

# MEDICINA 2018



MINISTERIO  
DE SANIDAD, CONSUMO  
Y BIENESTAR SOCIAL

00065

## PRUEBAS SELECTIVAS 2018 CUADERNO DE EXAMEN

MEDICINA - VERSIÓN: 0

NÚMERO DE MESA: 1

NÚMERO DE EXPEDIENTE:

Nº DE D.N.I. O EQUIVALENTE PARA EXTRANJEROS:

APELLIDOS Y NOMBRE:

### 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 35 **preguntas que están ligadas a una imagen**. Todas las imágenes están en un cuaderillo 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 tres ejemplares en papel autocopiativo que deben colocarse correctamente para permitir la impresión de las contestaciones en todos ellos. Recuerde que debe firmar esta Hoja.
5. Compruebe que la respuesta que va a señalar en la "Hoja de Respuestas" corresponde al número de pregunta del cuestionario. **Sólo se valoran** las respuestas marcadas en la "Hoja de Respuestas", siempre que se tengan en cuenta las instrucciones contenidas en la misma.
6. Si inutiliza su "Hoja de Respuestas" pida un nuevo juego de repuesto a la Mesa de Examen y **no olvide** consignar sus datos personales.
7. Recuerde que el tiempo de realización de este ejercicio es de **cinco horas improrrogables** y que están **prohibidos** el uso de **calculadoras** 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 n°1**

Indique en qué localización se encuentra la lesión:

1. Bronquio principal derecho.
2. Bronquio principal izquierdo.
3. Bronquio lobar medio.
4. Bronquio intermediario.

**2. Pregunta vinculada a la imagen n°2**

Mujer de 51 años con antecedentes de tabaquismo activo, obesidad y sedentarismo. Refiere desde hace 5 meses molestias en piernas a la deambulación con sensación de pesadez. Desde hace 3 semanas asocia frialdad, dolor muscular y parestesias en la planta de los pies y tobillos que la obliga a detenerse tras recorrer algunos metros. En el estudio se realiza una angioTC abdominal y de MMII (imagen). A raíz de estos resultados, ¿cuál de las arterias NO está afectada?

1. Arteria peronea izquierda.
2. Arteria tibial anterior izquierda.
3. Arteria tibial posterior derecha.
4. Arteria poplítea derecha.

**3. Pregunta vinculada a la imagen n°3**

En este corte ecográfico longitudinal de línea axilar anterior derecha, ¿qué estructura NO se identifica?

1. Diafragma.
2. Músculo psoas.
3. Glándula suprarrenal.
4. Receso hepatorenal.

**4. Pregunta vinculada a la imagen n°4**

¿Cuáles de las siguientes microfotografías teñidas con hematoxilina-eosina corresponden a mucosa de intestino delgado?

1. Las imágenes marcadas como "A".
2. Las imágenes marcadas como "B".
3. Las imágenes marcadas como "C".
4. Las imágenes marcadas como "D".

**5. Pregunta vinculada a la imagen n°5**

Mujer de 86 años que consulta por alteraciones de la visión. Entre sus antecedentes personales destaca un mieloma múltiple IgA Kappa diagnosticado hace 10 años, en seguimiento desde entonces por el Servicio de Hematología. Actualmente, presenta un cuadro de hemianopsia temporal derecha, de aparición súbita, sin dolor ocular ni afectación contralateral. La paciente es valorada por el oftalmólogo, que diagnostica una neuropatía óptica isquémica. El TAC craneal no muestra alteraciones relevantes. La ecografía de las arterias temporales objetiva un halo

hipoecoico en todas las ramas de la arteria temporal superficial. Ante la sospecha de patología vascular, se realiza biopsia de la arteria temporal derecha. La imagen corresponde a una sección histológica de la pared de la arteria temporal. ¿Qué técnica solicitaría para confirmar el diagnóstico en este caso?

1. Tricómico de Masson.
2. Rojo Congo.
3. Ácido peryódico de Schiff (PAS).
4. Metenamina de plata.

**6. Pregunta vinculada a la imagen n°6**

Mujer de 65 años que acude a urgencias por un cuadro de unos días de evolución de disnea. Está en tratamiento con acenocumarol y torasemida 5 mg 1c/24 h. Tuvo fiebre reumática en la infancia y una cirugía de doble prótesis valvular mecánica mitro-aórtica. Tiene fibrilación auricular crónica lenta. El primer electrocardiograma a su ingreso mostraba fibrilación auricular a 50 lpm. La Rx tórax mostraba cardiomegalia y signos de redistribución vascular. Analítica: correcta anticoagulación, CK 190 U/L (normal 40-150), creatinina 0,77 mg/dL, glucosa 232 mg/dL, Na 134 mEq/L, K 3,2 mEq/L, Ca 7,71 mg/dL. Se inicia tratamiento con diuréticos iv, IECAs, esteroides, broncodilatadores nebulizados y una dosis oral de levofloxacino. En la zona de observación de urgencias se produce parada cardiorrespiratoria. Se inician maniobras de resucitación cardiopulmonar e intubación orotraqueal. Presenta cinco episodios de fibrilación ventricular en un intervalo de unos 45 min, todos ellos revertidos con éxito tras choque eléctrico de 360 J. El electrocardiograma en dicha situación es el que se muestra en la imagen. El diagnóstico más probable es:

1. Síndrome de QT largo adquirido y torsades de pointes.
2. Infarto agudo de miocardio y taquicardia ventricular polimórfica.
3. Fibrilación auricular y aberrancia de rama.
4. Taquicardia ventricular monomorfa sostenida.

**7. Pregunta vinculada a la imagen n°7**

Hombre de 57 años, exfumador, con antecedentes de pancreatitis aguda alitiásica, gastritis crónica por AINES y disfunción eréctil en tratamiento con pantoprazol y sildenafil. Consulta por dolor torácico opresivo a las 7:30 h a.m. mientras se encontraba en reposo. PA 148/82 mmHg, FC 85 lpm, Sat 98% basal. AC: rítmico, sin soplos. AP: murmullo vesicular conservado. No edemas, pulsos presentes y simétricos. Se le realiza un ECG de superficie (imagen). ¿Cuál de los siguientes fármacos está contraindicado en este paciente?



1. Morfina.
2. Dinitrato de isosorbida.
3. Atenolol.
4. Meperidina.

**8. Pregunta vinculada a la imagen n°8**

Hombre de 61 años consulta por fatigabilidad progresiva, sensación de plenitud abdominal, debilidad muscular y pérdida de unos 8 Kg de peso en el curso del último año. Es originario de Pakistán, con barrera idiomática que dificulta el interrogatorio. Es fumador activo, refiere cuadros catarrales frecuentes, sin otros antecedentes de interés.

A la exploración física destaca por su delgadez y un tinte icterico de escleróticas. Presenta ingurgitación yugular que parece aumentar en inspiración, hepatomegalia de 3 cm por debajo del reborde costal derecho, matidez desplazable en flancos y leve edema bimalear. La radiografía lateral de tórax es la que muestra la imagen.

Independientemente de que se deba realizar un estudio en profundidad de los diversos problemas detectados en la historia y exploración, ¿cuál de las siguientes es la prueba de mayor utilidad a realizar a continuación?

1. TC de tórax.
2. Ecografía abdominal.
3. Pruebas de funcionalismo respiratorio.
4. Serología de hepatitis B y C.

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

Mujer de 53 años, con antecedentes de carcinoma de mama en estadio IV, diagnosticado en 2017, en seguimiento por Oncología. Acude al servicio de urgencias por disnea de reposo y malestar general de una semana de evolución. A la exploración física destaca taquipnea a 28 respiraciones/minuto, frecuencia cardiaca 130 lpm, PA 80/50 mmHg y distensión venosa yugular. Con respecto a los hallazgos del ECG que se le realiza (imagen) y a la sospecha clínica, señale la respuesta CORRECTA:

1. Presenta criterios electrocardiográficos de sobrecarga ventricular derecha.
2. El ritmo que se observa es flutter (aleteo) auricular común con conducción 2:1.
3. La prueba diagnóstica de imagen de elección es un ecocardiograma transtorácico urgente.
4. Dada la sospecha clínica, se debe iniciar rápidamente la administración de diurético de asa intravenoso para reducir la congestión venosa sistémica.

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

**La imagen de TC sin administración de contraste es característica de:**

1. Trombosis mural aórtica.
2. Hematoma intramural aórtico.
3. Disección aórtica tipo B.
4. Úlcera penetrante aórtica.

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

**En relación a las lesiones dermatológicas de la imagen señale la respuesta correcta:**

1. Es una dermatosis producida por herpes virus.
2. El tratamiento de elección es imiquimod.
3. Se considera una zoonosis de frecuente transmisión al ser humano.
4. Se incluye dentro de las enfermedades de transmisión sexual.

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

Hombre de 35 años diagnosticado de enfermedad de Hodgkin estadio IIB en tratamiento con quimioterapia protocolo ABVD. A los 7 días tras el 4º ciclo de tratamiento presenta la lesión cutánea de la imagen. Entre los antecedentes epidemiológicos se recoge que convive con un gato y que su hijo de 5 años ha presentado un cuadro mononucleósico reciente. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

1. Infección diseminada por CMV.
2. Herpes zoster.
3. Síndrome de Sweet.
4. Toxicidad cutánea por bleomicina.

**13. Pregunta vinculada a la imagen n°13**

Mujer de 65 años que consulta por dolor cólico intermitente en fosa iliaca izquierda, alternancia en diarrea/estreñimiento y distensión abdominal con flatulencia de 6 meses de evolución. Se le realiza una colonoscopia, con el siguiente hallazgo en sigma. ¿Cuál es la actitud más apropiada en la consulta?

1. Recomendar una colonoscopia en 3 años y continuaría el estudio etiológico de sus síntomas.
2. Comenzar tratamiento con corticoides si la diarrea es grave.
3. Recomendar una dieta rica en fibra soluble y varios ciclos mensuales de rifaximina.
4. Realizar un estudio de estadificación previamente a indicar la resección quirúrgica.

**14. Pregunta vinculada a la imagen n°14**

Una mujer de 68 años, diagnosticada de hipercolesterolemia en tratamiento con simvastatina, consulta por disfagia y odinofagia intensas de una semana de evolución. Se realiza una gastroscopia (ver



imagen). ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

1. Aunque no existen datos de inmunosupresión, no puede descartarse la etiología herpética.
2. La etiología más probable es farmacológica, dado su tratamiento actual con simvastatina.
3. La infección por citomegalovirus es la causa más frecuente de estas lesiones en personas inmunocompetentes.
4. La presencia de células gigantes y de cuerpos de inclusión eosinofílicos en el estudio histopatológico de las biopsias, confirmarían la etiología candidiásica.

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

**Las características ecográficas del quiste hidatídico hepático permiten ayudar a decidir el manejo terapéutico más conveniente. Respecto a la imagen que se muestra, ¿cuál es la respuesta correcta?**

1. Es unilocular y anecoico, por lo que se considera activo. Una opción terapéutica es combinar aspiración, e infusión de agentes escolicidas.
2. Al estar densamente calcificado no requiere tratamiento farmacológico.
3. Por su aspecto ecográfico es inactivo y no requiere tratamiento, salvo complicación.
4. Muestra vesículas hijas, lo que es compatible con quiste activo. Su ruptura puede producir diseminación peritoneal.

**16. Pregunta vinculada a la imagen nº16**

**Pintor de 30 años que acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal acompañado de parestias en extremidades. En la exploración física está agitado, con presión arterial de 185/100 mm Hg y frecuencia cardíaca de 120 lpm. Se recoge una muestra de orina (tubo A) y se añade un par de gotas de orina del paciente a una solución de p-dimetilamino benzaldehído en HCl (reactivo de Ehrlich) apreciándose un cambio de coloración (tubo B). Ante la sospecha clínica y en espera de la confirmación diagnóstica, ¿cuál es la actitud terapéutica más correcta?**

1. Administrar soluciones glucosadas y hem arginato i.v.
2. Administrar edetato cálcico disódico i.v.
3. Iniciar tratamiento con fenoxibenzamida seguido de labetalol.
4. Iniciar terapia de sustitución enzimática con agalsidasa-alfa.

**17. Pregunta vinculada a la imagen nº17**

**Mujer de 34 años con hipotiroidismo de nueva**

**aparición descubierto en su consulta de Medicina de Familia, sin otras alteraciones ni antecedentes médicos de interés. Se deriva a la paciente para realizar una ecografía de la glándula tiroides en el servicio de radiodiagnóstico de su hospital de referencia para descartar cáncer (imagen). ¿Ha sido correcta la realización de esta ecografía?**

1. Sí. Es correcta la realización de esta ecografía porque el hipotiroidismo es indicación de estudio de imagen de la glándula tiroides.
2. No. Es incorrecta la realización de esta ecografía. Habría que realizar una gammagrafía tiroidea.
3. Sí. Es correcta la realización de esta ecografía porque se trata de una paciente joven con patología tiroidea.
4. No. Es incorrecta la realización de esta ecografía porque el hipotiroidismo no es indicación de estudio de imagen de la glándula tiroides.

**18. Pregunta vinculada a la imagen nº18**

**Hombre de 34 años, que presenta fiebre de hasta 39.3°C desde hace 2 semanas, junto con malestar general, astenia y dolor abdominal. El paciente reside en la zona sur de Madrid, pero es originario de Guinea Ecuatorial, habiendo visitado este país por última vez hace 1 año. A la exploración física destaca esplenomegalia palpable, que por ecografía corresponde a un bazo de 17 cm. En la analítica presenta aumento de PCR y LDH, y un hemograma con Hb 10,1 g/dL, leucocitos 2.900/μL y plaquetas 80.000/μL. En el frotis de sangre periférica no se observan anomalías morfológicas ni parásitos intra o extracelulares. Después de realizar una TC de tórax y abdomen, junto con distintos cultivos y serologías de VIH, VHB y VHC, todos con resultado negativo, se obtiene un aspirado de médula ósea (imagen). ¿A cuál de los siguientes corresponde la imagen?**

1. Gametocitos de Plasmodium falciparum.
2. Amastigotes de Leishmania infantum.
3. Tripomastigotes de Trypanosoma brucei.
4. Microfilarias de Loa Loa.

**19. Pregunta vinculada a la imagen nº19**

**Hombre de 71 años con antecedentes personales de recambio valvular con plastia mitral por prolapso mitral en octubre 2010, flutter auricular que requirió cardioversión en 2017, y anemia microcítica que requirió ferroterapia unos meses antes. En tratamiento con sintrom y pantoprazol. Refiere un cuadro de pérdida de peso de 6 kg en los últimos tres meses acompañado de astenia e hiporexia con fiebre vespertina entre 37,5°C y 38,2°C y sudoración nocturna. En la exploración física está estable hemodinámicamente, con saturación de 97% basal y**



Tª de 37,9°C. En la auscultación se aprecian tonos rítmicos con soplo sistólico en borde esternal izquierdo. El abdomen está blando y depresible, sin hepatomegalia. No tiene edemas. En la analítica destaca Hb 8,7 g/dL con VCM 83,2 fL, VSG 79 mm/h, hierro 16 ug/dL, transaminasas y LDH en rango, PCR 7,72 mg/dL (normal hasta 0,5), ferritina 271 ng/mL, INR 3,4. A raíz de los hallazgos radiológicos (imagen), ¿cuál de las siguientes pruebas realizarías a continuación?

1. Una esofagogastroduodenoscopia con toma de biopsia gástrica.
2. Un drenaje guiado por ecografía de absceso hepático.
3. Una colonoscopia por sospecha de neoplasia de colon.
4. Un ecocardiograma para descartar endocarditis bacteriana.

**20. Pregunta vinculada a la imagen nº20**

¿A qué tipo de análisis corresponde la gráfica de la imagen vinculada a esta pregunta?

1. Análisis de sensibilidad probabilístico de coste-utilidad incremental.
2. Análisis de sensibilidad multivariante de minimización de costes.
3. Análisis de nube de puntos de calidad de vida poblacional ajustado por renta per cápita.
4. Análisis de sensibilidad univariante de coste-efectividad incremental.

**21. Pregunta vinculada a la imagen nº21**

Hombre de 68 años de edad consulta en el ambulatorio por disnea progresiva de unos 6 meses de evolución. Es fumador activo de 15 cig/día, diabético en tratamiento con metformina desde hace al menos 10 años, con mal control glucémico. Además toma amiodarona desde hace 8 años por episodios de "palpitaciones", sin que sepa precisar más. Fue diagnosticado de probable hipertrofia benigna de próstata por polaquiuria y se le propuso tratamiento con alfa-bloqueantes, que no ha seguido. Recientemente se ha quedado viudo y se ha mudado a nuestra ciudad desde otra parte de España para vivir con su hija.

El paciente refiere la disnea fundamentalmente a los esfuerzos. Cumple criterios de bronquitis crónica. Duerme habitualmente con dos almohadas, pero no refiere cambios al respecto en los últimos tiempos. Se levanta al menos una vez cada noche a orinar, pero tampoco refiere cambios recientes. El paciente está arrítmico a 84 lpm y se auscultan crepitantes discretos en ambos campos pulmonares.

En base a los datos clínicos y a la radiografía de tórax

que se observa en la imagen, ¿cuál es su diagnóstico de presunción inicial?

1. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
2. Insuficiencia cardíaca izquierda.
3. Fibrosis pulmonar.
4. Neumonitis alérgica extrínseca.

**22. Pregunta vinculada a la imagen nº22**

Hombre de 65 años, exfumador, sin antecedentes cardiorrespiratorios de interés, que acude a consulta por un cuadro progresivo de malestar general, episodios de tos y febrícula de una semana de evolución. Entre las pruebas que le solicita su médico se incluye una radiografía de tórax. En relación con los hallazgos de dicha radiografía, señale la opción correcta:

1. Se observa una consolidación alveolar en el lóbulo superior derecho. El diagnóstico más probable es una neumonía.
2. La imagen radiológica corresponde a una lesión extrapulmonar; puede tratarse de una masa pleural o de una masa de la pared torácica.
3. Hay un ensanchamiento mediastínico que se extiende a la región superior del hemitórax derecho, por lo que la principal sospecha es que se trate de un linfoma.
4. El paciente tiene una atelectasia del lóbulo superior derecho; la primera sospecha diagnóstica es un carcinoma broncogénico.

**23. Pregunta vinculada a la imagen nº23**

Una mujer de 62 años consulta por disnea progresiva de 1 año de evolución. Se realiza una espirometría que se muestra en la imagen. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos es el MENOS compatible con los resultados?

1. Bronquiectasias.
2. Fibrosis pulmonar idiopática.
3. Obesidad mórbida.
4. Esclerosis lateral amiotrófica.

**24. Pregunta vinculada a la imagen nº24**

Hombre de 68 años sin hábitos tóxicos, con fibrilación auricular en tratamiento anticoagulante. Presenta disnea y dolor torácico izquierdo realizándose pruebas complementarias (imagen 1 y 2). A los 4 años del diagnóstico histopatológico y tratamiento se realiza radiografía de control (imagen 3). Indique cuál de las siguientes entidades es más probable:

1. Hemotórax espontáneo tardío.



2. Mesotelioma pleural.
3. Atelectasia pasiva crónica.
4. Metástasis pulmonares de origen desconocido.

**25. Pregunta vinculada a la imagen n°25**

**Hombre de 64 años con astenia y debilidad de 5 semanas de evolución. Comienza en los últimos días con torpeza en extremidades izquierdas y dos episodios de disartria. Se realiza la siguiente RM craneal con secuencias potenciadas en T1 sin y con contraste i.v. ¿Cuál es el diagnóstico de sospecha y la actitud a seguir?**

1. Encefalitis herpética, tratamiento con aciclovir y esteroides.
2. Glioma de bajo grado, tratamiento exclusivo con radioterapia.
3. Encefalomiелitis aguda diseminada, tratamiento con esteroides y control con RM en 6 semanas.
4. Glioblastoma, cirugía con resección máxima seguida de tratamiento con quimiorradioterapia.

**26. Pregunta vinculada a la imagen n°26**

**Joven de 17 años con traumatismo craneoencefálico secundario a choque frontal mientras jugaba al rugby sin presentar pérdida de consciencia pero sí deterioro clínico con obnubilación y amnesia. El paciente está estable tanto hemodinámica como respiratoriamente, con escala de coma de Glasgow de 15 y sin focalidad neurológica a su llegada. Se realiza TC de cráneo sin contraste intravenoso. Señale la respuesta FALSA:**

1. La lesión no es un hematoma subdural dado que aunque aparece como un coágulo hiperdenso no presenta la morfología típica ni provoca un mayor desplazamiento horizontal (efecto de masa) del que se esperaría por su tamaño.
2. La lesión se corresponde con un hematoma epidural agudo en el que la duramadre, firmemente adherida, se desprende de la superficie interna del cráneo, de modo que se forma una hemorragia característica de contornos lenticulares.
3. El hematoma subdural avanza por lo general con mayor rapidez y se acompaña con menos frecuencia de lesión cortical subyacente que los hematomas epidurales.
4. Por lo general, los hematomas epidurales son causados por rotura de la arteria meníngea media después de una fractura del hueso temporal.

**27. Pregunta vinculada a la imagen n°27**

**Mujer de 66 años que acude al médico de familia por aumento del perímetro abdominal, amenorrea secundaria y estreñimiento. A la palpación detecta la presencia de una tumoración abdomino-pélvica y**

**remite a la paciente para la realización de una TC abdominal. Señale la respuesta correcta:**

1. La imagen visualizada corresponde a un tumor mesenquimal sin poder definir claramente su dependencia.
2. Lo más probable es que se trate de un tumor de origen intestinal con carcinomatosis peritoneal.
3. La presencia de ascitis sugiere una diseminación de un tumor de origen ovárico.
4. Solo la determinación de marcadores tumorales nos podrá definir su origen y las posibilidades de malignidad o benignidad.

**28. Pregunta vinculada a la imagen n°28**

**Mujer de 29 años, puérpera, que consulta por fiebre, dolor, eritema, calor e hinchazón de la mama izquierda. Se realiza una mamografía bilateral con proyecciones oblicua-medio-lateral y craneocaudal (imagen) y se completa con una ecografía. ¿Cuál es la actitud a seguir?**

1. Realizar una mamografía de control a los 6 meses.
2. Tratamiento antibiótico y seguimiento clínico.
3. Resonancia magnética y punción aspiración con aguja fina.
4. Biopsia con aguja gruesa por sospecha de malignidad.

**29. Pregunta vinculada a la imagen n°29**

**Hombre de 68 años, con factores de riesgo cardiovascular y operado de cataratas en el año 2010, que acude a consulta oftalmológica por pérdida progresiva de agudeza visual. ¿Qué diagnóstico le sugiere la siguiente imagen de fondo de ojo?**

1. Retinopatía diabética proliferativa.
2. Cristalino luxado a cámara vítrea.
3. Obstrucción de arteria central de la retina.
4. Coriorretinopatía serosa central.

**30. Pregunta vinculada a la imagen n°30**

**Atendiendo al siguiente cariotipo, ¿cuál es el diagnóstico más probable?**

1. Síndrome de Turner.
2. Síndrome de Klinefelter.
3. Síndrome del maullido de gato.
4. Síndrome de Down.

**31. Pregunta vinculada a la imagen n°31**

**Una mujer de 62 años acude a la consulta de ORL a instancias de su familia porque dicen que no oye bien. La otoscopia es normal y se realizan las pruebas**



audiológicas que se muestran en la imagen (audiometría tonal, timpanometría, reflejo estapedial y audiometría verbal). ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

1. Otitis serosa bilateral.
2. Presbiacusia.
3. Otoesclerosis bilateral.
4. Hipoacusia mixta de causa neurológica.

**32. Pregunta vinculada a la imagen n°32**

Mujer de 53 años derivada desde atención primaria a consultas de medicina interna para estudio de fiebre de origen desconocido y cuadro constitucional. No se asocia ninguna otra sintomatología. En los estudios analíticos se observa anemia normocítica con aumento de PCR (148 mg/L). Se realiza una amplia batería de pruebas (que incluye hemocultivos, serologías, estudios de autoinmunidad, biopsia de arteria temporal, ecocardiograma transtorácico, ecografía abdominal y gammagrafía con galio) que no resultan diagnósticas. Se decide realizar la prueba que se aporta (imagen). ¿Cuál de los siguientes diagnósticos le parece MENOS probable?

1. Enfermedad por Ig G4.
2. Enfermedad de Takayasu.
3. Arteritis de la arteria temporal.
4. Tromboangeitis obliterante.

**33. Pregunta vinculada a la imagen n°33**

A una mujer postmenopáusica en tratamiento con suplementos de calcio y vitamina D se le realiza la siguiente prueba diagnóstica. Señale la actitud más correcta:

1. La prueba es normal, suspender calcio y vitamina D.
2. Mantener tratamiento con calcio y vitamina D.
3. Recomendar añadir fármacos antirresortivos.
4. Iniciar tratamiento con teriparatide.

**34. Pregunta vinculada a la imagen n°34**

Mujer de 78 años, con antecedentes de cardiopatía isquémica, diabetes mellitus, dislipemia y osteoporosis, que acude a urgencias por traumatismo sobre muñeca izquierda. El estudio radiológico inicial se muestra en la imagen A. Tras reducción ortopédica de la fractura e inmovilización con escayola antebraquial, el control radiológico es el que se muestra en la imagen B. ¿Cuál de las siguientes considera que es la actitud más adecuada a seguir tras este control radiológico?

1. Dado que se trata de una fractura extrarticular, se considera una fractura estable. Se mantendrá la inmovilización durante 2 semanas y a partir de entonces se iniciará programa de ejercicios activos de flexo-extensión y prono-supinación.
2. Dado que la reducción lograda es óptima, se recomienda control radiológico a los 10-15 días y en caso de no observarse desplazamiento secundario de la fractura, se mantendrá la inmovilización un total de 6 semanas.
3. La fractura de estiloides cubital determina la existencia de una inestabilidad radiocubital distal, que exige su reparación quirúrgica en un segundo tiempo. En el mismo acto quirúrgico se debe realizar la osteosíntesis del radio con placa atornillada.
4. Dada la osteoporosis de la paciente, la probabilidad de desplazamiento de la fractura es muy elevada. El tratamiento más recomendable es quirúrgico de entrada, con colocación de fijador externo asociado a fijación interna con placa atornillada.

**35. Pregunta vinculada a la imagen n°35**

Está de guardia en planta de medicina y le avisan para comprobar si la sonda nasogástrica (SNG) se encuentra situada correctamente antes de iniciar una nutrición enteral. Tras examinar la radiografía de tórax (imagen), ¿cuál debe ser la actitud a seguir?

1. Retirar la SNG y volverla a introducir
2. Conectar una jeringa a la sonda e insuflar 10-20 cc de aire mientras escucho ruidos en el estómago con el fonendoscopio.
3. Iniciar la nutrición enteral ya que la SNG está en posición correcta.
4. Progresar la SNG cuatro centímetros más.

**36. Al introducir un drenaje torácico por el tercer espacio intercostal-línea media clavicular como tratamiento del neumotórax espontáneo, ¿qué estructuras atravesará para conseguir la reexpansión pulmonar?**

1. Piel - tejido subcutáneo-músculo dorsal ancho - musculatura intercostal-pleura visceral.
2. Piel - tejido subcutáneo - músculo serrato lateral - musculatura intercostal - pleura parietal.
3. Piel - tejido subcutáneo - musculatura pectoral - musculatura intercostal - pleura parietal.
4. Piel - tejido subcutáneo - músculo infraespinoso - musculatura intercostal - pleura parietal.

**37. Las ramas del nervio vago entran a la cavidad abdominal a través del:**

1. Ligamento arqueado lateral.
2. Hiato esofágico.
3. Orificio de la vena cava inferior.



4. Hiato aórtico.

**38. Mujer de 28 años con adenopatías cervicales dolorosas y fiebre. En la biopsia-cilindro de uno de los ganglios se observa una población muy proliferativa de linfocitos grandes CD8+, sugiriéndose la posibilidad de un linfoma T. El estudio de clonalidad de la biopsia fue negativo. Ante esta discordancia se extirpa un ganglio completo en el que, además de áreas como las previamente descritas, observamos otras de necrosis con numerosos histiocitos con núcleo en semiluna y abundante cariorrexis y rodeadas por células dendríticas plasmocitoides. No hay neutrófilos, eosinófilos ni células plasmáticas. Sigue siendo policlonal. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?**

1. Enfermedad de Kimura.
2. Enfermedad de Castleman.
3. Enfermedad de Rosai-Dorfman.
4. Enfermedad de Kikuchi-Fujimoto.

**39. Desde el punto de vista anatomopatológico, un granuloma es:**

1. Un agregado de histiocitos.
2. Un agregado de linfocitos.
3. Un agregado de células plasmáticas.
4. Sinónimo de tejido de granulación.

**40. ¿Por qué razón el ácido acetilsalicílico a dosis bajas (< 325 mg) tiene mayor efecto antiagregante plaquetario que la mayoría de los otros AINEs?:**

1. Porque es inhibidor selectivo de la COX-1.
2. Porque es un inhibidor irreversible.
3. Porque da lugar a su metabolito, el ácido salicílico, que tiene una semivida en plasma muy prolongada.
4. Porque inhibe la tromboxano sintetasa.

**41. Hombre de 65 años con cardiopatía isquémica y estenosis aórtica reumática, por lo que recibe betabloqueantes, antiagregantes y estatinas. Comienza con un cuadro de fiebre y modificación de las cualidades del soplo aórtico por lo que se sospecha endocarditis. Se extraen hemocultivos en los que crece Staphylococcus aureus meticilin resistente por lo que recibe tratamiento antibiótico.**

**En una analítica de control se constata importante elevación de CPK. ¿Cuál cree que es el antibiótico con el que se ha tratado?**

1. Daptomicina.
2. Dalfopristina.
3. Linezolid.
4. Cloxacilina.

**42. Las siguientes asociaciones de fármaco y reacción tipo A (consecuencia del efecto farmacológico) son ciertas**

**EXCEPTO una, señálela:**

1. Clozapina y agranulocitosis.
2. Morfina y depresión respiratoria.
3. Ibuprofeno y hemorragia gastrointestinal.
4. Ciclofosfamida y neutropenia.

**43. Tras una intervención quirúrgica, se administra al paciente codeína por vía oral para el control del dolor. Pocas horas después, presenta miosis, vértigo, somnolencia y respiración superficial. ¿Cuál de las siguientes opciones es la más plausible en este paciente?**

1. Ha tomado zumo de pomelo.
2. Es un metabolizador ultralento del CYP3A4.
3. Carece de alelos funcionantes del locus CYP2D6.
4. Posee un fenotipo metabolizador ultra-rápido del CYP2D6.

**44. En los ancianos se producen cambios en la sensibilidad a los efectos de diversos fármacos, cambios que deben tenerse en cuenta para evitar la aparición de efectos adversos en esta población especialmente susceptible. Indique cuál de los siguientes es INCORRECTO:**

1. Aumenta la sensibilidad a los fármacos antimuscarínicos.
2. Aumenta la sensibilidad a los anticoagulantes orales anti vitamina K.
3. Aumentan los efectos de los barbitúricos en el sistema nervioso central.
4. Disminuye el efecto de los diuréticos

**45. Elija la propuesta correcta sobre la ubiquitina:**

1. Es un derivado de los esfingolípidos que interviene en el recambio de las membranas.
2. Es un tripéptido con acción antioxidante.
3. Es una proteína de pequeño tamaño que interviene en la degradación proteica.
4. Es un coactivador de la transcripción de diferentes genes

**46. Cuando aumenta la frecuencia cardiaca, la fase del ciclo cardiaco cuya duración se reduce proporcionalmente más es la:**

1. Fase de sístole auricular.
2. Fase de sístole isovolumétrica.
3. Fase de llenado rápido.
4. Fase de llenado lento o diástasis.

**47. ¿Cuántas kcal supone en el organismo la metabolización de un gramo de grasa?:**

1. 2 kcal.
2. 4 kcal.
3. 9 kcal.



4. 20 kcal.

**48. En relación con el intercambio gaseoso, ¿cuál de los siguientes enunciados es FALSO?**

1. En pacientes con espacio muerto aumentado, la PCO<sub>2</sub> en el aire espirado medida al final de la espiración siempre es mayor que la PACO<sub>2</sub> (PCO<sub>2</sub> alveolar).
2. La relación normal entre espacio muerto fisiológico y volumen corriente es de aproximadamente un tercio.
3. La PAO<sub>2</sub> (PO<sub>2</sub> alveolar) debería ser siempre más alta que la PaO<sub>2</sub> (PO<sub>2</sub> arterial).
4. El porcentaje de oxihemoglobina, metahemoglobina y carboxihemoglobina nunca debe superar el 100%.

**49. Una mujer portadora sana de mutación en CFTR planea tener descendencia y consulta sobre las probabilidades de tener un hijo con Fibrosis Quística. La tasa de portadores de mutación en CFTR en la población caucásica se estima en 1/30 (probabilidad de que su pareja sea también portador sano). ¿Cuál sería la probabilidad pretest (sin realizar ninguna prueba de laboratorio), de que la mujer tuviera un hijo con fibrosis quística si su pareja es de raza blanca?:**

1. 1/90.
2. 1/120.
3. 1/150.
4. 1/180.

**50. Un hombre de 30 años (caso índice) afecto de atrofia óptica de Leber presenta la mutación 11778A en el genoma mitocondrial. En el consejo genético se le informará de los riesgos de transmisión de la enfermedad a su descendencia. ¿Qué información es la correcta?**

1. El caso índice transmitirá la enfermedad a todos sus descendientes varones (herencia holándrica).
2. La enfermedad se transmitirá al 50% de los descendientes del caso índice con independencia de su sexo.
3. La enfermedad se transmitirá a todos los descendientes de sexo femenino pero a ningún varón.
4. Ningún descendiente heredará la enfermedad.

**51. Con respecto al estudio genético de la Hemocromatosis Hereditaria tipo 1 (gen HFE), señalar la respuesta FALSA:**

1. Es la prueba de elección en el cribado de la enfermedad.
2. Es útil en la evaluación de riesgo en familiares de individuos afectados.

3. El gen HFE está en el locus del Complejo Mayor de Histocompatibilidad (HLA) en el cromosoma 6, en humanos.
4. Las mutaciones C282Y y H63D en el gen HFE son muy prevalentes en la población caucásica.

**52. Señale la respuesta INCORRECTA respecto a los mecanismos de carcinogénesis en el cáncer colorrectal:**

1. La presencia de una alteración en los mecanismos de reparación del ADN que afectan a las proteínas del sistema MMR (MissMatch Repair) da lugar a un exceso de mutaciones e inestabilidad de microsatélites. Esto ocurre en aproximadamente el 15% de los cánceres colorrectales esporádicos y en los asociados al síndrome de Lynch.
2. El cáncer colorrectal hereditario no polipósico se asocia a la presencia de mutaciones germinales en genes reparadores del ADN (MLH1, MLH2, MSH6, PMS2).
3. Las mutaciones germinales en el gen APC se asocian al cáncer colorrectal asociado a la poliposis hereditaria.
4. El cáncer colorrectal hereditario no polipósico se hereda con carácter autosómico recesivo.

**53. ¿Cuál de las siguientes NO es una enfermedad por expansión de tripletes?**

1. Enfermedad de Wilson.
2. Enfermedad de Huntington.
3. Distrofia miotónica de Steinert.
4. Temblor/ataxia asociado a X frágil.

**54. Hombre de 24 años que acude al urgencias por disnea y disfagia. En la exploración se objetiva edema de glotis, PA de 119/72 mm de Hg, frecuencia cardiaca de 102 lpm, saturación de O<sub>2</sub> 91%. En la anamnesis, refiere haber comenzado hace unos 2 años con episodios autolimitados de angioedema no pruriginoso en extremidades. Su padre presenta episodios similares. Tras asegurar la vía aérea, el tratamiento más apropiado para este paciente en urgencias es:**

1. Corticoides intravenosos.
2. Adrenalina 1/1000 subcutánea.
3. Icatibant o concentrado de C1 inhibidor intravenoso.
4. Omalizumab.

**55. Tras la presentación de un antígeno parasitario por una célula presentadora, los linfocitos TH2 producen preferentemente:**

1. Interferon gamma e interleucina 12.
2. Interleucina 4 e interleucina 5.
3. Interleucina 17 e interleucina 22.



4. Interleucina 10 y transforming growth factor beta (TGF-beta).
- 56. Niña de 12 meses de edad que tras recibir vacuna con BCG (Bacilo Calmette-Guerin) desarrolla una tuberculosis diseminada. ¿Cuál de estas inmunodeficiencias sospecha en primer lugar?**
1. Agammaglobulinemia de Bruton.
  2. Inmunodeficiencia común variable.
  3. Deficiencia del receptor de interferon gamma (IFN-gamma RI, IFN-gamma RII).
  4. Síndrome de Wiskott-Aldrich.
- 57. Una niña de 2 años de edad está siendo estudiada por presentar dificultad para la cicatrización de heridas e infecciones de partes blandas bacterianas y fúngicas de repetición, sin formación de pus. Señale cuál de los siguientes diagnósticos considera correcto:**
1. Deficiencia de adherencia leucocitaria.
  2. Inmunodeficiencia común variable.
  3. Deficiencia de mieloperoxidasa.
  4. Enfermedad granulomatosa crónica.
- 58. En relación al inflammasoma, ¿cuál de las siguientes respuestas es FALSA?**
1. Interviene en la activación de la caspasa 1.
  2. Contiene receptores de tipo toll (TLR).
  3. Interviene en la activación de interleucina-1.
  4. Es una estructura citoplasmática.
- 59. En la tinción de Gram del líquido cefalorraquídeo de un paciente inmunodeprimido con sospecha de meningitis, se observan abundantes células polimorfonucleares y escasos bacilos Gram positivos de pequeño tamaño. Indique el posible microorganismo responsable de la infección:**
1. Neisseria meningitidis.
  2. Haemophilus influenzae.
  3. Streptococcus agalactiae.
  4. Listeria monocytogenes.
- 60. Cuando se realiza un antibiograma en caldo a una bacteria, ¿qué entendemos por concentración mínima inhibitoria o CMI?**
1. Es aquella concentración mínima de antimicrobiano que inhibe el crecimiento del 50% del inóculo inicial bacteriano.
  2. Es aquella concentración mínima de antimicrobiano que inhibe la proliferación (visual) en el caldo de crecimiento.
  3. Es la concentración de bacterias que se inhiben con una dosis concreta de antibiótico.
  4. Es la mínima concentración bacteriana que produce infección en el ser humano.
- 61. Paciente oncológico portador de una sonda vesical con sospecha de una infección urinaria complicada que recibe tratamiento empírico con cefotaxima iv. El laboratorio de microbiología informa del crecimiento en los hemocultivos de Pseudomonas aeruginosa, pendiente del antibiograma. Con esta información preliminar, ¿qué respuesta es correcta?**
1. A la espera de que se confirme la sensibilidad de cefotaxima, mantener el tratamiento con esta cefalosporina de amplio espectro.
  2. Retirar la cefotaxima e iniciar tratamiento con ertapenem.
  3. Cambiar el tratamiento a piperacilina-tazobactam.
  4. Añadir trimetoprim-sulfametoxazol para conseguir sinergia y una mayor cobertura antimicrobiana.
- 62. Hombre de 60 años hospitalizado es diagnosticado de una bacteriemia relacionada con el catéter venoso central. El laboratorio de microbiología informa que en todos los frascos de hemocultivos se observan cocos grampositivos en racimos. La PCR directa de la sangre del hemocultivo detecta la presencia de ADN específico de Staphylococcus aureus y la positividad del gen mecA. Ante esta información, ¿cuál es la interpretación correcta?**
1. Se trata de un microorganismo productor de betalactamasa por lo que se puede iniciar tratamiento con cualquier antibiótico betalactámico menos penicilina/amoxicilina.
  2. A la hora de decidir el tratamiento habría que asumir la resistencia a todos los antibióticos betalactámicos y carbapenémicos con excepción de ceftarolina.
  3. El tratamiento con amoxicilina-ácido clavulánico intravenoso es la opción de tratamiento más recomendable.
  4. En este caso se puede iniciar tratamiento con un antibiótico de amplio espectro como el meropenem.
- 63. ¿Cuál de los siguientes agentes infecciosos NO se asocia a ningún vector para su transmisión?**
1. Coxiella burnetii.
  2. Rickettsia conorii.
  3. Borrelia burgdorferi.
  4. Yersinia pestis.
- 64. Un hombre de 72 años, fumador, EPOC, sin cardiopatía conocida sufre bruscamente una pérdida de consciencia mientras estaba sentado viendo la televisión. En pocos segundos el paciente recupera la consciencia. Acude a urgencias, refiriendo encontrarse bien. Al realizarse un ECG se constata un bloqueo AV 2º Mobitz II. ¿Cuál es el planteamiento más lógico ante este paciente?**



1. Se le debería ingresar, hacerle un Holter electrocardiográfico de 24 h y en función de su resultado, decidir si ponerle un Holter insertable o un marcapasos definitivo.
2. No requiere más estudios diagnósticos para decidir que necesita el implante de un marcapasos definitivo.
3. Antes de continuar el estudio cardiológico se le debería hacer una RM cerebral para descartar origen neurológico.
4. Al ser el primer episodio sincopal, bastaría con hacer un seguimiento en consulta de forma periódica.

**65. Un hombre de 45 años de edad sin ningún antecedente previo ingresa en el hospital por presentar síntomas compatibles con insuficiencia cardiaca izquierda. La silueta cardiaca está ligeramente agrandada en la Rx de tórax y tanto el ecocardiograma como la RM cardiaca evidencian un gran engrosamiento de las paredes del ventrículo izquierdo con volúmenes ventriculares y función sistólica normales. Se practica un cateterismo cardiaco que muestra una disminución del gasto cardiaco y elevación de las presiones telediastólicas de ambos ventrículos y la coronariografía no muestra lesiones coronarias. Dentro de las posibilidades diagnósticas, ¿cuál de las siguientes enfermedades le parece MENOS probable en este paciente?**

1. Amiloidosis.
2. Endocarditis de Loeffler.
3. Alcoholismo.
4. Hemocromatosis.

**66. Hombre de 65 años de edad con dolor torácico opresivo de características isquémicas de 30 minutos de duración que acude por sus propios medios a urgencias hospitalarias donde se objetiva en el ECG elevación del segmento ST en derivaciones II-III y aVF con descenso en V1-V2-V3. ¿Cuál de estas actitudes terapéuticas o diagnósticas NO debe realizarse?**

1. Prescribir al paciente 180 mg de ticagrelor como dosis de carga previa a la angioplastia primaria.
2. Solicitar Troponina T de muy alta sensibilidad y esperar resultados para decidir la realización de angioplastia primaria.
3. Prescribir al paciente 300 mg de ácido acetil salicílico como dosis de carga previa a la angioplastia primaria.
4. Administrar oxígeno sólo a pacientes con hipoxemia ( $SaO_2 < 90\%$  o  $PaO_2 < 60$  mmHg).

**67. ¿En cuál de las siguientes situaciones se encuentra contraindicado el implante de un balón de contrapulsación intraaórtico?:**

1. Insuficiencia aórtica grave.

2. Comunicación interventricular.
3. Disfunción sistólica grave del ventrículo izquierdo.
4. Miocarditis aguda.

**68. En relación con la fisiopatología de la hipertensión arterial (HTA), la respuesta correcta es:**

1. El sistema nervioso simpático es el principal responsable del desarrollo de la enfermedad vascular y uno de los principales focos de atención terapéutica.
2. Entre los cambios estructurales de la HTA se encuentran la hipertrofia de la capa media de las arterias de resistencia y la rigidez de las grandes arterias.
3. En hipertensos jóvenes o de mediana edad, la forma más frecuente de presentación es la HTA sistólica aislada.
4. La disfunción endotelial por desequilibrio en la producción de sustancias vasodilatadoras y antiinflamatorias y sustancias vasoconstrictoras o proinflamatorias, no parece ser el desencadenante de la enfermedad según las últimas hipótesis.

**69. Mujer de 80 años con antecedentes de hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes mellitus, obesidad grado I e insuficiencia renal crónica. Se encuentra en tratamiento con enalapril 10 mg cada 12 h, furosemida 40 mg una al día, metformina 850 mg cada 12 h, simvastatina 20 mg cada 24h y lorazepam 1 mg por las noches. Acude a urgencias por empeoramiento de su disnea hasta hacerse de mínimos esfuerzos. A la exploración física destaca PA 176/98 mmHg, FC 103 lpm. Se encuentra taquipneica con tendencia al sueño y una saturación de oxígeno del 88%. A la auscultación está arritmica a 108 lpm con crepitantes bilaterales hasta campos medios. Presenta edemas en miembros inferiores. ¿Cuál de las siguientes es INCORRECTA?**

1. Debemos administrar oxigenoterapia, furosemida y nitroglicerina para el control de su disnea.
2. Es esperable encontrar valores de NT-proBNP inferiores a 450 pg/mL dado que la paciente tiene obesidad grado I.
3. Se debería monitorizar la función renal durante el ingreso ya que es un marcador pronóstico.
4. No se puede descartar la presencia de síndrome de apnea del sueño como factor agravante de la disnea en esta paciente.

**70. Sobre la auscultación del corazón, señale la respuesta FALSA:**

1. En la estenosis aórtica grave se puede auscultar un desdoblamiento inverso o paradójico del segundo ruido, que es mayor durante la espiración.



2. En la insuficiencia aórtica grave se puede auscultar un soplo mesodiastólico de baja tonalidad en el foco mitral.
3. En el mixoma auricular se puede auscultar un ruido diastólico de tonalidad grave, que se aprecia de forma intermitente en algunas posturas.
4. En la pericarditis aguda se puede auscultar un roce en el borde esternal izquierdo, que se aprecia mejor con el paciente en decúbito, al final de la inspiración.

**71. Mujer con hipotensión e hipoperfusión tisular en la que se objetivan los siguientes parámetros tras la inserción de un catéter de Swan-Ganz: índice cardiaco 1,4 L/min/m<sup>2</sup>, presión de enclavamiento capilar pulmonar 25 mmHg y resistencias vasculares sistémicas 2000 dinas/m<sup>2</sup>. El tipo de shock que presenta la paciente es:**

1. Cardiogénico.
2. Séptico.
3. Hipovolémico.
4. Anafiláctico.

**72. Un hombre diagnosticado de estenosis aórtica grave sintomática con indicación de tratamiento quirúrgico, acude a la consulta preoperatoria de cirugía cardiaca. El paciente ha consultado en internet sobre el tratamiento quirúrgico de la estenosis aórtica grave. ¿Cuál de las siguientes informaciones de que dispone el paciente es INCORRECTA?**

1. Las prótesis valvulares mecánicas precisan tratamiento anticoagulante permanente.
2. Las prótesis aórticas mecánicas se implantan principalmente en pacientes de más de 70 años en ritmo sinusal.
3. La durabilidad de las prótesis valvulares biológicas es menor que la de las prótesis mecánicas.
4. Las prótesis valvulares biológicas son menos trombogénicas que las prótesis valvulares mecánicas.

**73. Hombre de 37 años que acude a la consulta por presentar unas lesiones papulosas de disposición arciforme, asintomáticas, en el dorso de la mano. El dermatólogo no le da ninguna importancia, aunque para confirmar el diagnóstico le realiza una biopsia cutánea donde aparte de otros signos, se aprecia necrobiosis del colágeno. El diagnóstico más probable es:**

1. Liquen plano.
2. Xantoma tuberoso.
3. Sarcoidosis cutánea.
4. Granuloma anular.

**74. Paula de 27 años, acude a urgencias con un cuadro de enrojecimiento generalizado, fiebre y malestar**

**general de 24 horas de evolución. En la guardería en la que trabaja ha tenido 4 niños con un cuadro viral asociado a exantema malar marcado. No es alérgica a ningún fármaco y está tomando minociclina 100 mg al día desde hace un mes por acné, así como ibuprofeno los dos últimos días por dolor menstrual. En la exploración física presenta un exantema generalizado, edema facial, adenopatías axilares y cervicales bilaterales. En la analítica destaca leucocitosis con eosinofilia, leve linfocitosis y un discreto aumento de transaminasas. ¿Cuál es la causa más probable?**

1. Toxina del *Staphylococcus aureus*.
2. Coxsackie B 4.
3. Minociclina.
4. Virus difícil de filiar, posiblemente el mismo que el cuadro de la guardería.

**75. ¿Cuál de las siguientes hernias de la pared abdominal se presenta con mayor frecuencia?**

1. Hernia umbilical.
2. Hernia inguinal.
3. Hernia crural o femoral.
4. Hernia de Spiegel.

**76. Mujer de 50 años que acude a urgencias por cuadro de dolor en hipocondrio derecho, fiebre e ictericia. La ecografía informa de colecistitis aguda litiásica con dilatación de la vía biliar principal por posible coledocolitiasis. ¿Qué considera más apropiado hacer primero?**

1. Cirugía urgente.
2. Colangiorresonancia magnética.
3. TC abdominal.
4. Colangiopancreatografía endoscópica con esfinterotomía

**77. ¿Cuál de los siguientes parámetros NO es evaluado en la fórmula del MELD (model for end-stage liver disease) para la priorización de pacientes en lista de espera de trasplante hepático?**

1. Hemoglobina.
2. INR.
3. Creatinina.
4. Bilirrubina.

**78. ¿Cuál de los siguientes fármacos es la causa más frecuente de hepatotoxicidad en nuestro medio?**

1. Fosfomicina.
2. Isoniazida.
3. Amoxicilina-clavulánico.
4. Eritromicina.

**79. Hombre de 29 años de edad, tratado por una colitis ulcerosa desde hace 2 años y sin episodios de descompensación en los últimos 6 meses. Refiere un dolor sordo en hipocondrio derecho y astenia en el**



último mes. La exploración física no demuestra ninguna alteración significativa y en los análisis se observa una bilirrubinemia total de 1,2 mg/dL (bilirrubina directa 0,7 mg/dL), aspartato aminotransferasa 89 UI/L, alanino amino-transferasa 101 UI/L, fosfatasa alcalina 1.124 UI/L, gamma glutamiltransferasa 345 UI/L, albuminemia 38 g/L y tasa de protrombina 100%. Señale cuál de las siguientes enfermedades padece con mayor probabilidad:

1. Enfermedad biliar primaria.
2. Hepatitis autoinmune.
3. Coledocolitiasis.
4. Colangitis esclerosante primaria.

**80.** Una mujer de 43 años refiere cuadros de dificultad para la ingesta de sólidos desde hace años. En el último año estos cuadros se han intensificado y en ocasiones se acompañan de dolor torácico. Ha perdido 4 a 5 Kg de peso. Aporta gastroscopia: restos alimentarios en esófago; estómago y duodeno sin alteraciones. Se completa el estudio con la realización de manometría esofágica. ¿Qué alteración de las que se describen a continuación, cree que presenta la paciente?

1. Esfínter esofágico superior hipertenso.
2. Ondas peristálticas en cuerpo esofágico y esfínter esofágico superior hipotenso.
3. Aperistalsis de cuerpo esofágico y esfínter esofágico inferior hipertenso.
4. Esfínter esofágico inferior hipotenso con relajaciones completas.

**81.** Se nos remite un hombre de 45 años tras la extirpación endoscópica de al menos 7 pólipos gástricos de entre 1 y 2 mm. El diagnóstico anatomopatológico es de gastritis crónica con marcada atrofia corporal y metaplasia intestinal, y focos de microcarcinoides que afecta a las biopsias de cuerpo gástrico y fundus. Indique la afirmación CORRECTA:

1. La mayor parte de los casos cursan con hipogastrinemia.
2. La metaplasia intestinal en el estómago es indicación de gastrectomía por la alta tasa de transformación a adenocarcinoma.
3. En el caso de indicar cirugía, la gastrectomía distal es la cirugía más indicada.
4. Está indicado el tratamiento con análogos de la somatostatina.

**82.** Mujer de 70 años, con antecedentes de consumo de AINES. Acude a urgencias refiriendo melenas de 24 horas de evolución. A la exploración física, llama la atención una marcada palidez cutáneo-mucosa, con FC de 124 lpm y PA de 80/40 mmHg. ¿Cuál es la

primera medida a tomar?

1. Interrogarle sobre sus antecedentes (AINEs, dosis, tipo, tiempo de consumo, historia ulcerosa previa, antecedente de hemorragia digestiva,...etc) y realizar tacto rectal.
2. Colocar sonda nasogástrica con lavado previo a la realización de endoscopia.
3. Realizar inmediatamente una endoscopia digestiva para establecer el diagnóstico y aplicar el tratamiento hemostático.
4. Canalizar al menos una vía periférica de grueso calibre para infusión de volumen y obtener determinaciones analíticas básicas.

**83.** Hombre de 40 años que viaja por turismo al Caribe. A la semana de su regreso presenta de 3 a 4 deposiciones líquidas diarias, acuosas, sin productos patológicos, así como dolor abdominal y malestar general. El médico que le atiende le prescribe hidratación oral y le propone la administración de una quinolona. ¿Con qué finalidad?

1. Acortar la duración de la diarrea.
2. Disminuir la mortalidad.
3. Evitar la aparición complicaciones intraabdominales.
4. Evitar la diseminación séptica a distancia.

**84.** Señala la afirmación INCORRECTA en referencia a un síndrome diarreico:

1. La presencia de sangre en heces y fiebre permiten establecer el diagnóstico de gastroenteritis bacteriana.
2. La diarrea osmótica suele autolimitarse después de un ayuno de 48 horas.
3. La diarrea secretora se caracteriza por heces voluminosas y acuosas, con gradiente de la osmolaridad entre las heces y el plasma pequeño.
4. La diarrea motora por hiperperistaltismo suele interpretarse como una respuesta fisiológica del intestino frente a diversas agresiones (contenido extraño, comida en malas condiciones ...).

**85.** Aproximadamente el 90% de los tumores malignos del páncreas exocrino son adenocarcinomas ductales. ¿Cuál de las siguientes situaciones define adecuadamente la relación entre diabetes y cáncer de páncreas?

1. Los pacientes con diabetes de larga evolución tienen un riesgo superior al 50% de desarrollar cáncer de páncreas.
2. La diabetes está presente en un tercio de los pacientes con cáncer de páncreas avanzado y en muchos de ellos es de instauración reciente.
3. En la mayoría de pacientes con cáncer de páncreas, la diabetes se instaura cuando aparece ictericia.



4. La diabetes desaparece después de la exéresis del tumor.

**86. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA en relación a la ecografía/ultrasonografía de vesícula y vías biliares?**

1. Es una prueba sensible, económica, fiable y reproducible.
2. Se considera la prueba de elección de la evaluación inicial de ictericia o síntomas de enfermedad biliar.
3. Facilita el diagnóstico de colecistitis aguda cuando hay engrosamiento de la pared vesicular y líquido pericolecístico.
4. Permite distinguir los cálculos vesiculares (no dejan sombra posterior) de pólipos de vesícula (dejan una sombra evidente).

**87. Se solicita su valoración al inicio del turno de noche por un paciente que no puede conciliar el sueño ya que se encuentra nervioso porque nota hormigueos en ambas manos. El paciente se encuentra ingresado tras ser intervenido esa misma mañana por un cáncer de tiroides, habiendo sido sometido a una tiroidectomía total con vaciamiento terapéutico del compartimento central. Usted le pauta un neuroléptico. A las 2 horas le avisan nuevamente porque el paciente ha comenzado con fuertes calambres musculares y se encuentra obnubilado. ¿Cuál debería ser su siguiente actuación desde el punto de vista terapéutico?**

1. Pautar una benzodiazepina para evitar efectos extrapiramidales.
2. Pautar una dosis de choque de tiroxina para tratar un hipotiroidismo agudo.
3. Pautar calcitonina subcutánea.
4. Pautar calcio y vitamina D.

**88. Hombre de 78 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con metformina y vildagliptina, con última HbA1C 6,8%, HTA en tratamiento con enalapril con buen control tensional y dislipemia en tratamiento con atorvastatina con LDL de 90 mg/dL.**

**Ingresa en planta de medicina interna por neumonía adquirida en la comunidad con insuficiencia respiratoria aguda secundaria.**

**¿Qué medicación pautaría para el control glicémico durante su hospitalización?**

1. Suspendería antidiabéticos orales y pautaría insulino terapia.
2. Continuaría con metformina a dosis altas y añadiría insulina de acción lenta.
3. Mantendría vildagliptina, pero suspendería metformina.

4. Continuaría con igual tratamiento, ya que el paciente estaba bien controlado.

**89. Hombre de 43 años que acude a su consulta, con antecedentes de cardiopatía isquémica, con un IAM a los 38 años. Tiene el siguiente perfil lipídico: colesterol total 276 mg/dL, HDL colesterol 44 mg/dL, colesterol LDL de 167 mg/dL, triglicéridos 278 mg/dL y apoB de 180 mg/dL. Nunca ha fumado. Su padre y sus tíos por rama paterna tienen una hiperlipemia mixta y han tenido eventos cardiovasculares. En la exploración física no presenta xantomas, tiene un índice de masa corporal de 27 Kg/m<sup>2</sup> y la presión arterial es de 117/67 mmHg. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?**

1. Hipercolesterolemia familiar heterocigota.
2. Disbetalipoproteinemia.
3. Hiperlipemia familiar combinada.
4. Síndrome metabólico con hiperlipemia mixta.

**90. Una de las siguientes afirmaciones es FALSA. Señálela:**

1. El depósito excesivo de hierro en el testículo es la principal causa de hipogonadismo en los pacientes con hemocromatosis.
2. En los varones que consumen gran cantidad de marihuana puede observarse hipogonadismo hipogonadotropo.
3. El hipogonadismo hipogonadotropo es la causa más común de deficiencia de andrógenos en sujetos con enfermedades agudas.
4. El síndrome Klinefelter es el trastorno cromosómico más común que se acompaña de disfunción testicular e infertilidad masculina.

**91. En relación con la hiperprolactinemia señale la respuesta FALSA:**

1. La hiperprolactinemia es causa de casi el 20% de las amenorreas postpuberales.
2. Causa amenorrea hipergonadotropa.
3. El hipotiroidismo primario es causa de hiperprolactinemia.
4. El tratamiento médico de elección es la cabergolina.

**92. Una mujer de 17 años diagnosticada de anorexia nerviosa restrictiva ingresa en el hospital para el tratamiento de su cuadro de desnutrición. A los pocos días presenta disnea de medianos esfuerzos y edemas bilaterales hasta tercio medio de las piernas que dejan fovea. Su médico piensa que puede presentar un síndrome de realimentación y solicita una analítica. De las siguientes posibilidades, ¿cuál es el perfil bioquímico más probable que apoyaría este diagnóstico?**

1. Hipernatremia e hipopotasemia.



2. Hiperfosforemia e hipermagnesemia.
3. Hipofosforemia e hipopotasemia.
4. Hiponatremia e hipocalcemia.

**93. Una mujer de 55 años asintomática con diagnóstico de hiperparatiroidismo primario. Acude a la consulta con una calcemia de 12 mg/dL y litiasis renal demostrada con ecografía. ¿Qué debemos aconsejar a la paciente?**

1. Realizar seguimiento anual de calcemia y pautar tratamiento con cinacalcet.
2. Realizar balance calcio-fósforo en la orina.
3. Analizar el aclaramiento de creatinina y revalorar a la paciente al año.
4. Completar su estudio con una gammagrafía Sesta MIBI-Spect y preparar a la enferma para una paratiroidectomía programada.

**94. Hombre de 30 años de edad acude a la consulta con cifras elevadas de presión arterial en repetidas ocasiones. Niega antecedentes familiares de HTA. Tiene un IMC de 30. Se realiza analítica: Cr 0,9 mg/dL, Na 137 mmol/L, K 2,9 mmol/L, cociente aldosterona/actividad de renina de 30. ¿Cuál es la opción correcta?**

1. Se trata probablemente de un hiperaldosteronismo primario. El siguiente paso sería realizar TC de glándulas suprarrenales.
2. Se trata probablemente de un hiperaldosteronismo primario. El siguiente paso sería realizar un test de sobrecarga salina de modo que si suprime la aldosterona confirmaría el diagnóstico y pasaríamos a realizar prueba de imagen.
3. Se trata probablemente de un hiperaldosteronismo primario. El siguiente paso sería realizar un test de sobrecarga salina de modo que si no suprime la aldosterona confirmaría el diagnóstico y pasaríamos a realizar prueba de imagen.
4. Lo más probable es que se trate de una estenosis de arterias renales dado el cociente aldosterona/actividad de renina plasmática. Le realizaría ecodoppler de arterias renales para confirmarlo.

**95. Hombre de 63 años en estudio por cuadro de astenia. En el hemograma se evidencia una hemoglobina de 9 g/dL, con un volumen corpuscular medio de 102 fL. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos le parece MENOS probable?**

1. Intoxicación por plomo.
2. Alcoholismo.
3. Síndrome mielodisplásico.
4. Déficit de vitamina B12.

**96. Una mujer de 40 años de edad se va a someter a cirugía por colelitiasis. Presenta discreta esplenomegalia en la exploración física y en la**

**analítica: Hb 9 g/dL, VCM 80 fL, CHCM 38 g/dL, bilirrubina total 2 mg/dL con indirecta de 1,8 mg/dL, LDH 500 U/L y reticulocitos del 10%. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?**

1. Esferocitosis hereditaria.
2. Drepanocitosis.
3. Anemia hemolítica autoinmune.
4. Anemia sideroblástica.

**97. Hombre de 35 años ingresado por un primer episodio de tromboembolismo pulmonar. Se ha iniciado tratamiento anticoagulante con heparina sódica pero el paciente no alcanza rangos de TTPa terapéuticos. ¿Qué entidad sospecharía?**

1. Déficit de proteína C.
2. Anticoagulante lúpico.
3. Mutación factor V Leiden.
4. Déficit de antitrombina.

**98. Hombre de 75 años que recibe tratamiento anticoagulante con dabigatrán por una fibrilación auricular. Acude al servicio de urgencias por hemorragia digestiva en forma de melenas. Se realiza analítica en la que presenta Hb 6,8 g/dL, plaquetas 234.000/mm<sup>3</sup>, creatinina 1,5 mg/dL, TTPa 60 segundos, tiempo de trombina 100 segundos. Ha tomado la última dosis de dabigatrán hace 4 horas y precisa realización de endoscopia urgente. ¿Qué fármaco utilizaría para revertir el efecto del dabigatrán?**

1. Vitamina K.
2. Idarucizumab.
3. Plasma fresco congelado.
4. Sulfato de protamina.

**99. En la leucemia linfocítica crónica NO es un marcador del mal pronóstico:**

1. Hipermutaciones de IgVH.
2. Alta expresión de ZAP 70.
3. Mutaciones de TP53.
4. Alta expresión de CD38.

**100. En cuanto al tratamiento del linfoma folicular, una de las siguientes aseveraciones es FALSA:**

1. El tratamiento de mantenimiento con rituximab prolonga la duración de las remisiones.
2. En la era de la inmunoterapia, la actitud de observación sin tratamiento no es adecuada en este subtipo de linfoma.
3. La combinación de rituximab y CHOP consigue la remisión en un elevado porcentaje de pacientes.
4. El trasplante de células madre hematopoyéticas puede ser útil tras las recaídas.

**101. Hombre de 60 años con el siguiente hemograma: leucocitos 10.000/uL con desviación izquierda, Hb 11**



g/dL y plaquetas 1.870.000/ uL con importante anisotrombia. Moderada esplenomegalia en el examen físico. En el estudio molecular se detecta reordenamiento del gen bcr/abl y no se detecta mutación en el gen JAK2. ¿Cuál es el diagnóstico correcto?

1. Trombocitemia esencial.
2. Leucemia mieloide crónica.
3. Mielofibrosis en fase prefibrótica.
4. Leucemia aguda megacarioblástica.

102. ¿Cuál es el diagnóstico más probable de un paciente con trombopenia progresiva, niveles de fibrinogeno bajos, alargamiento de los tiempos de protrombina y tromboplastina parcial activada, aumento de los dímeros-D y esquistocitos en el frotis de sangre periférica?

1. Coagulación intravascular diseminada.
2. Purpura trombótica trombocitopénica.
3. Síndrome antifosfolípido catastrófico.
4. Enfermedad de von Willebrand.

103. De las diferentes reacciones adversas que se pueden presentar tras una transfusión, ¿cuál puede ser prevenida con la modificación del componente sanguíneo?

1. Las reacciones hemolíticas tardías, ya que la pruebas de detección de anticuerpos previas a la transfusión son positivas y por tanto se transfundirá sangre carente del antígeno.
2. La hipocalcemia puede ser prevenida mediante la retirada del citrato que llevan los concentrados de hematíes.
3. El lavado de los concentrados de hematíes previene la sobrecarga férrica en los pacientes politransfundidos.
4. La irradiación de los componentes celulares (concentrados de hematíes y plaquetas) con 2500 cGy evita la aparición de la enfermedad injerto contra huésped asociada a la transfusión.

104. Mujer de 47 años diagnosticada de enfermedad de Waldenström agresiva tras 4 líneas de tratamiento y recidiva precoz post trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos. Tras tratamiento de rescate se obtiene buena respuesta. Como tiene un hermano HLA idéntico se realiza intensificación con trasplante alogénico de progenitores con acondicionamiento con fludarabina y busulfán. En el día 14 tras infusión de progenitores se aprecia aumento progresivo de peso, con aumento de bilirrubina hasta 4,5 mg/dL y molestias abdominales difusas sin fiebre, con hepatomegalia moderada ligeramente dolorosa y oleada ascítica positiva. ¿Cuál es la actitud más adecuada en este caso?

1. Iniciar tratamiento con esteroides a dosis altas ante posibilidad de enfermedad aguda injerto contra huésped hepática.
2. Ampliar cobertura antibiótica ante posibilidad de complicación infecciosa.
3. Considerar síndrome de obstrucción sinusoidal y valorar iniciar tratamiento con defibrotide.
4. Tratamiento sintomático y ver evolución.

105. Un hombre de 45 años consulta por un exantema máculo-papular eritematoso, no pruriginoso, en tronco y raíz de extremidades, así como alteraciones visuales del ojo izquierdo con una exploración oftalmológica con lámpara de hendidura compatible con uveítis anterior. Seis semanas antes había presentado una úlcera escrotal no dolorosa, que curó espontáneamente en el curso de 3 semanas. Un título elevado de anticuerpos treponémicos y reagánicos confirma el diagnóstico de sífilis. La serología para VIH es negativa. ¿Cuál es la actitud terapéutica más correcta?

1. Administración única intramuscular de penicilina G benzatina 2,4 millones de unidades.
2. Penicilina G benzatina 2,4 millones de unidades, 1 inyección intramuscular semanal durante 3 semanas.
3. Penicilina acuosa, 24 millones de unidades al día (en 6 dosis intravenosas), durante 2 semanas.
4. No puede tomarse una decisión terapéutica en este caso sin realizar antes una punción lumbar.

106. Hombre de 55 años, sometido a trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos hace 3 meses. Posteriormente desarrolló enfermedad del injerto contra el huésped, por lo que precisó dosis elevadas de glucocorticoides y como consecuencia desarrolló una diabetes, con malos controles glucémicos. Presenta desde hace 3 semanas un cuadro de fiebre, tos seca, dolor torácico y deterioro progresivo del estado general. En la radiografía de tórax se observa un nódulo en lóbulo superior izquierdo, que también puede apreciarse en una TC de tórax acompañado del signo del halo. La mala evolución clínica conduce a la realización de broncoscopia y de biopsia transbronquial que pone de manifiesto la presencia de hifas de grueso tamaño, no septadas, con ocasionales ramificaciones en ángulo recto. ¿Cuál de los siguientes tratamientos es el más adecuado para este paciente?

1. Anfotericina B.
2. Voriconazol.
3. Caspofungina.
4. Anidulafungina.

107. Una mujer de 25 años de edad, sin antecedentes patológicos destacables, acude a urgencias refiriendo disuria, polaquiuria, tenesmo y urgencia miccional.



**Niega tener flujo vaginal. Hace tres días ha regresado de su luna de miel. En la exploración está con buen estado general y afebril. Se realiza una prueba de orina mediante una tira reactiva que muestra nitritos positivos y un test de embarazo que resulta negativo. ¿Cuál es la actitud adecuada a seguir?**

1. Solicitar un cultivo de orina y diferir el inicio del tratamiento antibiótico hasta tener el resultado definitivo.
2. Solicitar un cultivo de orina e iniciar a continuación el tratamiento antibiótico empírico ambulatorio hasta tener el resultado definitivo.
3. Debe considerarse el tratamiento empírico de la paciente y su pareja.
4. No solicitar ningún estudio más e iniciar el tratamiento antibiótico empírico ambulatorio

**108. Respecto al tratamiento de la tuberculosis, una de las siguientes afirmaciones es FALSA:**

1. El tratamiento de la enfermedad tuberculosa incluye varios fármacos con el fin de prevenir el desarrollo de cepas resistentes y el fracaso terapéutico.
2. El tratamiento de la infección tuberculosa latente incluirá isoniacida durante 6 a 9 meses o rifampicina durante 4 meses.
3. Bedaquilina es un fármaco nuevo, indicado en la tuberculosis multisensible.
4. Cicloserina, estreptomycin, PAS y levofloxacino son fármacos indicados en la tuberculosis multirresistente.

**109. ¿A quién NO pediría una serología de VIH?**

1. Recién nacido de madre con infección crónica controlada por VIH.
2. Paciente de 30 años con tuberculosis pulmonar.
3. Paciente de 20 años con fractura de tobillo.
4. Paciente de 60 años con infección por *Pneumocystis jirovecii*.

**110. ¿Cuál de las siguientes entidades NO se asocia con el virus de Epstein-Barr?**

1. Carcinoma nasofaríngeo.
2. Leucoplasia oral vellosa.
3. Linfoma de Burkitt.
4. Sarcoma de Kaposi.

**111. Respecto al cáncer de cabeza y cuello, indique la opción INCORRECTA:**

1. La mayor parte de los tumores de la glándula parótida son benignos y alrededor del 50% de los tumores de las glándulas salivales menores pueden ser malignos.
2. El virus del papiloma humano se relaciona con el desarrollo de tumores malignos de la orofaringe en pacientes no fumadores ni bebedores.

3. En tumores local o regionalmente avanzados la radioterapia y quimioterapia son menos eficaces cuando se administran simultáneamente tras la cirugía.
4. En el momento del diagnóstico inicial de un carcinoma de cabeza y cuello menos del 10% de los pacientes presentan afectación metastásica a distancia.

**112. Ante un paciente que ha sufrido una caída accidental con traumatismo en el mentón y que presenta disoclusión con mordida abierta lateral derecha y desviación de la mandíbula a la izquierda en la apertura oral, el diagnóstico de sospecha es:**

1. Fractura de tercio medio facial tipo Le Fort I.
2. Fractura de ángulo mandibular derecho.
3. Fractura de arco cigomático izquierdo.
4. Fractura de cóndilo mandibular izquierdo.

**113. Le llaman a las 2 de la madrugada porque hay un paciente en urgencias que se está asfixiando. La enfermera le tiene preparado un gotero con teofilina y un bisturí para realizar una traqueotomía. Sin dudarlo, usted elige el bisturí porque:**

1. El paciente presenta estridor espiratorio y signos evidentes de edema pulmonar.
2. El paciente está muy cianótico.
3. El paciente está taquicárdico y sudoroso.
4. El paciente presenta estridor inspiratorio y tiraje.

**114. Un hombre de 45 años, sin antecedentes personales de interés acude a consulta por presentar una adenopatía cervical derecha de localización alta (nivel II), de consistencia dura y adherida. Además refiere dificultad respiratoria nasal por fosa nasal derecha, rinorrea sanguinolenta y sensación de taponamiento ótico. De las siguientes entidades, ¿cuál es su primera sospecha diagnóstica?**

1. Granulomatosis con poliangeitis.
2. Carcinoma de nasofaringe.
3. Linfoma de Hodgkin.
4. Tuberculosis.

**115. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre los ensayos clínicos es CORRECTA?:**

1. Los ensayos clínicos de no inferioridad permiten concluir sobre si dos medicamentos son bioequivalentes.
2. Las variables intermedias o subrogadas permiten garantizar que un efecto intermedio se traduce en el efecto final deseado.
3. En el diseño de un ensayo, el nivel de tolerancia con el error de tipo 2 es habitualmente mayor que con el error de tipo 1.



4. El error de tipo 1 puede tener como consecuencia que no se siga investigando un nuevo fármaco que potencialmente sería eficaz.

**116. Respecto a los estudios controlados con placebo, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?**

1. Cuando el enmascaramiento es muy riguroso, los ensayos comparativos con placebo tienden, en general, a encontrar eficacias más modestas.
2. No se pueden hacer estudios a doble ciego si un medicamento se administra por vía tópica cutánea y el comparador se administra por vía intravenosa.
3. Para asegurar que las características basales de los sujetos incluidos sean comparables entre los grupos de tratamiento, la aleatorización puede estratificarse por todos los criterios de inclusión y exclusión que se describen en el protocolo.
4. Un estudio con diseño abierto tiene más validez metodológica que si se realiza con enmascaramiento de los tratamientos.

**117. En un ensayo clínico, la magnitud del efecto en el grupo experimental incluye la suma de diversos efectos. ¿Cuál de los siguientes NO contribuye al efecto observado en el grupo experimental?**

1. El efecto inespecífico de la acción terapéutica.
2. El fenómeno de regresión a la media.
3. El efecto placebo.
4. El efecto Bradford-Hill.

**118. Un meta-análisis de 9 estudios observacionales retrospectivos de pequeño tamaño muestral en pacientes con tumores cerebrales encuentra un riesgo relativo de hemorragia intracraneal (HIC) en anticoagulados de 2,14 en comparación con los no anticoagulados, con un intervalo de confianza al 95% entre 0,98 y 4,56. La heterogeneidad entre estudios es significativa ( $I^2 > 50\%$ ). Señale la conclusión más ajustada a la calidad de los datos disponibles y el resultado obtenido:**

1. Podemos concluir con un 95% de confianza que la anticoagulación no aumenta el riesgo relativo de HIC en pacientes con tumores cerebrales más allá de un 456%.
2. No podemos descartar que exista un riesgo aumentado de HIC en pacientes anticoagulados con tumores cerebrales.
3. Podemos concluir que existe un riesgo aumentado de HIC en pacientes anticoagulados con tumores cerebrales.
4. Podemos descartar que exista un riesgo aumentado de HIC en pacientes anticoagulados con tumores cerebrales, pudiendo incluso reducirse el riesgo absoluto de HIC con anticoagulación en un 2%.

**119. En un ensayo clínico sobre la eficacia del fármaco A frente al fármaco B en la prevención de la**

**mortalidad cardiovascular en la población hipertensa observamos una incidencia de mortalidad a los 5 años del 8 por 1000 con el fármaco A y del 4 por 1000 con el fármaco B. Respecto a estos resultados, señale la respuesta correcta:**

1. La reducción absoluta del riesgo (RAR) con el fármaco B en comparación con el fármaco A es del 50%.
2. El riesgo relativo (RR) con el fármaco B en comparación con el fármaco A es del 0,25.
3. Por cada 250 pacientes que tratemos con el fármaco B en lugar de con el fármaco A evitaremos una muerte por enfermedad cardiovascular.
4. La reducción relativa del riesgo (RRR) con el fármaco B en comparación con el fármaco A es del 25%.

**120. ¿Cuál es la principal característica de un estudio de casos y controles anidado?**

1. Que la serie de controles se ha extraído de una cohorte primaria.
2. Que estudian asociaciones entre la exposición y la enfermedad no previstas en el protocolo inicial.
3. Que la serie de controles se ha apareado con los casos.
4. Que los casos actúan como sus propios controles.

**121. Un estudio recluta a un grupo de graduados de la universidad. En el momento de la incorporación, los participantes proporcionan una muestra de sangre que se almacena inmediatamente y completan un cuestionario sobre estilos de vida. Los participantes son seguidos en el tiempo para evaluar quién desarrolla enfermedad de Parkinson. En un estudio inicial, los investigadores comparan las personas clasificadas como activas frente a las que fueron clasificadas como sedentarias. ¿Cuál es el diseño del estudio?**

1. Estudio de cohortes histórico o retrospectivo.
2. Estudio de cohortes prospectivo.
3. Estudio transversal en el momento del reclutamiento.
4. Estudio de caso-control anidado en una cohorte.

**122. Si el número de observaciones de una muestra se multiplica por 4, el error típico (o estándar) de la media:**

1. Se divide por 4.
2. Se divide por 2.
3. Se multiplica por 4.
4. Se multiplica por 2.

**123. Si repetimos indefinidamente un estudio aleatorizado y no sesgado, ¿qué ocurre con el intervalo de confianza al 95% del efecto de la intervención?**



1. Contiene el efecto que tiene la intervención en el 95% de los casos (o pacientes).
  2. Incluye el 95% de los efectos poblacionales.
  3. Incluye el 95% de los efectos muestrales.
  4. Incluye el efecto poblacional en el 95% de los estudios.
- 124. En un estudio farmacoeconómico sobre quimioterapia en pacientes mayores de 65 años con cáncer de colon en estadio III, los resultados indicaron que el coste incremental de una pauta quimioterápica con FOLFOX frente a una pauta con 5-fluorouracilo fue de 188.218 dólares USA por año de vida ajustado por calidad. Indique el tipo de estudio farmacoeconómico realizado:**
1. Minimización de costes.
  2. Coste-utilidad.
  3. Coste-beneficio.
  4. Coste-efectividad.
- 125. ¿Cuál es la definición de Atención Primaria de Salud recogida en la declaración de Alma-Ata?**
1. La asistencia sanitaria más elemental que no requiere de grandes estructuras organizativas ni de una gran inversión tecnológica, puesta al servicio de la población para satisfacer sus necesidades de acuerdo con el plan de salud desarrollado e implementado por la Administración.
  2. La asistencia sanitaria realizada por personal médico y de enfermería, con el apoyo de personal auxiliar y administrativo, dirigido a la población de un área sanitaria básica de un territorio concreto.
  3. La atención que se da a la población de un área territorial.
  4. La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad a un coste soportable por ésta.
- 126. ¿Qué entendemos por acreditación de un centro sanitario?**
1. Es el proceso de observar y reconocer la forma de atención sanitaria que se realiza de acuerdo a un modelo de calidad.
  2. Es el documento que autoriza el funcionamiento del mismo y lo legitima a atender personas enfermas.
  3. Es el proceso para conseguir el certificado de las normas ISO.
  4. Es el proceso por el que se certifica que reúne las condiciones estructurales, organizativas y funcionales para atender los problemas de salud de la población.
- 127. De acuerdo al calendario común de vacunación infantil del Consejo Interterritorial de 2018, ¿qué vacuna se recomienda con una pauta a los 4 meses, 12 meses y 12 años?**
1. Hepatitis B.
  2. Enfermedad neumocócica.
  3. Haemophilus Influenzae B.
  4. Enfermedad meningocócica C.
- 128. Respecto a las vacunas de la rabia disponibles en España, señale la respuesta INCORRECTA:**
1. La pauta de inmunización primaria consta de 3 dosis.
  2. La pauta de inmunización post-exposición en no vacunados previamente consta de 5 dosis.
  3. Contienen virus vivos atenuados.
  4. El embarazo no contraindica su administración para la profilaxis post-exposición.
- 129. La angiografía coronaria se considera patrón oro, gold estándar o criterio de verdad en el diagnóstico de la cardiopatía isquémica. En la evaluación del electrocardiograma (ECG) como prueba diagnóstica, se han estudiado 1000 electrocardiogramas de pacientes con infarto agudo de miocardio como manifestación de cardiopatía isquémica. La angiografía coronaria confirmó cardiopatía isquémica en 950 de los 1000 pacientes. Señale la respuesta correcta:**
1. La sensibilidad diagnóstica del ECG es de 0,05.
  2. El valor predictivo positivo del ECG es de 0,95.
  3. El valor predictivo negativo del ECG es de 1.
  4. La especificidad diagnóstica del ECG es de 1,05.
- 130. Cuando se evalúa una prueba diagnóstica con un diseño de estudio retrospectivo, uno de los sesgos que pueden afectar a la validez interna del estudio es cuando a los pacientes que dan positivo en la prueba de estudio se les realizan más pruebas de referencia que a los que dan negativo en la primera. ¿Cómo se denomina este sesgo?**
1. Sesgo de atrición.
  2. Sesgo de Berkson.
  3. Sesgo de clasificación incorrecta diferencial de la prueba de referencia.
  4. Sesgo de verificación.
- 131. Se realiza un estudio epidemiológico en el que se incluyen 1.000 participantes procedentes de una muestra aleatoria de reclusos de cárceles españolas. El objetivo del estudio es determinar la prevalencia de la infección por VIH y el comportamiento de diferentes pruebas diagnósticas de la infección. 214 sujetos tuvieron resultado positivo al realizar la prueba diagnóstica ELISA, en 16 de ellos se descartó posteriormente la infección mediante una prueba de**



confirmación. Sólo en 2 de los participantes con resultado negativo en la prueba diagnóstica ELISA se confirmó posteriormente la presencia de infección. Señale la respuesta correcta:

1. La sensibilidad de la prueba depende de la prevalencia de la enfermedad.
2. El valor predictivo positivo de esta prueba es del 92,5%.
3. La especificidad es del 90%.
4. Una prueba muy específica será especialmente adecuada en aquellos casos en los que el no diagnosticar la enfermedad puede resultar fatal para los enfermos.

**132.** Está usted fuera de la consulta y un familiar le pregunta si un determinado medicamento está o no contraindicado en embarazadas. ¿Qué aplicación de acceso público, desarrollada por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, que contiene la información oficial sobre medicamentos autorizados en España, incluyendo su ficha técnica y prospecto, podría consultar en la web o aplicación móvil?

1. CIMA.
2. FEDRA.
3. Vademecum.
4. FDA-DRUGS.

**133.** Un hombre de 45 años, previamente sano, desarrolla un cuadro de fiebre y gastroenteritis aguda con importante diarrea líquida. En el análisis de sangre se observa sodio 140 mmol/L, potasio 3,2 mmol/L, cloro 85 mmol/L y bicarbonato 38 mmol/L. El pH arterial es 7,60 y la pCO<sub>2</sub> arterial 42 mmHg. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?

1. El paciente tiene una alcalosis metabólica.
2. Los valores de pCO<sub>2</sub> reflejan una acidosis respiratoria compensadora.
3. El anión gap es de 17 mmol/L.
4. La hipocloremia e hipokalemia se debe a las pérdidas gastrointestinales.

**134.** ¿En cuál de las siguientes causas de fracaso renal agudo es INFRECUENTE la presencia de cilindros hemáticos en el sedimento urinario?

1. Nefritis intersticial inmunoalérgica.
2. Vasculitis.
3. Glomerulonefritis IgA.
4. Síndrome hemolítico-urémico.

**135.** Un hombre de 65 años fumador, con claudicación intermitente y al que hace un mes por hipertensión arterial le indican tratamiento con valsartán e hidroclorotiazida, acude a urgencias por malestar general, astenia, pérdida de apetito y de peso. La presión arterial es 215/105 mm Hg y no tiene edemas.

La analítica sanguínea muestra hemoglobina de 10 g/dL, urea 172 mg/dL, creatinina 6,4 mg/dL, potasio 6,3 mEq/L, bicarbonato 17,2 mmol/L. En orina proteínas 75 mg/dL y sedimento normal. Una ecografía muestra riñón derecho de 10 cm y riñón izquierdo de 7 cm de longitud, ambos de contorno liso y sin dilatación pieloureteral. ¿Cuál es su actitud?

1. Transfundir un concentrado de hematíes, indicarle dieta pobre en sal y en potasio, subir la dosis de valsartán y pedir una angioTC ambulatoriamente.
2. Hacer un electrocardiograma, indicarle dieta pobre en sodio y en potasio, suspender valsartán e hidroclorotiazida, indicarle amlodipino y bicarbonato y pedirle un ecodoppler renal.
3. Hacerle un electrocardiograma, indicarle dieta pobre en sodio y en potasio, subir valsartán y pedirle una TC abdominal.
4. Bajar urgentemente la presión arterial con captopril sublingual y furosemida, pedir TC urgente y dializar al paciente.

**136.** La nefritis túbulo-intersticial aguda no parece muy frecuente pero la mayoría de sus causas son medicamentos de uso frecuente. Debe sospecharse si se presenta una insuficiencia renal, cuya causa no se identifique con alta probabilidad, en enfermos que tomen medicación. Todos los siguientes medicamentos son causa potencial de nefritis túbulo-intersticial, EXCEPTO:

1. AINE.
2. Salbutamol.
3. Sulfamidas.
4. Alopurinol.

**137.** Respecto al análisis de orina señale la respuesta FALSA:

1. En la necrosis tubular aguda lo característico es encontrar cilindros hialinos, fracción de excreción de Na inferior al 1 % (FENa < 1%), concentración de sodio en orina inferior a 10 mmol/L (UNa < 10 mmol/L) y densidad de orina superior a 1.018.
2. En el fracaso renal secundario a exposición reciente a antibióticos o quimioterápicos nefrotóxicos lo característico es encontrar cilindros granulosos o tubulares de células epiteliales de color "pardo lodoso", FENa > 1%, UNa > 20 mmol/L y densidad de orina inferior a 1015.
3. En la enfermedad renal aguda de origen isquémico por hemorragia o hipotensión grave recientes lo característico es encontrar cilindros granulosos o tubulares de células epiteliales de color "pardo lodoso", FENa > 1%, UNa > 20 mmol/L, y densidad de orina inferior a 1015.



4. En las enfermedades de vasos finos y glomérulos (glomerulonefritis/vasculitis) lo característico es encontrar hematuria con cilindros eritrocíticos, eritrocitos dismórficos, cilindros granulosos y proteinuria.

**138. ¿Cuál de los siguientes mecanismos NO se ha implicado en la nefropatía asociada al mieloma múltiple?**

1. Depósito tubular de proteínas de Bence-Jones.
2. Vasculitis necrotizante.
3. Hiperuricemia.
4. Acidosis tubular renal.

**139. Respecto a los lugares de acción de las nefropatías tóxicas, señale la INCORRECTA:**

1. La nefrotoxicidad por aminoglucósidos se debe a su acción en el túbulo distal.
2. Los inhibidores del sistema renina angiotensina, IECAs y ARA 2, afectan a los capilares preglomerulares.
3. La toxicidad renal derivada de mecanismos de hipersensibilidad a fármacos como antibióticos, se manifiesta con afectación túbulo-intersticial.
4. Los inhibidores de la calcineurina usados como terapia inmunosupresora del trasplante de órganos, tienen su mecanismo nefrotóxico principal en la vasconstricción.

**140. Hombre de 45 años con insuficiencia renal crónica secundaria a nefropatía diabética que recibe un trasplante renal de donante fallecido. Se establece tratamiento inmunosupresor con triple terapia estándar con esteroides, tacrolimus y micofenolato. Cursa con función inmediata del injerto descendiendo las cifras de creatinina sérica hasta 1,5 mg/dL en la primera semana postrasplante. Diez días después se observa un deterioro agudo de función renal con aumento de creatinina hasta 2,5 mg/dL. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos sería el MENOS probable?**

1. Rechazo agudo.
2. Uropatía obstructiva.
3. Nefropatía por poliomavirus BK.
4. Toxicidad aguda por anticalcineurínicos.

**141. En relación a la hiperplasia benigna de próstata, ¿cuál de las siguientes afirmaciones NO es correcta?**

1. La prevalencia histológica es de aproximadamente 50% en la sexta década de la vida.
2. La edad avanzada y la presencia de testículos funcionantes son elementos necesarios para su desarrollo.
3. Histológicamente es una hiperplasia del epitelio glandular y del estroma de la próstata.

4. El tamaño de la próstata se correlaciona con el grado de obstrucción urinaria.

**142. Respecto al hipospadias, señale la respuesta correcta:**

1. Es la apertura de la uretra en la cara dorsal del pene que causa un cúmulo de piel a nivel ventral.
2. Se asocia a diástasis de pubis.
3. Se asocia a un cúmulo de piel del prepucio a nivel dorsal y fibrosis en la placa uretral distal.
4. Suele asociarse a otras malformaciones de los genitales externos (p.e. en la delección cromosoma 13q).

**143. Mujer de 15 años que consulta por infecciones urinarias de repetición (2-3 episodios por año). Relata cuadros compatibles con cistitis a los que posteriormente se le añade fiebre y dolor lumbar derecho. La exploración física es anodina y en el estudio ecográfico encontramos la presencia de una ureterohidronefrosis moderada en el lado derecho. Se aprecia la presencia de jet ureteral vesical bilateral. Para confirmar la sospecha diagnóstica, vamos a solicitar:**

1. Resonancia magnética abdomino-pélvica.
2. Cisto-uretrografía miccional.
3. Radiografía reno-vesical simple.
4. Uretrocistoscopia.

**144. Mujer de 60 años de edad, con índice de masa corporal de 38, con antecedente en los últimos diez años de cinco episodios de cólicos renales expulsivos y en una ocasión tratada con litotricia extracorpórea por ondas de choque. El resultado del análisis de los cálculos ha sido en todos los casos de oxalato cálcico. El estudio metabólico-mineral de la paciente muestra una hipercalcemia (280 mg/24 horas) de tipo mixto (absortiva y excretora). En la prevención de su recidiva litiasis, de las siguientes medidas, ¿cuál NO aconsejaría?**

1. Bajar de peso.
2. Ingesta de líquidos suficiente para conseguir una producción de orina de más de 2 litros/24 horas.
3. Reducir la ingesta de calcio.
4. Limitar la ingesta de proteínas.

**145. Acude a su consulta una mujer de 57 años, peluquera, con varios episodios en las últimas semanas de hematuria macroscópica monosintomática con coágulos. Como antecedentes de interés, es fumadora de 15 cigarrillos diarios. Hace 15 años se sometió a litotricia extracorpórea por una litiasis renal izquierda. A la exploración únicamente destaca la presencia de un cistocele moderado. Se ha hecho una ecografía en la que no se han encontrado alteraciones a excepción del cistocele. ¿Cuál de las siguientes actitudes es la más adecuada en esta paciente?**



1. Tratamiento antibiótico al tratarse probablemente de una infección de orina.
  2. Realización de un TC abdomino-pélvico sin contraste para descartar una recidiva litiásica.
  3. Programar para colocación de una malla anterior, al ser el cistocele la causa de la hematuria.
  4. Llevar a cabo una cistoscopia para descartar un tumor de vejiga.
- 146. En la evaluación de un paciente con disfunción eréctil, ¿cuál de las siguientes pruebas NO está indicada para diferenciar una disfunción eréctil psicógena de una vascular?**
1. Tests de medición de rigidez nocturna.
  2. Test de inyección intracavernosa de drogas vasoactivas.
  3. Ecografía doppler peneana.
  4. Determinación de testosterona libre y conjugada.
- 147. Durante un aviso nocturno usted acude al domicilio de una paciente de 47 años de edad, diagnosticada de asma y que realiza habitualmente tratamiento con un corticoide inhalado y un beta2 de larga duración. Su familia le explica que ha presentado una crisis de asma que ha tratado con varias dosis de salbutamol administradas a través de una cámara de inhalación sin observar mejoría. Al inspeccionar a la paciente usted observa que realiza un importante trabajo respiratorio con utilización de la musculatura respiratoria accesoria que usted interpreta como una agudización grave de asma. ¿Cuál de las siguientes asociaciones de hallazgos es más probable que usted pueda observar?**
1. Roncus-espíración alargada-percusión mate.
  2. Sibilancias-inspiración alargada-percusión timpánica.
  3. Silencio auscultatorio-espíración alargada-percusión timpánica.
  4. Silencio auscultatorio-espíración alargada-percusión mate.
- 148. Un paciente es ingresado en UVI por un traumatismo torácico grave con múltiples fracturas costales; tras responder favorablemente al tratamiento con analgésicos y oxígeno, comienza a presentar hipoxemia grave que se achaca a inestabilidad de la pared torácica. En este caso, ¿cuál de las siguientes actuaciones es la correcta?**
1. Debe realizarse una intubación orotraqueal e iniciar ventilación mecánica.
  2. Debe realizarse una traqueostomía.
  3. Debe colocarse el paciente en decúbito prono para evitar otros tratamientos más invasivos.
  4. Debe realizarse una fijación costal quirúrgica urgente.
- 149. En relación a la ventilación mecánica protectora en el síndrome de distrés respiratorio agudo, señale la respuesta INCORRECTA:**
1. Ajustar el volumen tidal > 10 mL/kg de peso real.
  2. Evitar una presión meseta en la vía aérea > 30 cm H2O.
  3. Utilizar la menor fracción inspiratoria de oxígeno (FiO2) posible para mantener una SatO2 = 90%.
  4. Ajustar la PEEP para mantener la permeabilidad alveolar al tiempo que se previene la distensión excesiva y el cierre/reapertura.
- 150. La Cirugía de Reducción de Volumen (CRV) es una técnica quirúrgica que se emplea en pacientes con EPOC grave, con la que se pretende mejorar la función pulmonar de los pacientes con enfisema y reducir la mortalidad. La aplicación de este procedimiento requiere una selección adecuada de los pacientes. ¿Cuál de los siguientes criterios desestimaría a los pacientes con EPOC para este tipo de tratamiento?:**
1. Predominio de las lesiones enfisematosas en lóbulos superiores.
  2. FEV1 < 40%.
  3. Lesiones enfisematosas heterogéneas de distribución difusa.
  4. Capacidad de esfuerzo reducida tras realizar programa de rehabilitación respiratoria.
- 151. Hombre de 30 años que acude al servicio de urgencias por disnea rápidamente progresiva tras comenzar con un cuadro catarral de vías altas en las últimas 48 horas. En la exploración se advierte un aumento del trabajo respiratorio, fiebre de 39°C, taquipnea (40 rpm) y cianosis. En la auscultación pulmonar se aprecian estertores crepitantes gruesos en la base pulmonar izquierda. En el hemograma se observa una leucocitosis de 17.000/mm3 con desviación a la izquierda y una hemoglobina de 14 g/dL. Los electrolitos séricos son Na+ 139 mEq/L, K+ 4,5 mEq/L, Cl- 102 mEq/L y CO2 20 mEq/L. La gasometría arterial basal es pH 7,53, PCO2 26 mmHg, PO2 40 mmHg, SaO2 80%, HCO3 22 mEq/L, COHb 1,5%. Desde el punto de vista del equilibrio ácido-base, la situación que mejor describe a este paciente es:**
1. Hiperventilación marcada y acidosis metabólica.
  2. Alcalosis respiratoria crónica.
  3. Alcalosis respiratoria y acidosis respiratoria.
  4. Hiperventilación y alcalosis respiratoria aguda.
- 152. Señale la respuesta FALSA respecto a la neumonitis por hipersensibilidad:**
1. En las formas agudas es característica la aparición de síntomas a las 6-8 horas de la exposición al antígeno.



2. La presencia de eosinofilia apoya el diagnóstico.
3. En la fase crónica la radiografía de tórax se caracteriza por la existencia de un patrón reticulonodular difuso.
4. En el lavado broncoalveolar es típica la presencia de una disminución en el cociente linfocitos CD4/CD8.

**153.** Una mujer de 69 años acude a urgencias por disnea progresivamente creciente hasta hacerse de pequeños esfuerzos, objetivándose en la radiografía de tórax un derrame pleural que ocupa dos terceras partes del hemitórax derecho. En la toracocentesis se aprecia un líquido de aspecto lechoso con las siguientes características: pH 7,47, leucocitos 569/ $\mu$ L (mononucleares 81%, polimorfonucleares 19%), glucosa 132 mg/dL, proteínas 4 g/dL, LDH 95 U/L, colesterol 93 mg/dL, triglicéridos 371 mg/dL. Se ingresa a la paciente y se solicita una tomografía computarizada en la que se aprecian múltiples adenopatías a nivel cervical, torácico y abdominal. Señale cuál de los siguientes es el tratamiento inicial más correcto mientras se completa el estudio diagnóstico:

1. Colocación de una derivación pleuroperitoneal.
2. Ligadura del conducto torácico.
3. Inserción de un tubo de pleurostomía y administración de octeótrido.
4. Toracostomía con catéter e inserción de un agente esclerosante.

**154.** Un hombre acude a su consulta por disnea. En la exploración física del tórax se aprecia una disminución de la movilidad del hemitórax derecho, con disminución de las vibraciones vocales en ese mismo lado y desviación de la tráquea hacia el lado izquierdo. Además, a la percusión se aprecia matidez en todo el hemitórax derecho y ausencia de murmullo vesicular en ese mismo hemitórax. Usted pensaría en:

1. Neumotórax derecho.
2. Atelectasia obstructiva derecha.
3. Condensación pulmonar derecha.
4. Derrame pleural derecho.

**155.** Un hombre de 58 años, a las tres semanas de un esguince grave de tobillo presenta, de forma rápidamente progresiva, disnea de reposo, mareo y síncope. Al llegar al hospital tiene hipotensión (PA sistólica 80 mmHg, diastólica 40 mmHg) y mala perfusión. Es intubado y conectado a ventilación mecánica y se inicia noradrenalina. El ecocardiograma muestra signos de hipertensión pulmonar. En la angio-TC se observan múltiples defectos de repleción ocupando ambas arterias pulmonares principales. ¿Cuál de los siguientes tratamientos se asociaría a una mejoría hemodinámica más rápida en este caso?

1. Heparina sódica en perfusión intravenosa.
2. Tromboendarectomía.
3. Fibrinólisis sistémica con rt-PA (alteplase) 100 mg intravenoso.
4. Filtro en vena cava inferior.

**156.** Señale cuál es FALSA con respecto a la cefalea en racimos:

1. Tiene una duración entre 30 y 180 minutos.
2. Se acompaña de lagrimeo, rinorrea y signo de Horner homolaterales al dolor.
3. Es más frecuente en mujeres.
4. El tratamiento sintomático puede hacerse con oxígeno al 100% por mascarilla.

**157.** ¿Cuál de los siguientes fármacos antiepilépticos NO disminuye la eficacia de los anticonceptivos orales?

1. Valproato.
2. Carbamazepina.
3. Fenitoína.
4. Fenobarbital.

**158.** Un paciente con una enfermedad de Parkinson en tratamiento estable con levodopa empieza a presentar alucinaciones visuales bien estructuradas, asociadas a cierta irritabilidad. El cuadro no mejora disminuyendo la dosis de levodopa, empeorando además su situación motora. ¿Cuál es el medicamento más adecuado para tratar las alucinaciones?

1. Quetiapina.
2. Haloperidol.
3. Risperidona.
4. Lorazepam.

**159.** ¿Cuál de las siguientes características NO es habitual en la demencia por cuerpos de Lewy?

1. Fluctuaciones en el estado cognitivo del paciente.
2. Presencia de un trastorno de conducta asociado al sueño REM.
3. Reducción en la captación del transportador de dopamina en las pruebas de neuroimagen funcional (DAT scan).
4. Limitación en la mirada vertical, especialmente en la mirada inferior.

**160.** La electromiografía (EMG) permite registrar la actividad eléctrica del músculo mediante la inserción de un electrodo de aguja concéntrico en el mismo. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es la correcta?

1. En la Miastenia Gravis, el potencial de acción muscular compuesto inicial producido por la estimulación eléctrica está ligeramente reducido o es normal.
2. En las polimiositis, distrofias musculares y otras miopatías, los potenciales de unidad motora son de elevada amplitud y de duración aumentada.



3. En el Síndrome de Eaton Lambert, la estimulación repetitiva a alta frecuencia produce una disminución del potencial de la respuesta.
4. El fenómeno de la miotonía se caracteriza por descargas repetitivas de baja frecuencia que tienen en general ondas positivas agudas.

**161.** ¿Cuál de las siguientes manifestaciones clínicas NO esperaría encontrar en un paciente con un infarto bulbar posterolateral (Síndrome de Wallemborg)?

1. Ataxia.
2. Hipo.
3. Nistagmus.
4. Midriasis.

**162.** Mujer de 32 años que toma anticonceptivos orales presenta un cuadro de cefalea, papiledema bilateral y crisis tónico-clónicas generalizadas que se controlan con levetiracetam. Se realiza RM craneal que muestra un pequeño hematoma temporal izquierdo y en angioRM venosa una trombosis venosa del seno longitudinal superior, seno transversal y sigmoideo izquierdo.

¿Cuál es el tratamiento más adecuado en esta paciente?

1. Anticoagulación con heparina intravenosa.
2. Fibrinólisis intravenosa.
3. Antiagregación con ácido acetilsalicílico 300 mg.
4. Evacuación quirúrgica del hematoma.

**163.** Mujer de 26 años, nuligesta, vacunada contra el virus del papiloma humano, acude a la consulta por alteración de bajo grado (LSIL) en citología de cribado. Se realiza colposcopia y biopsia de exocervix con resultado histológico de neoplasia intraepitelial de bajo grado (LSIL-CIN 1). ¿Cuál es la actitud a seguir en esta paciente?

1. Solicitar detección del virus del papiloma humano.
2. Conización cervical.
3. No tratar y programar nueva revisión en 6-12 meses.
4. Tratamiento con aciclovir durante 16 semanas.

**164.** Mujer de 18 años con acné, sin antecedentes médicos ni familiares de interés. Acude a su consulta demandando un método contraceptivo hormonal oral. Señale la respuesta correcta en relación a qué tipo de contraceptivo le prescribiría:

1. Contraceptivos con estrógenos combinados con levonorgestrel por su acción antiandrogénica.
2. Contraceptivos con estrógenos combinados con norgestrel porque promueven una mayor elevación de la Sex Hormone Binding Globuline (SHBG).
3. Contraceptivos con sólo estrógenos para evitar el efecto androgénico de los gestágenos.

4. Contraceptivos combinados con estrógenos y un gestágeno como el norgestimato.

**165.** Señale la respuesta correcta en relación al tratamiento de la disfunción sexual de una mujer de 60 años en menopausia desde hace 5 y con atrofia vaginal que consulta por dispareunia:

1. El nivel en sangre de testosterona libre es predictor del éxito terapéutico de la administración exógena de andrógenos.
2. El uso de estrógenos orales combinados con gestágenos vaginales es el tratamiento más eficaz.
3. La terapia estrogénica local en la vagina con preparados de dosis baja no precisa de combinación con gestágenos.
4. La terapia con lubricantes vaginales reduce la dispareunia y las infecciones urinarias secundarias a la atrofia.

**166.** En una mujer obesa de 67 años de edad que presenta un episodio de metrorragia, ¿cuál es la prueba más eficiente y precisa para diagnosticar su proceso ginecológico?

1. Ecografía transvaginal y toma de endometrio.
2. Ecografía de abdomen completo.
3. Histeroscopia bajo sedación y biopsia según hallazgos.
4. Especuloscopia y citología cervical.

**167.** Pareja heterosexual que consulta por esterilidad de un año de evolución. La mujer tiene 39 años y entre sus antecedentes refiere estar diagnosticada de endometriosis que requirió cirugía hace 3 años (quistectomía ovárica unilateral). En la analítica de ella destacan unos valores de hormona anti-mulleriana de 1,9 ng/mL (normal por encima de 1 ng/mL) y el recuento de folículos antrales por ecografía es de 4 folículos por ovario (normal, más de 7 entre los 2 ovarios). El varón tiene 40 años y el seminograma es normal. ¿Cuál de las siguientes opciones es de elección en esta pareja?

1. Ciclo de fecundación in vitro con donación de ovocitos.
2. Ciclo de fecundación in vitro con ovocitos propios.
3. Ciclo de inseminación artificial.
4. Tratamiento de la endometriosis con análogos de la GnRH durante 3 meses seguido de inducción de la ovulación.

**168.** Primigesta de 28 años, sin antecedentes médicos de interés. IMC 25 kg/m<sup>2</sup>. Presión arterial en primer trimestre de 95/65 mmHg. Gestación única de curso normal hasta el momento. Acude en la semana 34+1 a la realización de la ecografía del tercer trimestre: feto vivo en cefálica con peso estimado de 1760g (percentil 5), índice de pulsatilidad medio en arterias uterinas



en el percentil 97, índice cerebro-placentario en percentil 3, e índice de pulsatilidad en arteria umbilical en percentil 75. Líquido amniótico normal (bolsa mayor de 38 mm) y movimientos fetales percibidos durante la exploración y por la madre. En la consulta de obstetricia se constata que la presión arterial es de 135/91 mmHg. Refiere que se le han hinchado las manos en la última semana y que desde el día anterior tiene náuseas y ha vomitado en dos ocasiones. Se solicita una analítica en la que destaca: glucosa 105 mg/dL, creatinina 0.64 mg/dL, ALT (GPT) 109 U/L, AST (GOT) 110 U/L, LDH 460 U/L, billirrubina total 1,3 mg/dL, amilasa 50 U/L, sodio 139 mEq/L, potasio 4,49 mEq/L, hemoglobina 12,5 g/dL, hematocrito 36%, plaquetas 77 x 1000/ $\mu$ L, leucocitos 13.100/ $\mu$ L, índice proteína/creatinina 0,35, cociente sFlt-1/PlGF 577, y presencia de esquistocitos en sangre periférica. Señale la afirmación verdadera respecto al diagnóstico y seguimiento de este caso:

1. Se trata de un feto pequeño para la edad gestacional, de origen placentario, que se acompaña de una preeclampsia no grave. La actitud recomendable es intentar prolongar la gestación al menos hasta la semana 37.
2. Se trata de un feto pequeño para la edad gestacional que se acompaña de un síndrome de HELLP. La actitud recomendable es intentar prolongar la gestación al menos hasta la semana 35.
3. Se trata de un feto con restricción del crecimiento intrauterino que se acompaña de una hipertensión gestacional del tercer trimestre. La actitud recomendable es intentar prolongar la gestación al menos hasta la semana 36.
4. Se trata de un feto con restricción del crecimiento intrauterino que se acompaña de un síndrome de HELLP. La actitud recomendable es la finalización del embarazo mediante inducción del parto.

**169.** Señale la respuesta **INCORRECTA** sobre "toxoplasmosis y embarazo":

1. El riesgo de transmisión vertical disminuye con la edad gestacional.
2. El tratamiento con espiramicina 3 g/d disminuye el riesgo de infección fetal.
3. El test de avidéz de IgG se realiza ante sospecha de infección materna (IgM e IgG positivas).
4. La secuela más frecuente es la coriorretinitis subclínica.

**170.** Mujer de 51 años que acude al servicio de urgencias por metrorragia intensa desde hace 2 horas. En la anamnesis, refiere hacer tenido algún bache amenorreico en el último año y la última regla fue hace dos meses. Actualmente no presenta sintomatología perimenopáusica. A la exploración se

aprecia un sangrado mayor que una menstruación y un útero aumentado de tamaño, de unos 8 cm. En la ecografía vaginal, el único hallazgo es un endometrio de 28 mm, hiperecogénico con múltiples zonas hipoecóicas en su interior. ¿Cuál de las siguientes pruebas solicitaría inicialmente?

1. Beta-HCG en sangre.
2. Histeroscopia diagnóstica.
3. Legrado uterino diagnóstico-terapéutico.
4. Estudio hormonal ginecológico.

**171.** En una mujer postmenopáusica de 56 años de edad, obesa, y portadora de la mutación BRCA-2, con antecedentes familiares de cáncer mama en su única hermana a los 54 años y a los 65 años en su madre. ¿Cuál de los siguientes tumores tienen más riesgo de presentarse en esta paciente?

1. Cáncer de endometrio y cáncer de ovario.
2. Cáncer de mama y cáncer de ovario.
3. Cáncer de mama y cáncer de endometrio.
4. Cáncer de cuello uterino y cáncer de mama.

**172.** Mujer de 62 años con diagnóstico de diabetes tipo 2 de 15 años de evolución, con mal control a pesar del tratamiento con antidiabéticos orales. Presenta disminución de agudeza visual de dos meses de evolución en su ojo izquierdo. Se realiza una Tomografía de Coherencia Óptica (OCT) y se observa una afectación macular. ¿Cuál de las siguientes maculopatías está más relacionada con el descenso de agudeza visual de este paciente?

1. Distrofia macular.
2. Degeneración macular senil.
3. Pseudoagujero macular.
4. Edema macular.

**173.** Mujer que acude a urgencias por disminución de visión brusca de ojo izquierdo, hiperemia y dolor muy intenso, después de la instilación de un colirio con tapón rojo, que no sabe precisar. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

1. Queratitis traumática.
2. Glaucoma agudo.
3. Uveítis anterior aguda.
4. Conjuntivitis aguda.

**174.** Paciente ingresado en cirugía, con vía central para nutrición parenteral desde hace 3 semanas. Comienza con fiebre de reciente aparición y disminución brusca de agudeza visual del ojo derecho. ¿Cuál de las siguientes es la etiología más probable?

1. Infección fúngica por candida.
2. Infección viral por citomegalovirus.
3. Infección bacteriana por micobacterias.
4. Infección bacteriana por pseudomonas.



**175. Muchacho de 15 años de edad, afecto de una cardiopatía congénita tipo comunicación interauricular ostium secundum, con cortocircuito izquierda-derecha hemodinámicamente significativo. ¿Cuál de los siguientes hallazgos apoyaría el diagnóstico?**

1. Presencia de cianosis.
2. Soplo sistólico de eyección pulmonar y desdoblamiento amplio y fijo del 2º R.
3. Cifras de presión arterial diastólica cercanas a 0.
4. Ausencia de pulsos en extremidades inferiores.

**176. Lactante de 4 meses es valorado en verano en urgencias por vómitos, irritabilidad, eritema generalizado y decaimiento de unos 30 minutos de evolución. La madre refiere haberle dado una toma de biberón con fórmula de inicio previamente, con el objetivo de iniciar la lactancia artificial pues debe incorporarse a trabajar en poco tiempo. No presenta antecedentes de interés, está vacunado correctamente y toma lactancia materna exclusiva. ¿Cuál cree que es la actitud más correcta?**

1. Se trata de una viriasis y le recomendaría a sus padres que le administraran un antihistamínico para calmar el picor, y paracetamol si fiebre.
2. Se debe realizar ecografía abdominal urgente para descartar una invaginación intestinal.
3. Se trata de un golpe de calor y aconsejo poner al bebé con poca ropa y dejarlo unas horas en urgencias mientras se toma otro biberón dado la angustia familiar.
4. Se trata de una alergia a las proteínas de la leche de la vaca y le dejaría con lactancia materna exclusiva o fórmula hidrolizada.

**177. Ante un niño de 15 meses de edad al que no le ha salido ningún diente, debemos considerar lo siguiente:**

1. No se trata de una erupción tardía. Estamos en los límites de la normalidad (media más desviación estándar).
2. La cronología dental guarda una estrecha relación con otros procesos de crecimiento y maduración.
3. Lo más frecuente es que no encontremos ninguna causa (origen idiopático).
4. La erupción dentaria comienza con los caninos, progresando hacia los incisivos.

**178. Recién nacido de 40 semanas de edad gestacional y peso estimado 3.800 gramos. Tiene una frecuencia cardíaca de 30 latidos por minuto y no se observa esfuerzo respiratorio. Se inicia reanimación con intubación, masaje cardíaco y tres dosis de adrenalina intravenosa. A los 15 minutos de vida no presenta signos vitales. ¿Cuál considera que es la actuación adecuada?**

1. Como no responde bien a las maniobras de reanimación, se debe cambiar el tubo endotraqueal.
2. Continuar con la reanimación y administrar más dosis de adrenalina intravenosa.
3. Iniciar tratamiento con hipotermia pasiva.
4. Interrumpir las maniobras de reanimación.

**179. Niña de 7 años que consulta por la aparición de vello en los labios mayores desde hace 12 meses. En la exploración no se evidencia hirsutismo, tiene acné y sudoración apocrina, sin telarquia, pero con axilarquia incipiente. Los genitales externos son normales, sin aumento de clítoris. En la gráfica de crecimiento no se aprecia aumento de la velocidad del crecimiento en el último año. La edad ósea es un año superior a la cronológica. ¿Cuál considera que es el diagnóstico más probable?**

1. Adrenarquia precoz.
2. Pubertad precoz periférica.
3. Pubertad precoz central.
4. Tumoración suprarrenal.

**180. Asiste a un niño de 11 años con antecedentes de dos abscesos hepáticos por enterobacterias, así como una tuberculosis pulmonar e ileal y una nocardiosis pulmonar. Actualmente presenta un cuadro diarreico de 4 a 5 deposiciones diarias, con desarrollo de fístula perianal. El estudio del virus de la inmunodeficiencia humana ha sido negativo y en la analítica destaca la presencia de ASCA (anticuerpos anti-Saccharomyces cerevisiae), con una adecuada respuesta en la producción de anticuerpos tras las vacunaciones. En la exploración física no se evidencian lesiones cutáneas ni mucosas. Tiene un hermano de 14 años con un cuadro clínico similar. Usted pensaría en una de las siguientes inmunodeficiencias primarias:**

1. Enfermedad granulomatosa crónica.
2. Inmunodeficiencia variable común.
3. Alteraciones de la reparación del DNA, tipo ataxia-telangiectasia.
4. Síndrome de hipercincemia e hiperproteínemia.

**181. La causa más frecuente en la formación de cálculos en la población pediátrica es:**

1. Mielomeningocele.
2. Infecciones urinarias.
3. Estenosis de la unión pieloureteral.
4. Válvulas uretrales.

**182. Recién nacido que en la exploración física presenta labio leporino con fisura palatina. En relación con esta malformación todo lo siguiente es cierto EXCEPTO :**

1. Tiene una base genética.



2. Puede relacionarse con la ingesta de ciertos fármacos durante el embarazo.
3. Los pacientes afectados presentan con frecuencia otitis media aguda.
4. El cierre quirúrgico de la fisura palatina se realiza en los primeros 3 meses para evitar problemas de alimentación.

**183.** ¿Cuál es el anticonvulsivante que evitaremos en un lactante de 3 meses con crisis convulsiva y en el que no podemos descartar metabopatía?

1. Fenitoína.
2. Clobazam.
3. Ácido valproico.
4. Fenobarbital.

**184.** Referente al trastorno obsesivo compulsivo (TOC), señale la opción FALSA:

1. Uno de los fármacos más eficaces es la clomipramina.
2. La respuesta farmacológica a los inhibidores de la recaptación de serotonina es del 90%.
3. Las conductas compulsivas alivian la ansiedad.
4. La terapia psicológica de más utilidad para el control de síntomas es la de tipo conductual.

**185.** Es frecuente la comorbilidad en el trastorno bipolar con:

1. Trastorno obsesivo-compulsivo.
2. Estrés postraumático.
3. Trastorno antisocial de la personalidad.
4. Dependencia de alcohol.

**186.** ¿Cuál de los siguientes NO se considera que forme parte de los síntomas negativos de la esquizofrenia?

1. Alogia.
2. Bloqueos de pensamiento.
3. Desorganización conductual.
4. Anhedonia.

**187.** Andrea tiene diecisiete años y es descrita por sus padres como una niña modelo. Súper correcta y muy buena estudiante. “Todo lo que emprende”, dicen, “lo lleva al extremo de la perfección, pues es tremendamente disciplinada y autoexigente”. Siempre ha sido una chica delgada pero desde que empezó con las clases de ballet clásico hace tres años su conducta disciplinada se ha dirigido al control de lo que come, restringiendo las ingestas (frecuencia y cantidad) lo que le ha llevado a situarse en un peso inferior al 80% de lo correspondiente a su edad y altura. Andrea además se niega a subir de peso a pesar de los constantes avisos de su médico. De hecho, no solo parece no darse cuenta del riesgo que para su salud supone su conducta sino que parece aterrorizarle la sola idea de ganar peso y convertirse en una obesa.

**Para establecer el diagnóstico de la enfermedad debería encontrar además:**

1. Antecedentes de conductas impulsivas como consumo de alcohol o comportamientos autolesivos de baja letalidad.
2. Amenorrea.
3. Distorsión de la imagen corporal.
4. Hiperplasia parotídea e incremento de la amilasa sérica.

**188.** Ante un paciente con síntomas y signos de depresión, asociado a importante astenia y ansiedad. ¿Qué tratamiento NO le plantearía?

1. Alprazolam cada 8 horas.
2. Paroxetina a dosis bajas.
3. Metilfenidato a dosis bajas.
4. Amitriptilina a dosis bajas.

**189.** Un paciente de 79 años es traído a urgencias a las 7 de la tarde desde una residencia geriátrica no asistida. No disponemos del informe de derivación, que se ha perdido durante el traslado. Está desorientado en tiempo y espacio, tiene problemas para recordar información sencilla, en ocasiones se pone muy nervioso y agitado porque ve personas amenazantes en el box de urgencias, incluso cuando se encuentra a solas y en otras aparece somnoliento y desatento. El principal dato que apoya el diagnóstico de delirium frente al de demencia, es:

1. La presencia de alucinaciones visuales.
2. La fluctuación del nivel de alerta.
3. Los síntomas cognitivos.
4. La agitación psicomotriz.

**190.** ¿Cuál de los siguientes síntomas NO es un criterio clínico para diagnosticar un trastorno por estrés postraumático?

1. Disociación.
2. Rexperimentación.
3. Conductas de evitación.
4. Alteración del control de los impulsos.

**191.** Hombre de 46 años veterinario de profesión que consulta porque desde hace 10 días tiene picos de fiebre ondulante de 39°C junto con dolor de testículo derecho, dolor lumbar intenso y tumefacción progresiva con gran impotencia funcional en rodilla izquierda. En la exploración destaca una artritis de rodilla por lo que se procede a artrocentesis y se extraen 70 ml de líquido sinovial de aspecto inflamatorio. Señale la respuesta INCORRECTA en este caso:

1. En esta situación los hemocultivos ofrecen escasa rentabilidad diagnóstica.
2. El test de rosa de Bengala puede resultar de gran utilidad.



3. En la radiografía simple de rodilla lo esperable es encontrar únicamente aumento de partes blandas.
4. Una buena aproximación terapéutica puede ser la asociación de doxiciclina (100 mg/12 horas vía oral) durante 45 días y estreptomycinina (1 g/día intramuscular).

**192. Entre las manifestaciones extraarticulares de la artritis reumatoide seropositiva, señale la que NO se asocia con la enfermedad:**

1. Uveítis anterior.
2. Subluxación atloaxoidea.
3. Enfermedad pulmonar intersticial difusa.
4. Mononeuritis múltiple.

**193. Mujer de 19 años que acude a urgencias por un cuadro de poliartritis simétrica de pequeñas articulaciones de manos y pies, tobillos y rodillas con fiebre de 39°C de 24 horas de evolución. La etiología más probable es:**

1. Bacteriana.
2. Autoinmune.
3. Microcristalina.
4. Viral.

**194. Señale cuál de los siguientes signos radiológicos NO es típico de la espondilitis anquilosante:**

1. Cuadratura de los cuerpos vertebrales.
2. Calcificación del ligamento vertebral común anterior.
3. Sacroileítis.
4. Cifosis dorsal.

**195. Hombre de 50 años con antecedente de ingreso reciente por cuadro de hemorragia digestiva aguda. Acude a urgencias por cuadro agudo de dolor de rodilla que comienza esa noche, con enrojecimiento e impotencia funcional, dolor al roce y febrícula. En la exploración tiene también signos inflamatorios en primera articulación metatarsofalángica. Se realiza analítica general con hemograma normal, creatinina e iones normales y PCR 2 mg/dL. El líquido sinovial es amarillento no filante y con 5000 leucocitos/mm<sup>3</sup> con 85% de polimorfonucleares y glucosa de 101 mg/dL. ¿Qué le parece lo más correcto a realizar?**

1. Artrocentesis para hacer una tinción de Gram y cultivo del líquido articular y examinar el líquido al microscopio de luz polarizada.
2. Solicitar determinación de ácido úrico e iniciar tratamiento empírico con colchicina y alopurinol.
3. Solicitar una radiografía simple y una gammagrafía ósea con tecnecio 99m.
4. Solicitar 2 hemocultivos e iniciar tratamiento antimicrobiano con ceftazidima intravenosa.

**196. Hombre de 40 años de edad que consulta por un**

**cuadro de 3 meses de febrícula, astenia, pérdida de peso, secreción nasal purulenta, tos con expectoración hemoptoica y púrpura palpable. En las exploraciones complementarias destacan creatinina 2,2 mg/dL, hematuria microscópica con cilindros hemáticos, c-ANCA positivos con PR3 y radiografía de tórax con nódulos pulmonares cavitados. ¿Qué tratamiento sería el más adecuado para nuestro paciente en el momento actual?:**

1. Prednisona y ciclosporina.
2. Prednisona y azatioprina.
3. Prednisona y micofenolato de mofetilo.
4. Prednisona y ciclofosfamida.

**197. Una mujer de 22 años, previamente sana, sufre un politraumatismo secundario a un accidente de tráfico. Se queja de dolor torácico, está hipotensa y el equipo de emergencias le pauta oxigenoterapia, analgesia y 6 litros de suero salino isotónico para remontar la presión arterial. Ya en el hospital se aprecian múltiples fracturas costales en la Rx de tórax. En la analítica tiene sodio de 135 mmol/L, potasio de 3,8 mmol/L, cloro de 115 mmol/L y bicarbonato de 18 mmol/L. En los gases arteriales pCO<sub>2</sub> de 39 mmHg y pH de 7,28. ¿Con esta información, cuál de las siguientes explicaciones es la acertada?**

1. Es probable que el tratamiento analgésico le haya adormilado y eso justificaría la acidosis respiratoria por hipoventilación.
2. La paciente tiene una acidosis metabólica hiperclorémica que se puede explicar por el aporte de volumen.
3. Se trata de una acidosis metabólica compensada con una alcalosis respiratoria.
4. El cuadro es compatible con una acidosis metabólica con anión gap alto. Podría tratarse de una acidosis láctica secundaria a mala perfusión tisular por la hipotensión inicial.

**198. Hombre de 45 años que acude a consulta por dolor en el hombro izquierdo de 6 meses de evolución que ha aumentado de intensidad en las dos últimas semanas. No relaciona el dolor con traumatismo previo. El dolor es de predominio nocturno y empeora con el movimiento. En la exploración presenta un rango de movilidad pasiva completa con disminución de los últimos grados de rotación interna y elevación activa. No se objetiva deformidad, crepitación ni aumento de temperatura. El diagnóstico más probable es:**

1. Inestabilidad de hombro asociada a laxitud.
2. Rotura del manguito de los rotadores del hombro.
3. Capsulitis adhesiva de hombro.
4. Tendinitis calcificante del tendón supraespinoso del hombro.

**199. ¿Cuál de los siguientes tratamientos le parece más apropiado en la actualidad en una osteonecrosis**



**idiopática de cadera en un paciente de 40 años de edad con dolor moderado y sin colapso de la cabeza femoral?**

1. Observación.
2. Descompresión central de la cadera con o sin terapia celular complementaria.
3. Osteotomía de rotación del extremo proximal del fémur.
4. Prótesis total de cadera.

**200. Un hombre de 44 años de edad, trabajador de la construcción, consulta por un dolor lumbar de dos semanas de duración. Dos años antes consultó por un proceso similar. Se trata de un dolor no irradiado, que mejora con el reposo nocturno. No se acompaña de déficit motor o alteraciones sensitivas en la exploración física. La maniobra de Lasegue es negativa. ¿Qué exploración complementaria considera indicada?**

1. No hay indicación de realizar ninguna exploración complementaria.
2. Una radiografía anteroposterior y lateral de columna lumbar.
3. Debe realizarse un HLA B27 a fin de descartar una espondiloartropatía.
4. Una resonancia magnética que nos descartará la presencia de una hernia discal.

**201. Un joven de 16 años jugador de baloncesto acude por dolor y bloqueos de rodilla. Las pruebas complementarias nos aportan un diagnóstico de osteocondritis disecante de rodilla en cóndilo femoral interno. ¿Cuál de los siguientes tratamientos es INCORRECTO?**

1. Realización de microfracturas o perforaciones por artroscopia de la zona lesionada.
2. Injerto osteocondral autólogo (mosaicoplastia).
3. Prótesis unicompartmental de rodilla.
4. Transplante de condrocitos autólogos.

**202. Un hombre de 55 años con antecedente de metástasis óseas de origen renal acude a urgencias por dolor intenso en cadera derecha. La radiografía simple muestra una lesión lítica de más de dos tercios del diametro del fémur en región peritrocantérica. Teniendo en cuenta que su esperanza de vida es mayor de 6 semanas, con una calidad aceptable, ¿qué tratamiento recomendaría?**

1. Radioterapia precoz.
2. Descarga completa de la extremidad afecta, caminando con muletas.
3. Fijación preventiva con clavo endomedular.
4. Quimioterapia y radioterapia urgente.

**203. Respecto a la clasificación del riesgo anestésico de la Sociedad Americana de Anestesiólogos (ASA), señale**

**la respuesta FALSA:**

1. Es la escala más utilizada para la valoración del riesgo anestésico.
2. Valora el estado físico del paciente.
3. La clasificación del paciente dependerá del tipo de cirugía a la que va a ser sometido.
4. Tiene en cuenta la patología concomitante que presenta el paciente.

**204. Al evaluar la vía aérea de un paciente durante la consulta preanestésica podemos encontrar diferentes hallazgos. Señale aquel que NO es un predictor de vía aérea difícil:**

1. Mallampati IV.
2. Apertura bucal menor de 3 cm (distancia interincisivos).
3. Distancia tiromentoniana mayor de 6.5 cm.
4. Imposibilidad de morder el labio superior con los incisivos inferiores.

**205. ¿Cuál de los siguientes NO es uno de los cuatro principios de la bioética propuestos por Beauchamp y Childress?**

1. No maleficencia.
2. Confidencialidad.
3. Justicia.
4. Autonomía.

**206. ¿Cuál de entre los siguientes objetivos es propio de la prevención cuaternaria?**

1. Retrasar la aparición de la enfermedad.
2. Disminuir la iatrogenia evitando las intervenciones médicas innecesarias.
3. Evitar la aparición de la enfermedad.
4. Disminuir el gasto del cuidado de las enfermedades.

**207. Una mujer de 51 años, con antecedentes de hipertensión arterial tratada con diuréticos, acude al centro de salud porque después de que le notificasen el accidente de un hijo 30 minutos antes, presenta nerviosismo, dolor en centro del pecho con náuseas y sudoración intensa. En la exploración física la paciente se encuentra agitada y nerviosa, tiene una frecuencia cardíaca de 86 lpm y una presión arterial de 132/87 mmHg. ¿Cuál es el siguiente paso a seguir?**

1. Tranquilizarla, explicarle que la exploración es normal, administrar un ansiolítico y recomendarle que si el cuadro no mejora acuda nuevamente al centro.
2. Realizar una determinación de troponinas cardíacas.
3. Realizar un electrocardiograma de 12 derivaciones.
4. Realizar una radiografía de tórax.



- 208. Un hombre de 46 años acude a las 11 de la noche a urgencias por presentar lesiones blanquecinas y rojas, sin flictenas, muy dolorosas, en ambos pies. El paciente es trabajador de la construcción y refiere haber estado trabajando esa mañana con cemento (óxido cálcico). Señale la respuesta correcta:**
1. El paciente ha sufrido una quemadura química por un ácido por lo que se debe realizar cura con un álcalis para parar la reacción química. Posteriormente cura de la quemadura con sulfadiacina argéntica y reevaluación de la misma en las siguientes horas.
  2. El paciente ha sufrido una quemadura química por álcalis por lo que se debe proceder al lavado exhaustivo con agua y jabón y después de comprobar el pH de la piel, cura local con sulfadiacina argéntica y reevaluación de las quemaduras en las siguientes horas.
  3. Dado el tiempo transcurrido posiblemente sea una reacción alérgica. Se procederá a la aplicación de corticoide tópico y a la toma de antihistamínicos orales.
  4. Dado el uso continuado de botas para la realización de su trabajo el paciente presenta una colonización por hongos y debe tratarse con antifúngicos tópicos.
- 209. En relación al colgajo anterolateral del muslo, señale la respuesta INCORRECTA:**
1. Se trata de un colgajo de perforantes.
  2. Está irrigado por ramas de la arteria femoral circunfleja medial.
  3. Puede obtenerse realizando una disección tanto suprafascial como subfascial.
  4. Las perforantes musculocutáneas atraviesan el músculo vasto lateral antes de irrigar la piel del colgajo.
- 210. La polifarmacia (uso de 5 ó más fármacos concomitantemente) es uno de los síndromes geriátricos más importantes. Los ancianos polimedcados tienen más riesgo de reacciones adversas a medicamentos e interacciones farmacológicas. Los criterios STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions)/START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment) nos ayudan a detectar la prescripción inadecuada (STOPP) y la falta de prescripción de fármacos indicados en el anciano (START). ¿Cuál de los siguientes NO se ajusta a un criterio STOPP?**
1. Uso de antihistamínicos de segunda generación por riesgo de sedación y efectos colinérgicos.
  2. Uso prolongado de benzodiazepinas de vida media larga por riesgo de sedación prolongada, confusión, trastorno del equilibrio y caídas.
  3. Antidepresivos tricíclicos en prostatismo por riesgo de retención urinaria.
  4. Uso prolongado de neurolépticos en el parkinsonismo por empeoramiento de síntomas extrapiramidales.
- 211. ¿Cuál de las siguientes manifestaciones clínicas NO forma parte del síndrome de fragilidad del anciano?**
1. Debilidad.
  2. Pérdida de apetito.
  3. Mala tolerancia al ejercicio.
  4. Enlentecimiento.
- 212. Señale la afirmación correcta con respecto a las características diferenciales de la enfermedad en el paciente geriátrico:**
1. Presentan entidades patológicas específicas en relación a su edad.
  2. Los síntomas clínicos de presentación no se ven modificados con respecto al sujeto adulto con igual proceso clínico.
  3. La reserva funcional respiratoria o renal se conserva en el mismo nivel que en el sujeto adulto.
  4. Las determinaciones analíticas más habituales (glucosa, enzimas hepáticas, hormonas tiroideas, electrolitos) no muestran cambios en el sujeto adulto.
- 213. Una paciente de 32 años acude a su consulta tras ser intervenida de un cáncer de mama derecho mediante cirugía conservadora. El informe de anatomía patológica informa de carcinoma ductal infiltrante moderadamente diferenciado de 2 cm con afectación de 8 de 12 ganglios aislados. Receptores de estrógenos y progesterona positivos. Her2 negativo. El tratamiento adyuvante indicado incluiría todas las opciones EXCEPTO:**
1. Quimioterapia sistémica.
  2. Radioterapia sobre lecho mamario.
  3. Hormonoterapia con inhibidores de la aromataza.
  4. Radioterapia sobre hueco axilar.
- 214. Mujer de 45 años sin antecedentes de interés, con el diagnóstico de cáncer de colon con afectación hepática, con buen estado general, sin alteraciones analíticas. Comienza tratamiento sistémico paliativo en primera línea con oxaliplatino, 5-fluoruracilo y bevacizumab, sin ninguna complicación. Tras 4 meses de tratamiento y respuesta parcial de la enfermedad, acude a Urgencias por cefalea, alteraciones visuales, tendencia al sueño e hipertensión arterial grave. Se realiza TC con contraste intravenoso y se evidencia una alteración bilateral extensa en la sustancia blanca con edema cerebral en ambos lóbulos occipitales y en cerebelo. ¿Cuál es la sospecha diagnóstica más probable?**



1. Síndrome de leucoencefalopatía posterior reversible.
2. Meningitis carcinomatosa.
3. Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
4. Toxicidad neurológica por 5-fluoruracilo.

**215. Los anticuerpos monoclonales dirigidos frente al receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR), como el cetuximab o panitumumab están indicados en una de las siguientes situaciones:**

1. Tratamiento adyuvante de pacientes con cáncer de colon estadio III y presencia de sobreexpresión de EGFR.
2. Tratamiento neoadyuvante de pacientes con cáncer de recto estadio III en combinación con radioterapia, con mutaciones en K-Ras y/o N-Ras.
3. Tratamiento adyuvante en combinación con quimioterapia en pacientes con cáncer de recto estadios II y III, con sobreexpresión de EGFR.
4. Tratamiento de pacientes con cáncer colorrectal avanzado (estadio IV) sin mutaciones en K-Ras ni N-Ras.

**216. Acude al domicilio de un paciente tras llamada porque el paciente en los últimos días ha cambiado de situación clínica. Refiere debilidad y fatiga extrema, ha dejado de comer y beber, con episodios de atragantamiento y en la exploración física observa úlceras por decúbito, escucha algún ruido respiratorio y presenta una respiración diferente con periodos de apnea. Usted llega al diagnóstico clínico de "últimas horas de vida". Ante esta situación NO se recomienda:**

1. Cuidar el interior de la boca, aplicar lubricantes a los labios y uso de lágrimas artificiales.
2. Pautar escopolamina para los ruidos respiratorios.
3. Tranquilizar a los cuidadores, explicando bien lo que está ocurriendo.
4. Realizar cambios posturales para evitar las úlceras por presión.

**217. Mujer de 82 años con carcinoma renal con metástasis óseas y hepáticas, actualmente sin tratamiento específico. Aceptable situación funcional basal, con Barthel 90/100 y PPS 60/100. Consulta por desorientación y agitación psicomotriz en las últimas 48 horas. ¿Qué medida NO recomendaría?**

1. Solicitar analítica con hemograma, ionograma, función renal y hepática.
2. Exploración física completa.
3. Iniciar tratamiento con diazepam para control sintomático.
4. Evitar restricciones físicas de la paciente.

**218. En relación con la sedación paliativa, señale la respuesta INCORRECTA:**

1. La morfina es el fármaco más utilizado en sedación.
2. El delirium es el síntoma que con más frecuencia conduce al uso de la sedación paliativa en la mayoría de las series.
3. Ante la presencia de un síntoma refractario en un paciente en situación de últimos días de vida, es necesario solicitar el consentimiento explícito, implícito o delegado antes de iniciar la sedación.
4. La decisión multidisciplinar y consensuada en equipo puede redundar en un menor uso de la sedación como herramienta paliativa.

**219. Respecto a la homeopatía, señale la respuesta INCORRECTA:**

1. Para un mismo síntoma, la reproducibilidad en la selección de remedios entre homeópatas expertos es baja.
2. La evidencia actualmente disponible indica que los remedios homeopáticos no son más efectivos que el placebo.
3. La homeopatía sostiene que el remedio correcto es aquel que produce síntomas contrarios a los que padece el paciente.
4. La mayoría de las preparaciones homeopáticas consisten en píldoras de sucrosa impregnadas con una sustancia pulverizada diluida repetidamente en agua y alcohol hasta llegar a concentraciones prácticamente indetectables.

**220. Entramos en la habitación de Pilar, mujer de 92 años diagnosticada de demencia leve. No está incapacitada legalmente y es independiente. Ha ingresado con una sospecha de cáncer de pulmón, por lo que habría que hacerle una TC y probablemente una broncoscopia. Mantiene sin problema una conversación y está orientada. Está en la habitación con su hija. A la hora de dar la información y decidir la actitud a tomar sobre las pruebas a realizar:**

1. Informaremos a su hija y que sea ella quien informe a la paciente, pues es quien mejor la conoce y sabe cómo reaccionará.
2. Debemos dar la información a la paciente, de acuerdo a la capacidad de comprensión.
3. Como médicos responsables de la paciente sabemos cuál es el mejor tratamiento. Dado que la paciente no es capaz de comprenderlo, la decisión es exclusivamente nuestra.
4. Ya hablamos con su hija ayer y decidimos ocultarle la sospecha diagnóstica para que no sufriera, así que no le daremos más información, independientemente de lo que ella nos pregunte.

**221. ¿Qué dimensión de la Atención Sanitaria trata de esquematizar la teoría del "queso suizo o de Gruyere" de Reason?**

1. La calidad en la atención del paciente.



2. La calidad en la investigación clínica.
3. La seguridad en la atención del paciente.
4. La equidad en la gestión sanitaria.

**222. El pasado mes de octubre tras las primeras lluvias del otoño acude a un bosque de encinas con unos amigos para recolectar setas. Encuentran unos hongos similares a champiñones silvestres aunque uno de sus amigos le advierte que una de las setas parece tratarse de una amanita phalloides. Unas 8 horas después de la ingesta de las setas comienza con dolor abdominal, vómitos y diarrea, aunque estos síntomas desaparecen en las siguientes 24 horas. Señale de entre las siguientes la respuesta FALSA:**

1. El lugar de recolección es importante a la hora de valorar una intoxicación por setas.
2. La cantidad de setas ingerida puede influir en el pronóstico.
3. Dada la desaparición de los síntomas nuestro amigo no llevaba razón.
4. La aparición precoz de síntomas (menos de 6 horas) supone un mejor pronóstico.

**223. Mujer de 34 años, fumadora, sin antecedentes de interés ni toma de anticonceptivos, que acude a urgencias por presentar dolor en la pierna derecha de varias horas de evolución. La paciente refiere que está de vacaciones y ha estado paseando por la ciudad todo el día. En la exploración física sólo destaca la presencia de hinchazón en la región de la pantorrilla. Está preocupada porque una amiga, que es médico, le ha sugerido que puede ser una trombosis. ¿Cuál debe ser su proceder diagnóstico?**

1. Dada la potencial gravedad de la enfermedad tromboembólica venosa y tratándose de una paciente joven hay que asegurarse que no tiene nada mediante la realización de un eco-doppler.
2. La paciente tiene una probabilidad previa baja en base a la historia y los hallazgos en la exploración, por lo que lo más adecuado es realizar una determinación de dímeros D, que, de ser negativos, descartarían la presencia de una trombosis venosa sin requerir pruebas adicionales.
3. Al no estar inmovilizada la probabilidad clínica de presentar una trombosis es muy baja, así que no requiere estudios adicionales.
4. En todos los pacientes en los que se sospeche una trombosis venosa aguda hay que realizar de forma urgente una determinación de dímeros-D para el diagnóstico.

**224. Un niño de 3 años ha sufrido un atropello y se encuentra en parada cardiaca. Tras el inicio de la reanimación cardiopulmonar se canaliza una vía intraósea. ¿Qué medicación debe administrar en primer lugar?**

1. Adrenalina porque es el fármaco inicial de elección en todas las paradas cardiacas.
2. Atropina porque en los niños el ritmo electrocardiográfico más frecuente es la bradicardia.
3. Bicarbonato para compensar la acidosis.
4. Amiodarona porque lo más probable es que tenga una fibrilación ventricular.

**225. Los servicios de emergencias extrahospitalarios, traen a la urgencia un hombre de 40 años rescatado de su domicilio por los bomberos tras producirse un incendio con un intenso humo. A la exploración destaca presencia de "hollín" por toda la superficie corporal y fosas nasales, se encuentra estuporoso y hemodinámicamente inestable. En la analítica efectuada destaca una acidosis metabólica con lactato muy elevado. ¿Cuál de las siguientes actuaciones debe realizar?**

1. Aplicar oxígeno con alto flujo + bicarbonato IV.
2. Aplicar oxígeno con alto flujo + hidroxocobalamina.
3. Aplicar oxígeno con alto flujo + tiamina.
4. Aplicar oxígeno con alto flujo + naloxona.

**226. Durante el ayuno nocturno, la principal fuente de glucosa sanguínea es:**

1. La glucosa del alimento desde el intestino.
2. La glucogenólisis hepática.
3. La gluconeogénesis.
4. La glucogenólisis muscular.

**227. Mujer de 76 años con clínica de ictericia indolora de 3 semanas de evolución. En el estudio con ecografía abdominal se identifica una lesión de 3 cm en cabeza pancreática. ¿Cuál es el primer estudio complementario para el diagnóstico y estadificación de esta lesión?**

1. PET-TC.
2. Ecoendoscopia.
3. TC toraco-abdomino-pélvico con contraste.
4. Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica.

**228. Un hombre de 70 años de edad acude a revisión tras el alta reciente por un episodio de insuficiencia cardiaca de posible etiología isquémica. Presenta una disnea a mínimos esfuerzos (clase funcional III de la New York Heart Association). Los medicamentos al alta incluyen carvedilol 25 mg cada 12 horas, enalapril 20 mg al día, furosemida 40 mg al día.**

En la exploración física, frecuencia cardiaca 65 lpm, presión arterial 110/60 mmHg. No tiene edemas. Analítica: creatinina 1,3 mg/dL; sodio 139 mEq/L y potasio 3,9 mEq/L.

¿Cuál de las siguientes medidas es la más apropiada



para este paciente?

1. Añadir ivabradina.
2. Aumentar dosis de enalapril.
3. Adición de tratamiento inotrópico intermitente.
4. Añadir espironolactona 25 mg diariamente.

**229. Los pacientes con enfermedad renal crónica presentan manifestaciones óseas en relación con los trastornos del metabolismo mineral-óseo. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?**

1. La osteopatía adinámica ha aumentado su prevalencia, en particular en ancianos y diabéticos.
2. La enfermedad ósea adinámica es secundaria a la intoxicación por aluminio.
3. La osteítis fibrosa quística es la lesión clásica del hiperparatiroidismo secundario.
4. Las concentraciones reducidas de calcitriol contribuyen al hiperparatiroidismo secundario.

**230. Recién nacido a término con retraso del crecimiento intrauterino y microcefalia que en las primeras 24 horas de vida presenta ictericia, petequias y esplenomegalia. Tiene una bilirrubina total de 12 mg/dL y la indirecta de 2,5 mg/dL. En el hemograma se constata una trombocitopenia. El Coombs directo es negativo. En la tomografía axial computarizada cerebral se observan calcificaciones periventriculares. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?**

1. Infección perinatal por el Streptococcus agalactiae.
2. Infección intrauterina por el virus de la rubeola.
3. Infección congénita por citomegalovirus (CMV).
4. Infección congénita por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

**231. Acude a urgencias una gestante de 36 semanas sangrando como una regla. Como antecedentes obstétricos tiene una cesárea anterior hace cuatro años. No presenta contracciones ni dolor abdominal. En el registro cardiotocográfico el feto está reactivo a 140 lpm. ¿Cuál es el diagnóstico más probable de esta gestante?**

1. Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.
2. Rotura uterina.
3. Rotura de vasos previos.
4. Placenta previa.

**232. Hombre de 41 años que acude a urgencias refiriendo que no ha sido capaz de viajar en metro durante los últimos tres meses. Refiere que simplemente pensar que debe utilizar este medio de transporte le produce un miedo intenso que le bloquea, le impide pensar, tiene sensación de ahogo y temor a perder el control. Refiere que meses atrás padeció un cuadro vaso-vagal mientras viajaba en metro y teme que le pueda**

**repetir y nadie le pueda ayudar. Entiende que es un miedo no justificado pero verbaliza 'no poder evitar sentirlo'.**

**¿Cuál es el diagnóstico que mejor explica el cuadro clínico del paciente?**

1. Trastorno psicótico breve.
2. Trastorno por ansiedad generalizada.
3. Agorafobia.
4. Fobia social.

**233. Acude a consulta un hombre de 70 años refiriendo que hace una hora se ha pinchado de forma accidental en el parque con una aguja conectada a una jeringa abandonada con restos de sangre. El paciente no ha padecido hepatitis B ni ha recibido vacunación. ¿Cuál es la actitud más correcta?**

1. Administrar una dosis de gammaglobulina frente a VHB y una dosis de vacuna.
2. Administrar una dosis de gammaglobulina frente a VHB y vacunación completa.
3. Administrar una dosis de gammaglobulina frente a VHB y realizar antisepsia de la zona.
4. Realizar antisepsia de la zona y vacunación completa.

**234. Acude un paciente diagnosticado de esclerosis múltiple a urgencias por un episodio de ataxia brusca limitante desde hace 4 días. ¿Cuál debe ser la actitud más apropiada desde la urgencia?**

1. Iniciar tratamiento con inmunoglobulinas intravenosas.
2. Iniciar tratamiento con corticoides intravenosos.
3. Iniciar tratamiento con fingolimod.
4. Iniciar tratamiento con interferón beta.

**235. ¿Qué es cierto respecto a la fiebre Q causada por Coxiella burnetii?**

1. La infección aguda es causa de neumonía y hepatitis aguda.
2. La endocarditis es frecuente en los niños aunque rara en adultos.
3. El antecedente de mordedura por un animal doméstico debe hacer pensar en su etiología.
4. Los antibióticos beta-lactámicos son de elección en el tratamiento.





