3. No es necesario realizar controles posteriores si la evacuación del tejido trofoblástico fue completa.

4. Es necesario que se realice controles periódicos ya que en el 40 % de los casos desarrollará una neoplasia trofoblástica gestacional.

159. Mujer de 64 años que acude a su consulta refiriendo sangrado genital de varios meses de evolución. Niega tratamiento hormonal sustitutivo y anticoagulación. Aporta citología cervicovaginal normal. Exploración física general y genital sin hallazgos de interés. IMC de 38 Kg/m2. Indique la actitud más correcta:

1. Prescribir progesterona cíclica.
2. Biopsia endometrial.
3. Biopsias de cérvix al azar.
4. Valoración hormonal con FSH, LH y estradiol.

160. Mujer de 45 años, madre de tres hijos, acude a consulta de diagnóstico precoz. La citología cervicovaginal es compatible con lesión escamosa intraepitelial de alto grado. ¿Cuál de las siguientes opciones elegiría?

1. Repetir la citología en 1 mes.
2. Colposcopia con eventual biopsia.
3. Histerectomía con salpinguectomía bilateral y conservación de ovarios.
4. Legrado uterino fraccionado.

161. Mujer de 27 años remitida a consulta de ginecología para su valoración refiriendo dispareunia desde hace unos 8 meses, junto con disquecia y rectorragia ocasional coincidiendo con la menstruación desde hace 3-4 meses. También refiere dismenorrea desde hace años que controla bien con Ibuprofeno. Lleva intentando quedarse embarazada unos 16 meses sin haberlo conseguido aún. En la exploración ginecológica tan solo se aprecia dolor al presionar fondo de saco vaginal posterior. ¿Qué prueba considera usted que le permitiría llegar al diagnóstico de certeza de su patología?

1. Ecografía transvaginal.
2. Laparoscopia diagnóstica.
3. Resonancia magnética.
4. Colonoscopia.

162. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera en relación con la infección por el virus del papiloma humano?

1. Sólo el 20% de las mujeres sexualmente activas se infectará por este virus.
2. La mayoría de las mujeres infectadas desarrollarán displasia cervical o cáncer.
3. No se ha demostrado que otros cofactores como el tabaco o una respuesta inmunitaria alterada estén relacionados con el desarrollo de displasia.
4. El virus es transitorio en la mayoría de las mujeres.

163. El Síndrome HELLP se define por un cuadro de:

1. Hipertensión arterial, proteinuria, edemas generalizados y aumento de peso por retención hídrica.
2. Anemia hemolítica microangiopática, disfunción hepática y trombocitopenia que puede progresar a coagulación intravascular diseminada, en gestantes con hipertensión arterial.
3. Anemia hemolítica, hipertensión arterial o elevación de la presión sistólica previa en 20 mm de Hg, proteinuria > 30 mg/dL en orina de 24 horas, elevación de transaminasas hepáticas y bajo nivel de conciencia.
4. Hipertensión arterial en gestantes de más de 20 semanas acompañada de anemia hemolítica, trombocitopenia, dolor epigástrico agudo y bajo nivel de conciencia.

164. ¿En cuál de las siguientes presentaciones fetales estaría indicada siempre la realización de cesárea?

1. Occipito iliaca transversa.
2. Nalgas completas.
3. Mento posterior.
4. Una cesárea anterior.

165. La causa más frecuente por la que un recién nacido puede precisar reanimación en el paritorio es:

1. Prematuridad.
2. Aspiración de meconio.
3. Metabolopatías.
4. Malformaciones cardiacas.

166. Una embarazada de 10 semanas de gestación, acude a urgencias hospitalarias por presentar una presión arterial de 160/105 mmHg. Buen estado general, solo leve cefalea, motivo por el que se tomó la presión arterial. Tras 4 horas de

reposo presenta cifras de 150/95 mmHg. Se le realiza un hemograma que es normal y una proteinuria que es negativa. ¿Qué tipo de hipertensión presenta?

1. Preeclampsia moderada.
2. Hipertensión inducida por el embarazo.
3. Hipertensión crónica.
4. Eclampsia.

167. ¿Cuál es el pilar fundamental en el tratamiento del cáncer de ovario?:

1. La cirugía diagnóstica y citorreductora reglada.
2. Quimioterapia sistémica.
3. Radioterapia.
4. Administración de terapia biológica.

168. Chico de 18 años con dolor mamario y nódulo retroareolar en la palpación. ¿Cuál es la causa más frecuente?

1. Carcinoma de mama.
2. Mastitis periductal.
3. Papiloma intraductal.
4. Ginecomastia puberal.

169. ¿Cuál de las siguientes aseveraciones sobre el tratamiento coadyuvante tras la cirugía del cáncer de mama es correcta?

1. El uso de tamoxifeno depende del estado ganglionar.
2. El tamoxifeno se debe de iniciar a la vez que la quimioterapia.
3. El inhibidor de aromatasa es efectivo con función ovárica activa.
4. La monoterapia con tamoxifeno es útil en pre y postmenopaúsicas.

170. Acude a su consulta un hombre de 80 años de edad para valoración de una colecistectomía programa por laparoscopia. Presenta antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento desde hace 10 años. Niega enfermedad cardiaca ni pulmonar. No presenta dolor torácico. Tiene una vida activa y diariamente acude al gimnasio en donde alterna natación y caminar por la cinta al menos una hora. Tratamiento habitual: nebivolol 5 mg cada 24 horas e hidroclorotiazida 12,5 mg al día. Exploración física: peso 73 kgs; talla 179 cms; presión arterial 138/80 mmHg; frecuencia cardiaca 60 latidos/minuto. No se auscultan soplos. ¿Cuál de los siguientes es el planteamiento preoperatorio más adecuado?

1. Realizar una prueba de esfuerzo.
2. Realizar una ecocardiografía.
3. Realizar una gammagrafía con talio y dipiridamol.
4. Realizar electrocardiograma.

171. Entre los elementos conceptuales que definen la Atención Primaria de Salud está el concepto de atención integral. ¿Cuál es su significado?

1. Interrelación de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación e inserción social.
2. A lo largo de toda la vida de la persona (desde su nacimiento hasta su muerte).
3. Abordando las esferas física, psíquica y social.
4. Coordinando la atención en consulta y en domicilio, ya sean a demanda o programadas.

172. Una chica de 18 años sufre una pérdida de conciencia al regresar a su domicilio tras una noche de fiesta sin dormir. Ha notado un breve mareo, la han visto pálida y se ha caído. Ha tenido convulsiones durante unos 10 segundos y se ha orinado. Se recupera en menos de un minuto, orientada y consciente de la situación. Vomita. Cuenta que el año anterior tuvo un cuadro similar. ¿Si usted la atendiera en urgencias, cuál le parece la actitud más adecuada?

1. Pensar en síncope vasovagal y dar el alta.
2. Solicitar un TAC craneal e iniciar tratamiento antiepiléptico.
3. Solicitar analítica y remitirla a consulta del neurólogo.
4. Pensar en intoxicación etílica aguda, hacer TAC craneal y punción lumbar y administrar tiamina IV.

173. Hombre de 35 años de edad sufre una quemadura eléctrica de alto voltaje (3000 voltios) por contacto directo con cable con su mano izquierda. Al ingreso presenta contractura en flexión de la mano, palidez de los dedos y ausencia de pulso radial y cubital a la palpación. ¿Cuál es la medida invasiva de urgencia a realizar?

1. Bloqueo axilar con catéter.
2. Escarotomía descompresiva.
3. Monitorización de presión intracompartimental.
4. Escarectomía.

174. Hombre de 87 años con antecedentes de hipertensión y gonartrosis. Situación basal con autonomía funcional y cognitiva plena que le permite continuar viviendo solo en la comunidad. Realiza tratamiento habitual con perindopril y diurético tiazídico para control de la presión arterial y toma de forma rutinaria ibuprofeno 1800 mg/día para control de los síntomas derivados de su gonartrosis. Tras control rutinario se objetiva, de forma persistente, una presión arterial de 190 y TAD 80 mmHg. ¿Cuál sería la modificación terapéutica más razonable para conseguir el control de las cifras tensionales?

1. Añadiría un bloqueante del calcio.
2. Aumentaría la dosis de hidroclorotiazida a 25mg/día.
3. Cambiaría el ibuprofeno por paracetamol para evitar la posible influencia del mismo sobre el efecto de los hipotensores.
4. Añadiría un bloqueante alfa por la elevada prevalencia de síndrome prostático en varones de esta edad.

175. Un hombre de 88 años viene a consulta porque se ha caído 3 veces en los últimos 6 meses. Ninguna de las caídas se acompañaba de "mareo" o síncope. Una caída ocurrió mientras caminaba por el jardín, en las otras tropezaba dentro de la casa. Sus antecedentes médicos incluyen hipertensión arterial sin cambios posturales en la presión arterial, gota, artrosis y depresión. Toma 5 medicinas regularmente. ¿Cuál de las siguientes es la que más probablemente contribuya a las caídas en este paciente?

1. Alopurinol.
2. Hidroclorotiazida.
3. Lisinopril.
4. Paroxetina.

176. Mujer de 78 años con antecedentes de diabetes tipo 2 en tratamiento con antidiabéticos orales, HTA en tratamiento con beta-bloqueantes e inhibidores de la ECA, e insuficiencia cardiaca congestiva grado 1 de la NYHA, con FEVI del 48%, y actualmente asintomática. Estado funcional: ECOG 0. Historia de 2 años de evolución de pequeños bultos en el cuello. Biopsia de adenopatía cervical: linfoma folicular grado 2

. Estudio de extensión: Hb 12 gr/dL, Leucocitos 6.900/microL (Neutrófilos 60%, Linfocitos 27%, Monocitos 6%, Eosinófilos 4%, Basófilos 4%) Plaquetas 220.000/microL. MO: infiltrada por Linfoma folicular. Creatinina 1,5 mg/dL, LDH 235 U/L, Beta2 microglobulina 2,1 microg/mL. TAC: adenopatías menores de 3 cm en territorios cervical, axilar, retroperitoneo, ilíacos e inguinales; hígado y bazo normales.

¿Cuál de los siguientes tratamientos es el más apropiado?

1. Rituximab-CHOP (Ciclofosfamida, Adriamicina, Vincristina, Prednisona).
2. Rituximab-CVP (Ciclofosfamida, Vincristina, Prednisona).
3. No tratar y vigilar (esperar y ver).
4. Rituximab-Bendamustina.

177. Paciente de 57 años, diagnosticado de adenocarcinoma de colon estadio T3N1M0. Fue tratado con resección seguida de quimioterapia postoperatoria FOLFOX (fluorouracilo, leucovorín y oxaliplatino) durante seis meses. En un control rutinario, dos años después, se detecta elevación de antígeno carcinoembrionario (CEA) a 30 ng/mL (previo menor de 2 ng/mL). No tiene síntomas, el examen físico es anodino, la radiografía de tórax es normal. En la TC se aprecia una masa de 3 cm en el lóbulo hepático derecho, que capta en PET. No se observan otras alteraciones en TC ni en PET. ¿Qué actitud le parece más correcta?

1. Quimioterapia con FOLFIRI (fluorouracilo, leucovorin e irinotecán) más bevacizumab.
2. Monoquimioterapia con capecitabina.
3. Valoración por cirugía de resección de la lesión hepática.
4. Radioterapia hepática.

178. Paciente de 66 años diagnosticado de adenocarcinoma de páncreas estadio IV hace 8 meses. Sigue tratamiento con morfina de liberación retardada 200 mg/12 horas vía oral, ibuprofeno 600 mg/6 horas vía oral, parafina y lactulosa. Desde hace 15 días refiere parestesias y dolor lancinante ocasional en zona lumbar derecha y periumbilical que no cede con ingesta de morfina de rescate. La exploración neurológica es normal. Señale cuál sería el manejo más apropiado:

1. Realizar tomografía axial computarizada y evaluar compresión nerviosa ya que se trata de dolor neuropático.
2. Valorar tratamiento neurolítico ya que el dolor neuropático es de difícil control.
3. Disminuir la dosis de morfina ya que es ineficaz en este tipo de dolor.
4. Administrar amitriptilina o gabapentina, dexametosona y aumentar la dosis de morfina.

179. Entre las características de la comunicación con la familia, señale la respuesta INCORRECTA:

1. Escuchar activamente.
2. Evitar utilizar el lenguaje técnico.
3. Reprimir la expresión de sentimientos.
4. Graduar la información negativa.

180. Una mujer de 82 años es ingresada en el hospital por cansancio y molestias digestivas y es diagnosticada de cáncer de colon mediante colonoscopia. Es viuda. Sus médicos estiman que es competente y capaz de tomar decisiones. Sus hijos refieren que ellos siempre han tomado las decisiones por su madre e insisten en que a ella no se le haga ninguna referencia al cáncer, con amenaza de demanda si se le dice algo relativo al cáncer. ¿Cuál de las siguientes actuaciones es la más apropiada por parte de los médicos?

1. Preguntar al paciente si quiere que sus médicos le den la información sobre su enfermedad a ella o a sus hijos.
2. Aceptar los deseos de los hijos y pedir a todo el personal involucrado en el tratamiento que no le digan al paciente que tiene cáncer.
3. Explicar a los hijos que los médicos están obligados a dar al paciente toda la información relevante sobre su problema médico.
4. Pedir a sus hijos que estén presentes cuando le digan a su madre que tiene cáncer.

181. Recibe usted a un paciente ingresado a su cargo en el hospital desde el Servicio de Urgencias la noche anterior. En la reunión de primera hora la enfermera le informa que está intranquilo. ¿Cuál de las siguientes actitudes debe evitar?

1. Leer el informe de Urgencias y solicitar las pruebas urgentes que estime conveniente y que deban realizarse en ayunas.
2. Modificar el tratamiento según la impresión de la enfermera y los signos vitales disponibles en la gráfica.
3. Realizar la historia clínica, anamnesis, exploración física, registrar todo ello en el sistema de documentación clínica del hospital, dejando constancia de la impresión diagnóstica y del plan.
4. Informar al paciente y a la persona que entiende de su caso de las perspectivas del ingreso.

182. Un paciente conocido por su mal carácter y actitud poco amable acudió a su consulta del centro de atención primaria hace unos días por un cuadro compatible con una bronquitis aguda. Tras la correspondiente evaluación, usted prescribió amoxicilina-clavulánico. El paciente acude de nuevo al segundo día por falta de mejora. A la exploración, no encuentra datos que hagan replantear el diagnóstico pero evidencia un exantema maculopapuloso difuso y observa que en la historia del paciente constaba el antecedente de alergia a la penicilina, que no había apreciado en la visita anterior. ¿Cuál cree que es la actitud más adecuada?

1. Comentarle al paciente que el tratamiento no parece haber sido efectivo y cambiar el antibiótico, evitando más comentarios que puedan comprometerle. Ofrecerle un nuevo control en pocos días.
2. Comentarle al paciente que el tratamiento de la bronquitis puede ser fundamentalmente sintomático y que los antibióticos no necesariamente son efectivos por lo que, dada la evolución, lo más aconsejable es suspender la amoxicilina-clavulánico e iniciar tratamiento sintomático, con nuevo control en pocos días.
3. Comentar que la presencia del exantema puede ser un efecto adverso de la medicación pues la amoxicilina-clavulánico, que no es lo mismo que la penicilina, puede en ocasiones tener reacciones cruzadas con la misma y que es mejor suspender toda medicación y ver evolución. Ofrecerle un nuevo control en pocos días.
4. Comentar que la presencia del exantema puede ser un afecto adverso de la medicación pues la amoxicilina-clavulánico forma parte de la familia de las penicilinas y que usted, en la anterior visita no se percató de que el paciente era alérgico a la misma. Suspenderla en consecuencia, pedir excusas, proponer un tratamiento sintomático y ofrecerle un nuevo control en pocos días.

183. Juan, residente de segundo año, atiende en urgencias a Sofía, una muchacha de 15 años que, al parecer, se ha desmayado en la escuela sin llegar a perder la conciencia. La paciente cuenta que estaba pendiente de realizar un examen, lo que le causaba mucha ansiedad. Por el interrogatorio, parece entreverse una situación de cierto acoso por parte de sus compañeros y la posibilidad de que sufra un trastorno alimentario. Las constantes vitales y exploración neurológica son normales. Juan mantiene a Sofía en observación a la espera de que sus padres acudan al servicio echando, periódicamente, una ojeada a cómo se encuentra la paciente. Tras el susto inicial, la paciente parece encontrarse cada vez más animada y es muy simpática. En una ocasión, Juan la encuentra chateando activamente con su móvil. Juan le indica que sería mejor que dejase el móvil y descansase y para tranquilizar-

la, le cuenta que él también utiliza mucho las redes sociales desde la facultad. Sofía pide perdón por desconocer que tenía que tener el móvil apagado, y tras apagarlo, le pregunta si podrá hacerle una solicitud de amistad en Facebook. ¿Cuál cree que es la mejor respuesta de Juan?:

1. Decirle que haga la solicitud de amistad y que la aceptará, pues está seguro de que en su página no hay elementos inapropiados para una chica de la edad de Sofía.
2. Dado que considera a Sofía una paciente vulnerable y le preocupa que pueda interpretar mal un rechazo, aceptar que haga la solicitud pero solamente permitirle el acceso a determinados contenidos de su página.
3. Contestarle que es importante mantener unos ciertos límites profesionales entre pacientes y facultativos y que, desafortunadamente, si hace la petición, no podrá aceptarla, por lo que mejor que no la haga.
4. Decirle que haga la petición pero sin intención de aceptarla.

184. ¿Cuál de los siguientes sistemas de prescripción terapéutica le parece el más adecuado para evitar errores en el tratamiento del paciente hospitalizado?

1. Informar directamente a la enfermera de más confianza.
2. Escribir de puño y letra todos los pormenores del tratamiento.
3. Dictar el tratamiento a la secretaria para que lo pase a la enfermera.
4. Cumplimentar el registro de prescripción electrónica.

185. Respecto a la sedación terminal, señale la respuesta INCORRECTA:

1. Está indicada en pacientes que se encuentran cerca de su fallecimiento.
2. Debe emplearse para aliviar síntomas refractarios a los tratamientos convencionales.
3. No está indicada cuando lo solicita el paciente en situación terminal aduciendo motivos existenciales.
4. Debe emplearse aún si se sospecha que va a ser la responsable de acortar la vida del paciente.

186. Respecto a la toma de decisiones al final de la vida señale la respuesta INCORRECTA:

1. La negativa a intervenciones para conservar la vida del paciente puede considerarse suicidio o incluso asesinato.
2. La administración de antibióticos o la infusión de suero debe evitarse en estas situaciones.
3. Deben suspenderse aquellas actividades que se demuestren que no son útiles para el paciente.
4. Los médicos son los responsables de firmar la orden de no reanimación explicando los motivos.

187. A la hora de atender pacientes en situaciones graves y complejas, ¿cuáles son las dos actitudes esenciales para una buena relación médico-paciente?

1. Demostrar buenos conocimientos y asertividad.
2. Tenacidad y constancia.
3. Empatía y compasión.
4. Seguridad y destreza.

188. Un hombre de 80 años es llevado a urgencias por la policía al encontrarle por la noche, en la calle, a varios bloques de su domicilio, algo perdido. Dice al médico de urgencias "me encuentro bien, estaba paseando y me he perdido". La revisión por sistemas, es anodina. Al preguntarle por medicaciones, no recuerda. En su historial constan glipizida, atenolol y acenocumarol. Ha estado 3 veces en urgencias en los últimos 3 meses por "mareo", dolor lumbar y un INR de 5,0. Refiere independencia en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. No hay evidencia de familiares o amigos cercanos. Varias referencias del trabajo social del área indican que rechaza ayudas o visitas médicas o de enfermería. En la exploración física, únicamente destaca temperatura de 37,7ºC, IMC de 16 Kg/m2, PA 160/90 mmHg, frecuencia cardiaca 90 lpm y saturación de oxígeno de 99%. Tiene pérdida global de masa muscular. Está vestido con la bata de casa y huele a orina. Rechaza contestar a las preguntas del Mini-Mental. En las pruebas de laboratorio destacan leucocitos 13.000/microL, glucemia 300 mg/dL, hemoglobina A1c 11%, INR 0,9. Orina: más de 50 leucocitos/campo y nitritos +. Urocultivo: >100.000 colonias de bacilos gram-negativos. Es ingresado en el hospital, recibe antibióticos, insulina y se reinicia acenocumarol con buena evolución. Está estable y quiere irse a su domicilio. La enfermera de planta refiere que es incapaz de autoadministrarse la insulina. ¿Cuál de los siguientes es el próximo paso para determinar la seguridad del paciente en su domicilio?

1. Referir a Atención Primaria y trabajo social del área para determinar la seguridad en el domicilio.
2. Evaluación formal de la capacidad para tomar decisiones concernientes a su salud.
3. Evaluación para descartar demencia.
4. Evaluación para descartar depresión.

189. Una mujer de 22 años de edad acude a su consulta con un moratón en el pómulo derecho y alrededor del ojo del mismo lado. La paciente evita su mirada pero le dice que es muy torpe y de nuevo se ha caído por las escaleras. Usted se plantea la posibilidad de que la paciente sufra violencia doméstica. La paciente no menciona nada en la entrevista clínica aunque refiere algunas molestias abdominales que atribuye a gases. ¿Qué debe hacer o decir a continuación?

1. Toma nota de este hallazgo para ver si la paciente lo trae en la próxima visita o presenta otros hallazgos que sugiera malos tratos.
2. Le hace la siguiente pregunta "Usted no está siendo golpeada, ¿verdad?"
3. Le pregunta: "¿Alguna vez ha sido golpeada, abofeteada, pateada, o agredida físicamente de cualquier manera por alguien? ".
4. Solicita una consulta al psiquiatra para ayudar a determinar si se es una superviviente de la violencia doméstica.

190. En un ensayo clínico se evalúa la no inferioridad del forbuterol frente a serbuterol, siendo la variable principal del estudio el volumen espiratorio forzado en el primer segundo (VEF1, medido en litros). El límite de no inferioridad se establece en -0,18 litros de diferencia absoluta. Los resultados muestran una diferencia en VEF1 entre forbuterol y serbuterol de +0,26 litros (intervalo de confianza al 95%: -0,15 a +0,40). Señale la respuesta correcta:

1. Forbuterol es no inferior a serbuterol.
2. Serbuterol es no inferior a forbuterol.
3. Forbuterol es no inferior a serbuterol y también superior, porque mejora en 0,26 litros el VEF1.
4. El estudio no es concluyente en cuanto a demostrar la no inferioridad de forbuterol.

191. En un ensayo clínico realizado en mujeres posmenopáusicas con un nuevo bifosfonato frente a placebo, se obtiene como resultado una reducción del 20% de fracturas vertebrales radiológicas. ¿Cuál sería el NNT (número de pacientes que será necesario tratar) de esta intervención terapéutica en comparación con placebo?

1. 80.
2. 5.
3. 20.
4. 90.

192. En un estudio epidemiológico se trató de correlacionar el consumo de carne procesada "per cápita" en distintos países en el año 2012 con la incidencia de cáncer de colon registrada en ese mismo año en dichos países. ¿De qué tipo de estudio se trata?

1. Estudio ecológico.
2. Series de casos.
3. Estudio de caso-cohorte.
4. Estudio de corte transversal.

193. Seleccionamos una muestra aleatoria entre los pacientes que acuden a vacunarse de la gripe durante la campaña anual en un centro de salud. Se registra en los pacientes seleccionados si están utilizando fármacos hipolipemiantes y si están diagnosticados de diabetes mellitus, entre otros datos. Se obtiene que la diabetes mellitus es más frecuente entre los pacientes que toman hipolipemiantes que entre los que no los toman. ¿A cuál de los siguientes corresponde el diseño de este estudio?

1. Un estudio de prevalencia.
2. Un estudio de casos y controles.
3. Un estudio de cohortes prospectivo.
4. Un ensayo clínico aleatorizado.

194. La utilización de la técnica estadística de la regresión múltiple permite:

1. Determinar los valores mínimos de la variable dependiente.
2. Establecer qué variables independientes influyen en la variable dependiente.
3. Determinar la importancia de la variable dependiente en la población.
4. Establecer la relación simultánea entre un gran número de variables predictoras.

195. En un estudio farmacoeconómico que comparó dos fármacos antibióticos en el tratamiento de la neumonía, fueron incluidos los costes de la medicación, de las pruebas complementarias y analíticas, de hospitalización, de los efectos adversos de la medicación, del transporte al hospital y de la pérdida de productividad de los pa-

cientes. ¿Cuál fue la perspectiva del estudio?

1. Perspectiva hospitalaria.
2. Perspectiva del Sistema Nacional de Salud.
3. Perspectiva extrahospitalaria.
4. Perspectiva de la sociedad.

196. ¿Qué se entiende por eficiencia de un servicio sanitario?

1. La medida en que un servicio sanitario mejora el estado de salud de la población al menor coste posible.
2. La posibilidad que un sujeto tiene de ser atendido por el sistema sanitario independientemente de su condición social, sexo o lugar de nacimiento.
3. La mejora del estado de salud de la población obtenida por un servicio sanitario en condiciones habituales o reales de actuación.
4. La medida en que un servicio sanitario alcanza sus objetivos de mejora del estado de salud de la población a la cual atiende.

197. Las reclamaciones de los pacientes o de sus familiares que se reciben en las Unidades de Atención al Usuario son un indicador de calidad, pero ¿qué componente de la calidad miden?

1. La calidad de la atención de la Unidad de Atención al Usuario.
2. La calidad extrínseca o percibida.
3. La calidad del tratamiento de los pacientes en términos de adherencia a las guías de Buena Práctica Clínica.
4. La calidad intrínseca o científico-técnica.

198. La clasificación más útil de las vacunas las divide en vivas o atenuadas y vacunas inactivadas. ¿Cuál de las siguientes enfermedades se puede prevenir con una vacuna viva atenuada?

1. Rubeola.
2. Tos ferina.
3. Encefalitis japonesa.
4. Hepatitis B.

199. Respecto a las vacunaciones infantiles, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

1. Los prematuros deben ser vacunados de acuerdo a su edad corregida.
2. Las vacunas vivas atenuadas están generalmente contraindicadas en los niños inmunodeprimidos.
3. La vacuna triple vírica (sarampión, rubeola y parotiditis) está contraindicada en niños con alergia al huevo.
4. Las inmunoglobulinas interfieren con las vacunas inactivadas (muertas).

200. Teniendo en cuenta la clasificación sanitaria de las vacunas, indique cuál de las siguientes es una vacuna no sistemática:

1. Vacuna antigripal.
2. Vacuna antihepatitis B.
3. Vacuna antipoliomielítica.
4. Vacuna antisarampión.

201. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta en relación a la vacunación y el embarazo?

1. El embarazo de la madre es una contraindicación para administrar la vacuna contra la varicela a su hijo.
2. Las vacunas inactivadas suponen un riesgo para el feto.
3. Están recomendadas las vacunas vivas atenuadas.
4. Ante una exposición de riesgo, la embarazada puede recibir inmunoglobulinas inespecíficas.

202. De las siguientes enfermedades evitables con vacunas, ¿cuál es la que ha sido posible erradicar en todo el mundo?:

1. La poliomielitis paralítica.
2. La difteria.
3. La viruela.
4. El sarampión.

203. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones relativas al tabaco es FALSA?:

1. La principal causa de muerte relacionada con el tabaco son las neoplasias malignas.
2. En promedio, uno de cada tres fumadores morirá de forma prematura como consecuencia del tabaco.
3. El tabaco aumenta el riesgo de cáncer de vejiga.

4. Los que suspenden el tabaquismo tienen una tasa de mortalidad por cáncer de pulmón casi del 50% menor a los 10 años que los sujetos que continúan el consumo.

204. ¿Cuál de las siguientes vacunas está contraindicada en pacientes inmunodeprimidos?:

1. Varicela.
2. Hepatitis B.
3. Gripe.
4. Neumocócica (polisacáridos).

205. Si consideramos el estado de respondedor a la vacunación frente Hepatitis B la presencia de HBsIgG >5mUI/mL en vez de >10mUI/mL:

1. Aumenta el área bajo la curva (AUC) del test diagnóstico de estado de respondedor a la vacuna frente Hepatitis B.
2. Aumenta la exactitud global del test diagnóstico de estado de respondedor a la vacuna frente Hepatitis B.
3. Aumentan los falsos negativos.
4. Aumenta la razón de verosimilitud positiva.

206. Realizamos la determinación de antígeno prostático específico (PSA) para diagnosticar carcinoma de próstata en adolescentes y en ancianos sanos, sin hiperplasia benigna de próstata:

1. La sensibilidad del PSA en los adolescentes será mayor que en los ancianos.
2. La especificidad del PSA en los adolescentes será menor que en los ancianos.
3. No cambiará la validez interna del PSA en adolescentes o ancianos sanos.
4. El valor predictivo positivo del PSA en los adolescentes será mayor que en los ancianos.

207. Paciente de 34 años que jugando a tenis recibe el impacto de la bola a nivel de la órbita izquierda. A la exploración presenta importante hematoma palpebral, hiposfagma, diplopia a la visión superior con limitación de la versión superior del globo ocular. ¿Qué sospecharía?

1. Fractura de la pared inferior del suelo de la órbita con atrapamiento del músculo recto inferior.
2. Fractura del arco cigomático.
3. Fractura de la pared superior de la órbita con atrapamiento del músculo recto superior.
4. Fractura dentoalveolar.

208. Respecto al adenoma pleomorfo, señale la respuesta correcta:

1. Es un tumor de las glándulas salivales que rara vez recidiva.
2. Afecta predominantemente a la glándula sublingual.
3. Se trata habitualmente mediante parotidectomía conservadora del nervio facial.
4. Se trata habitualmente mediante parotidectomía radical dada la posibilidad de recidiva.

209. Señale qué característica de la dirección de batida del nistagmo es propia de una síndrome vestibular periférico agudo no posicional:

1. Con fijación visual y en posición primaria de la mirada cambia o alterna la dirección de manera espontánea y periódicamente.
2. Con fijación visual cambia de dirección al mirar a uno u otro lado.
3. Con fijación visual y en posición primaria de la mirada es vertical hacia abajo puro, sin componente horizontal.
4. Tanto con fijación visual como al anularla es unidireccional.

210. ¿Cuál es la causa más frecuente de síndrome vertiginoso?

1. Enfermedad de Ménière.
2. Neurinoma del acústico.
3. Vértigo posicional paroxístico.
4. Neuronitis vestibular viral

211. ¿Cuál es el gérmen que se aisla con frecuencia en las secreciones y costras de las rinitis atróficas?

1. Actynomices israelii.
2. Klebsiella ozaenae.
3. Moraxella catharralis.
4. Streptococo pneumoniae.

212. El virus de la hepatitis C se ha descrito como uno de los factores implicados en la etiopatogenia de los siguientes procesos, EXCEPTO en uno:

1. Crioglobulinemia mixta.

2. Porfiria cutánea tarda.
3. Liquen plano.
4. Psoriasis pustulosa generalizada de von Zumbuch.

213. Gustavo acude a Urgencias con lesiones cutáneas y malestar general de varios días de evolución. Tiene lesiones psoriasiformes en tronco con afectación de palmas y plantas. También presenta una inflamación articular asimétrica no supurativa y enrojecimiento ocular bilateral así como erosiones en glande. En la anamnesis posterior Gustavo reconoce un contacto sexual de riesgo 20 días antes. ¿Cuál es su diagnóstico?

1. Infección por VIH.
2. Sífilis secundaria.
3. Síndrome de Reiter.
4. Eritema multiforme.

214. Un paciente acude a urgencias por presentar una eritrodermia con fiebre y malestar general. En la exploración se aprecia en las uñas la presencia de piqueteado ungueal y unas zonas amarillentas distales en mancha de aceite. ¿Cuál es la enfermedad primaria que ha originado el cuadro?

1. Linfoma cutáneo.
2. Dermatitis atópica.
3. Psoriasis.
4. Ictiosis.

215. Un hombre con miopía magna, de 47 años, intervenido de cataratas hace 2 años, acude a urgencias refiriendo una pérdida profunda e indolora de visión en su ojo derecho. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos puede provocar esta sintomatología?

1. Endoftalmitis postquirúrgica.
2. Desprendimiento de retina.
3. Degeneración macular asociada a la edad, forma húmeda.
4. Desprendimiento posterior de vítreo.

216. Unos padres acuden a urgencias con su hijo de dos años porque refieren que se ha dado un golpe cerca del ojo derecho jugando. Efectivamente se observa un hematoma en el párpado derecho aparentemente sin importancia. En el fondo de ojo se observan hemorragias intrarretinianas no sólo en el ojo que refieren los padres sino también en el otro ojo. Llama la atención que el niño parece adormilado y con poco tono. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones debería considerar respecto a este cuadro clínico?

1. Es una historia altamente sugestiva de maltrato infantil.
2. Es la evolución normal de un traumatismo intraocular no perforante.
3. El diagnóstico más probable es un edema de Berlin.
4. Es el cuadro característico de la angiopatía retiniana traumática de Purstcher.

217. Mujer de 84 años que acude por pérdida de visión en el ojo izquierdo de 4 días de evolución acompañada de metamorfopsias. En la mácula se aprecian abundantes exudados duros, dos pequeñas hemorragias profundas y un desprendimiento de la retina neurosensorial localizado. En el ojo contralateral presenta abundantes drusas blandas. Ante este cuadro, ¿Cuál de los siguientes diagnósticos le parece más probable?

1. Desprendimiento posterior de vítreo agudo.
2. Degeneración Macular Asociada a la Edad (DMAE) Exudativa.
3. Obstrucción de arteria central de la retina.
4. Neuropatía óptica isquémica anterior no arterítica.

218. ¿Cuál de las siguientes características NO es típica de la personalidad obsesiva?

1. Generosidad.
2. Perfeccionismo.
3. Rigidez.
4. Escrupulosidad.

219. Frente a un delirio celotípico hay que sospechar la existencia de:

1. SIDA.
2. Alcoholismo.
3. Demencia.
4. Personalidad esquizoide.

220. Señalar cuáles de los siguientes síntomas de la esquizofrenia constituye un factor de mal pronóstico:

1. Pródromo breve
2. Ausencia de síntomas depresivos.
3. Inicio de 25 a 30 años
4. Ausencia de síntomas obsesivos.

221. Señalar en que trastorno de la personalidad se observa la ausencia de remordimientos y la incapacidad para planificar el futuro:

1. Trastorno paranoide de la personalidad.
2. Trastorno límite de la personalidad.
3. Trastorno antisocial de la personalidad.
4. Trastorno de la personalidad por evitación.

222. Hombre de 26 años, soltero, que es traído a consulta por su familia por llevar 3 meses negándose a salir se su casa. La razón que aduce el paciente es el convencimiento de que tiene la mandíbula asimétrica y la cara torcida. Según refiere esta situación es progresiva y cada vez se ve mas deforme cuando se observa en el espejo. Se avergüenza de su aspecto, por lo que no quiere salir, se angustia mucho cuando ve su imagen y no puede dejar de pensar todo el día en su deformidad. Ha consultado con varios cirujanos maxilofaciales pero éstos le dicen que no presenta asimetría facial y lo remiten al psiquiatra. El diagnóstico del paciente es:

1. Trastorno depresivo mayor con ideas delirantes incongruentes con el estado de ánimo.
2. Trastorno obsesivo compulsivo.
3. Esquizofrenia paranoide.
4. Trastorno dismórfico corporal.

223. Mujer de 68 años, con antecedentes de 2 episodios depresivos mayores a lo largo de su vida, que consulta por síntomas de tristeza, decaimiento, anhedonia, astenia y anorexia compatibles con un nuevo episodio depresivo. Se pautan 10 mg de escitalopram y se evalúa 2 semanas después. En esta revisión la paciente refiere estar muy bien, se despierta temprano muy hiperactiva y con muchas ganas de hacer cosas, dice tener mucha energía y está más habladora de lo que en ella es habitual. No refiere estar irritable y es capaz de dormir 6 horas continuadamente. Ante esta situación, ¿qué pensaría que tiene la paciente?

1. Trastorno bipolar tipo I.
2. Hipomanía inducida por fármacos.
3. Respuesta normal al escitalopram.
4. Demencia frontal.

224. Una paciente presenta una larga historia de múltiples síntomas físicos: pérdida de memoria, dolor de cabeza, mareos, vómitos, dolor genital, dolor en extremidades, distensión abdominal e irregularidades menstruales. Los diversos exámenes médicos han descartado enfermedad médica alguna. ¿Cuál de los siguientes cuadros es más probable que padezca?

1. Trastorno conversivo.
2. Trastorno hipocondríaco.
3. Trastorno de somatización.
4. Trastorno disociativo.

225. Mariano es un señor de 53 años de edad que acude a su consulta refiriendo sentir un gran malestar desde hace ya unos años. Relaciona el malestar con una conducta que encuentra absurda pero que es incapaz de evitar. Esta conducta que lleva a cabo siempre al llegar a su casa de vuelta del trabajo consiste en accionar el pomo del baño del piso superior de la vivienda antes de hacer cualquier otra cosa, incluso antes de saludar a su familia. Algunas veces ha intentado resistirse a hacerlo pero solo ha conseguido angustiarse y demorar la conducta unos minutos. Éste comportamiento que Mariano realiza de un modo incoercible y automático es lo que se denomina:

1. Trastorno obsesivo-compulsivo.
2. Obsesión.
3. Impulsión.
4. Compulsión.

226. En un programa de cribado de cáncer de colon, a un paciente de 52 años se le realiza una colonoscopia. Todo el colon es de aspecto normal, salvo el hallazgo de un pólipo pediculado de 2 cm en sigma que se extirpa con asa de diatermia. El resultado anatomopatológico nos indica que existe un carcinoma "in situ" limitado a la cabeza del pólipo. Tiene una TC toracoabdominal informado como normal. Indique cuál sería la conducta correcta a seguir:

1. Resección segmentaria del colon afecto.
2. Vigilancia periódica endoscópica.
3. Resección local de la base del pólipo.
4. Sigmoidectomía más linfadenectomía.

227. Paciente de 76 años, con hipertensión y diabetes mellitus, que acude a Urgencias porque desde hace 72 horas ha comenzado con un cuadro de palpitaciones y disminución de su capacidad para hacer esfuerzos. A su llegada se documenta una fibrilación auricular con respuesta ventricular en torno a 120 lpm. ¿Cuál de las siguientes opciones es FALSA?:

1. Este paciente debe estar anticoagulado oralmente de por vida, salvo contraindicación.
2. Si decidimos realizar una cardioversión a su llegada a Urgencias, sería necesario hacer previamente una ecocardiografía transesofágica.
3. Al ser el primer episodio de fibrilación auricular es el candidato idóneo para realizar una ablación con catéter.
4. Para frenar la frecuencia cardiaca podríamos emplear betabloqueantes.

228. Dentro de las alteraciones funcionales características de la EPOC, ¿cuál está más relacionada con la afectación enfisematosa del parénquima pulmonar?:

1. Disminución de la capacidad de difusión para el monóxido de carbono.
2. Disminución de los niveles de saturación de la oximetría durante las pruebas de esfuerzo.
3. Patrón obstructivo grave en la espirometría (FEV1<50%).
4. Aumento del volumen residual.

229. Atiende a una mujer de 48 años, en situación premenopáusica que practica deporte regularmente y no es fumadora. Presenta una fractura vertebral en T11 considerada fractura por fragilidad. Señale la respuesta correcta:

1. No es necesario iniciar un tratamiento antirreabsortivo por edad y ausencia de otros factores de riesgo.
2. Recomendaría orientar su dieta a fortalecer el consumo de productos ricos en calcio y fósforo.
3. Debe iniciar tratamiento con un agente antirreabsortivo asociado a suplementos de calcio y vitamina D.
4. No debe instaurarse ningún tratamiento farmacológico hasta disponer de los resultados de una densitometría ósea lumbar y femoral.

230. ¿Cuál de las siguientes opciones terapéuticas se considera actualmente la más eficaz para el tratamiento de una infección crónica de una artroplastia de cadera y conseguir una recuperación funcional?

1. Antibioterapia intravenosa durante tres semanas, seguida de antibioterapia oral durante seis semanas más.
2. Retirada de la prótesis infectada, desbridamiento quirúrgico, colocación de un espaciador, antibioterapia y pasado un tiempo colocación de una nueva prótesis.
3. Desbridamiento quirúrgico seguido de antibioterapia durante 12 semanas sin retirar la prótesis.
4. Tratamiento antibiótico más drenaje externo.

231. Hombre de 88 años autónomo para todas las actividades de la vida diaria y con antecedentes de HTA bien controlada, fibrilación auricular antiagregada y un adenocarcinoma de próstata a los 78 años actualmente libre de enfermedad. Es traído a urgencias por clínica de afasia y hemiparesia derecha de inicio brusco, 45 minutos antes. ¿Cuál es la actitud más correcta?

1. Realizar TC craneal y si no hay lesiones hemorrágicas ni otras contraindicaciones en la analítica, iniciaría trombolisis endovenosa de forma inmediata.
2. Realizar TC craneal urgente y si no hay sangrado iniciar anticoagulación.
3. Realizar TC craneal e ingreso en centro de rehabilitación, ya que su actitud no diferirá independientemente de si la etiología es isquémica o hemorrágica.
4. No hace falta TC craneal, aunque retiraría la antiagregación.

232. Una mujer de 24 años de edad consulta al haber apreciado adenopatías inguinales. En el interrogatorio no se recoge la presencia de ninguna molestia local ni datos sugerentes de infección de transmisión sexual. En la exploración se aprecian dos adenopatías, una en cada ingle, de 1 cm de diámetro mayor, blandas, móviles, no dolorosas. No se aprecia ninguna lesión cutánea en miembros inferiores, ano o periné. ¿Qué prueba considera imprescindible?

1. Una serología de lúes puesto que lo más probable es que se trate de una infección por Treponema pallidum.
2. Una exploración ginecológica a fin de descartar un cáncer de ovario.
3. Por las características clínicas parece tratarse de unos ganglios normales y no deben hacerse exploraciones complementarias.
4. Debe realizarse una prueba de Paul-Bunell a fin de descartar una mononucleosis infecciosa.

233. Acude a consultas de pediatría un niño de 13 años de edad por presentar sensación de pirosis durante y tras las comidas y disfagia ocasional, que aumenta con la ingesta de alimentos sólidos

como la carne. En los antecedentes familiares destacar que su madre está diagnosticada de hernia hiatal. En los antecedentes personales nos refiere alergia a pólenes, ácaros y látex. En la exploración física, no muestra hallazgos significativos salvo lesiones eccematosas en huecos poplíteos y antecubitales. ¿Cuál de las siguientes pruebas complementarias NO realizaría de acuerdo a los diagnósticos más probables?

1. Endoscopia digestiva superior.
2. pHmetría esofágica de 24 horas.
3. Test de aliento con carbono 13 para Helicobacter pylori.
4. Estudio baritado esófago-gastro-duodenal.

234. Señale cuál de las siguientes enfermedades maculares NO es típica de un ojo con miopía grave:

1. Neovascularización coroidea.
2. Desprendimiento regmatógeno de retina por agujero macular.
3. Maculopatía traccional.
4. Vasculopatía coroidea polipoidea.

235. Lactante de 3 meses correctamente vacunado para su edad, que tras dos semanas de rinorrea, estornudos y tos, ingresa por intensificación de los accesos de tos, con cianosis al final de los mismos, que finalizan con inspiración profunda o gallo inspiratorio, precisando estimulación, aspiración de secrecciones y oxígeno para recuperarse de los mismos. Según su sospecha diagnóstica y con respecto a la vacuna de dicha enfermedad, todas son verdaderas EXCEPTO:

1. La vacuna en España se administra combinada con la antidiftérica y antitetánica.
2. Se deben vacunar a los adultos que vayan a estar en contacto con lactantes menores de 6 meses.
3. La inmunidad tanto natural como vacunal, permanece de por vida.
4. La vacunación está preparada a partir de microorganismos muertos.