

MEDICINA 2019



MINISTERIO
DE SANIDAD, CONSUMO
Y BIENESTAR SOCIAL

PRUEBAS SELECTIVAS 2019 CUADERNO DE EXAMEN

MEDICINA - VERSIÓN: 0

NÚMERO DE MESA:

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.
- El cuestionario se compone de 175 preguntas más 10 de reserva. Tenga en cuenta que hay **27 preguntas que están ligadas a una imagen**. Todas las imágenes están en un cuadernillo de imágenes separado.
- 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.
- La "Hoja de Respuestas" está nominalizada. Se compone de dos ejemplares en papel autocopiativo que deben colocarse correctamente para permitir la impresión de las contestaciones en todos ellos. Recuerde que debe firmar esta Hoja.
- 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.
- Si inutiliza su "Hoja de Respuestas" pida un nuevo juego de repuesto a la Mesa de Examen y **no olvide** consignar sus datos personales.
- Recuerde que el tiempo de realización de este ejercicio es de **cuatro 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.
- No se entregarán**, en ningún caso, **los cuestionarios** con las preguntas de examen. Las distintas versiones de los cuadernos de examen se publicarán en la Web del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, al cierre de la última mesa de examen.

FSE MEDICINA 2019/20

1. Pregunta vinculada a la imagen n°1

Mujer de 40 años con obesidad mórbida, que se somete a cirugía bariátrica. Durante la intervención quirúrgica se realiza también una biopsia hepática. ¿Qué tipo de lesión histológica observamos?:

1. Esteatosis.
2. Esteatohepatitis.
3. Cirrosis.
4. Hepatitis crónica.

2. Pregunta vinculada a la imagen n°2

Hombre de 20 años con antecedentes de asma, que consulta por disfagia e impactación alimentaria. Se le realiza una endoscopia digestiva alta con toma de biopsias esofágicas. ¿Con qué diagnóstico es compatible esta biopsia de esófago proximal?:

1. Esofagitis por reflujo.
2. Esófago de Barrett.
3. Esofagitis eosinofílica.
4. Esofagitis por Candida.

3. Pregunta vinculada a la imagen n°3

Hombre de 67 años con debilidad muscular proximal de extremidades inferiores de 9 meses de evolución. No refiere ingesta de fármacos ni antecedentes familiares de enfermedades neuromusculares. En la exploración física se observa debilidad muscular asimétrica de ambos cuádriceps (3/5 izquierdo, 4/5 derecho) y de los músculos flexores de los dedos de ambas manos. En la analítica destaca una CK de 750 UI/L (valor normal <150 UI/L). Se realiza una biopsia del músculo cuádriceps derecho. Marque la opción correcta:

1. Infiltrado inflamatorio perimisial, *ragged-red fibers* (fibras rojo-rotas) y atrofia perifascicular: Dermatomiositis.
2. Infiltrado inflamatorio endomisial y vacuolas ribeteadas: Miositis con cuerpos de inclusión.
3. Necrosis coagulativa, inclusiones lipídicas y regeneración de fibras musculares: Miopatía necrosante autoinmune.
4. Atrofia de fibras tipo II, infiltrado inflamatorio endomisial y regeneración de fibras musculares: Distrofia miotónica de Steinert.

4. Pregunta vinculada a la imagen n°4

Mujer de 55 años intervenida quirúrgicamente por lesión tumoral hepática. Se muestra una imagen macroscópica del tumor y del parénquima no tumoral, y una imagen microscópica del tumor, que corresponde a uno de los siguientes diagnósticos:

1. Hepatocarcinoma sobre hígado normal.
2. Hepatocarcinoma sobre hígado cirrótico.
3. Colangiocarcinoma sobre hígado normal.
4. Colangiocarcinoma sobre hígado cirrótico.

5. Pregunta vinculada a la imagen n°5

Mujer de 50 años, sin antecedentes de interés, que presenta desde hace 3 meses unas lesiones dolorosas en la boca (lengua, paladar, mucosa oral) que no han mejorado a pesar de haber realizado múltiples tratamientos tópicos. Las lesiones le dificultan la ingesta y refiere haber perdido 7 kg de peso. En las últimas semanas le han aparecido unas lesiones en el tronco y en la exploración se observan varias erosiones y alguna costra. Al frotar alrededor de las erosiones la piel vecina se despega fácilmente. ¿Cuál de los siguientes hallazgos NO encontraríamos en esta paciente?:

1. Depósitos de IgG y C3 en la membrana basal.
2. Depósitos de IgG y C3 intercelulares.
3. Anticuerpos frente a la desmogleína 1.
4. Anticuerpos frente a la desmogleína 3.

6. Pregunta vinculada a la imagen n°6

Paciente de 25 años con crisis epilépticas desde hace 1 año, en tratamiento con carbamazepina y fenitoína, que por falta de respuesta se cambió hace dos semanas a lamotrigina. Consulta por lesiones cutáneas que comenzaron hace 24 horas con edema facial, y que posteriormente se generalizaron en forma de rash eritematoso máculopapular. Presenta mal estado general, poliadenopatías y fiebre de 38,5°C. En la analítica destaca GOT 230 U/L, GPT 253 U/L, GGT 145 U/L y eosinofilia de 1200 / μ L. El diagnóstico más probable es:

1. Sarampión.
2. Síndrome DRESS.
3. Síndrome de Stevens Johnson.
4. Angioedema.

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

Niño de 9 meses con antecedentes de tres episodios de infección del tracto urinario (a los 14 días de vida, 1 mes y 2 meses) y en tratamiento antibiótico profiláctico. Los estudios diagnósticos realizados muestran reflujo véscoureteral bilateral (grado V derecho y II izquierdo) y disminución del tamaño del riñón derecho con leve dilatación pielocalicial (II/V) en la ecografía. Con estos datos y la imagen gammagráfica renal que se muestra, el diagnóstico más probable es:

1. Nefropatía cicatricial derecha post-pielonefritis.
2. Estenosis de la unión pieloureteral derecha.
3. Pielonefritis aguda derecha.
4. Displasia multiquística del riñón derecho.

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

Mujer de 28 años sin antecedentes personales ni familiares de interés, que consulta por aparición de una masa supraclavicular izquierda, sin otra sintomatología acompañante. Se le realiza analítica básica en la que únicamente destaca una LDH de 373 UI/L. Considerando los datos clínicos y la prueba de imagen (PET-TC con 18F-FDG) ¿qué diagnóstico es el más probable?:

1. Carcinoma tímico con diseminación a distancia.
2. Enfermedad asociada a IgG4.
3. Sarcoidosis.
4. Síndrome linfoproliferativo estadio IV.

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

Mujer de 39 años que consulta por hemorragia genital desde hace 24 horas. Su última regla fue hace 7 semanas. No tiene dolor, aunque presenta náuseas y vómitos persistentes desde hace 4 días. La exploración ginecológica muestra sangrado escaso procedente de la cavidad uterina. El test de embarazo es positivo y la determinación de β -HCG en plasma es de 105.000 UI/L. Se aporta imagen de la ecografía transvaginal. ¿Qué indicaría en ese momento?:

1. Repetir seriadamente cada 2 días la ecografía y la β -HCG.
2. Tranquilizar a la paciente, indicar reposo, antieméticos y repetir la ecografía en una semana.
3. Legrado uterino.
4. Tratamiento con misoprostol por vía sistémica.

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

Lactante de 25 días que presenta lesiones en la cara desde hace 2 días que se van acentuando. En la exploración se observan máculas eritematosas confluyentes, descamativas, con secreción serosa amarillenta, localizadas en ambas mejillas, surco nasogeniano, orejas y región retroauricular, frente y mentón. Resto de la exploración normal. ¿Qué diagnóstico es más probable?:

1. Eritema toxoalérgico del recién nacido.
2. Dermatitis atópica.
3. Dermatitis seborreica.
4. Impétigo neonatal.

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

Joven de 15 años sin antecedentes de interés. Presenta tumoración ósea malar izquierda deformante con afectación orbitaria externa de años de evolución. ¿Cuál es el diagnóstico más probable que sugiere la imagen mostrada?:

1. Granuloma eosinófilo.
2. Metástasis ósea.
3. Displasia fibrosa.
4. Hiperparatiroidismo.

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

Paciente de 72 años remitido a urgencias tras padecer un síncope. Presenta hipotensión y dolor abdominal con irradiación lumbar. Se realiza TC abdominal con contraste intravenoso. ¿Cuál sería su diagnóstico y la actitud a seguir?:

1. Absceso de psoas izquierdo. Realizaría tratamiento sintomático y lo mantendría en observación a la espera de analíticas y otras pruebas complementarias.
2. Aneurisma de aorta abdominal roto. Es una emergencia y la primera opción es tratamiento quirúrgico o endovascular.
3. Completaría el estudio con una ecografía abdominal para realizar el diagnóstico diferencial entre absceso de psoas y aneurisma de aorta abdominal roto.
4. Tumoración hipervasculada del psoas. Realizaría resonancia magnética para una mejor caracterización.

13. Pregunta vinculada a la imagen n°13

Mujer de 72 años con antecedentes de fibrilación auricular en tratamiento con anticoagulantes orales. Presenta dolor abdominal focalizado en hipogastrio y fosa ilíaca izquierda. INR 5. Hemoglobina 8,7 g/dl, hematocrito 25 %. ¿Cuál es el diagnóstico que le sugiere la imagen?:

1. Hernia complicada de pared abdominal.
2. Seroma post-quirúrgico.
3. Absceso en la vaina del recto anterior izquierdo del abdomen.
4. Hematoma en la vaina del recto anterior izquierdo del abdomen.

14. Pregunta vinculada a la imagen n°14

Joven de 16 años sin antecedentes previos, que es traído a urgencias por sus familiares por dificultad respiratoria aguda y dolor torácico. A su llegada muestra intenso trabajo respiratorio, frecuencia cardíaca 120 lpm, tensión arterial 75/40 mmHg y SatO₂ 86 % con aire ambiente. Considerando la radiografía de tórax, ¿cuál es la medida a tomar más apropiada?:

1. Realizar una TC torácica de alta resolución.
2. Repetir la radiografía añadiendo una proyección lateral.
3. Realizar fibrinólisis urgente con 100 mg de tenecteplasa.
4. Colocar un drenaje torácico en la cavidad pleural derecha.

15. Pregunta vinculada a la imagen n°15

Hombre de 37 años no fumador y sin antecedentes médicos de interés que presenta un cuadro de más de tres semanas de evolución de tos seca persistente, febrícula y dolores articulares erráticos. Entre las pruebas que le solicita su médico se incluye una radiografía de tórax. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos sospecha en primer lugar?:

1. Tuberculosis.
2. Artritis reumatoide.
3. Hipertensión arterial pulmonar secundaria a insuficiencia cardíaca izquierda.
4. Sarcoidosis.

16. Pregunta vinculada a la imagen n°16

Mujer de 94 años que acude a urgencias por dolor abdominal difuso e intenso de 12 horas de evolución y defensa abdominal. Entre sus antecedentes destaca cardiopatía isquémica crónica, fibrilación auricular persistente y enfermedad renal crónica. A raíz de los hallazgos de la radiografía de abdomen indique la actitud a seguir:

1. Ecografía urgente como test de cribado inicial, si es normal no son necesarios más estudios radiológicos.
2. Radiografía de abdomen en bipedestación o decúbito lateral izquierdo para valorar presencia de gas ectópico.
3. TC abdominopélvico con contraste intravenoso con protocolo de angio-TC por sospecha de isquemia mesentérica.
4. Arteriografía para descartar oclusión aguda de arteria mesentérica.

17. Pregunta vinculada a la imagen n°17

Mujer de 42 años, peluquera de profesión, que refiere omalgia al elevar el brazo. Tras una semana de evolución el dolor se presenta también en reposo y por las noches. ¿Cuál es el diagnóstico más probable según la radiografía del hombro?:

1. Capsulitis adhesiva.
2. Lesión del labrum
3. Bursitis subacromial.
4. Tendinitis cálcica.

18. Pregunta vinculada a la imagen n°18

Hombre de 56 años, fumador activo, no hipertenso ni dislipémico, que consulta porque hace 7 días presentó malestar general con dolor centrotorácico y disnea de esfuerzo, encontrándose asintomático en el momento de la consulta. ¿Cuál es el diagnóstico más probable, según el trazado electrocardiográfico?:

1. Tromboembolismo pulmonar.
2. Miocardiopatía hipertrófica.
3. Necrosis e isquemia subepicárdica anterior.
4. Miopericarditis aguda.

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

Hombre de 41 años que consulta por diplopia, ptosis palpebral y dolor ocular derechos de dos días de evolución. Se muestra el estudio de resonancia nuclear magnética (corte coronal). El diagnóstico más probable es:

1. Compresión tumoral del quiasma óptico.
2. Hemorragia intraparenquimatosas.
3. Infiltración tumoral del seno cavernoso derecho.
4. Esclerosis múltiple.

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

Mujer de 32 años con antecedentes de epilepsia desde la infancia, retraso mental, angiofibromas faciales y manchas hipomelánicas. Por un cuadro de dolor abdominal se le realiza una tomografía computarizada abdominal donde se aprecian lesiones renales. ¿De qué tipo de lesión se trata y que enfermedad padece?:

1. Quiste renal / poliquistosis renal autosómica dominante.
2. Carcinoma renal de células claras / enfermedad de Von Hippel Lindau.
3. Angiomiolipoma renal / esclerosis tuberosa.
4. Neurofibroma / neurofibromatosis.

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

Hombre de 22 años que consulta por dolor ocular izquierdo desde hace 48 h. En las últimas horas se añade pérdida visual ipsilateral, con agudeza visual 0,6/1 en ojo izquierdo y 1/1 en ojo derecho. Aporta la resonancia magnética de la imagen. Señale la respuesta correcta:

1. Tiene en torno al 85 % de probabilidades de presentar bandas oligoclonales en el líquido cefalorraquídeo.
2. No necesita pruebas adicionales para establecer el diagnóstico.
3. Lo importante es tratar el cuadro y luego ya completaremos el estudio.
4. Posiblemente se trata de una neuromielitis óptica.

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

Mujer de 85 años que acude a urgencias por náuseas, vómitos y distensión abdominal. No refiere cirugías abdominales previas pero sí varios episodios de colecistitis. En la analítica urgente se evidencia discreta leucocitosis con desviación izquierda y PCR elevada. Se aporta radiografía simple de abdomen y TC abdominal. ¿Cuál de las siguientes actuaciones considera más recomendable?:

1. Colecistectomía laparoscópica.
2. Sonda nasogástrica descompresiva.
3. Enterolitotomía quirúrgica.
4. Resección segmentaria de ileon terminal.

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

Un paciente presenta una fractura cerrada cuya radiografía en proyección antero-posterior puede revisarse en la imagen adjunta. ¿Cuál de las siguientes opciones de tratamiento le parece correcta?:

1. Clavo intramedular acerrojado proximal y distal.
2. Ortesis de tipo PTB (*patellar tendon bearing*) y deambulación desde el momento inicial.
3. Fijador externo circular y deambulación precoz.
4. Reducción abierta y placa y tornillos bloqueados.

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

A un paciente de 55 años se le solicita una MAPA (Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial) de 24 horas, por presentar en consulta valores de presión arterial en la categoría normal-alta, para descartar una hipertensión arterial enmascarada. El resultado del estudio se observa en la imagen. Los promedios de presión arterial fueron: media de 24 horas 121/73 mmHg, media en el periodo diurno 124/75 mmHg, media en el periodo nocturno 111/65 mmHg. La presión arterial sistólica nocturna descendió un 10,4 % de la media de los valores diurnos y la presión arterial diastólica nocturna descendió un 13,9 % de la media de los valores diurnos. De las siguientes opciones ¿cuál se corresponde mejor con la MAPA realizada?:

1. Normotensión y patrón dipper.
2. Normotensión y patrón no dipper.
3. Hipertensión y patrón dipper.
4. Hipertensión y patrón no dipper.

25. Pregunta vinculada a la imagen n°25

Hombre de 47 años que acude por presentar desde hace 48 horas fiebre y dolor torácico de características pleuríticas en hemitórax izquierdo, a pesar de estar recibiendo tratamiento desde hace 15 días con amoxicilina/clavulánico por una sinusitis de evolución tórpida. En la exploración la temperatura es de 37,8°C, la tensión arterial 180/100 mmHg, destaca el aspecto postrado del paciente. En la exploración cardiorrespiratoria y abdominal únicamente destacan unos crepitantes audibles en hemitórax izquierdo. Exploración neurológica normal. En la analítica destaca hemoglobina 10,5 g/dL y VCM 89 fL, 12.000 leucocitos/mm³ con discreta neutrofilia y plaquetas de 450.000/mm³. La creatinina es de 1,7 mg/dL. Una tira reactiva urinaria muestra 5-10 leucocitos, 5-10 hematíes y proteínas +. Se muestra la radiografía de tórax pósterio-anterior. Indique cuál de las siguientes determinaciones analíticas solicitaría para confirmar el diagnóstico:

1. Anticuerpos anti-proteinasa 3.
2. Enzima convertidor de la angiotensina.
3. Galactomanano.
4. Anticuerpos anti-membrana basal glomerular.

26. Pregunta vinculada a la imagen n°26

Mujer de 90 años con antecedentes de enfermedad de Alzheimer en estadio terminal (*Global Deterioration Scale 7*), dependencia para todas las actividades básicas de la vida diaria y disfagia ocasional a líquidos. Acude a urgencias por presentar en las últimas horas delirium hipoactivo, taquipnea, taquicardia rítmica y temperatura axilar de 37,3°C. La exploración física es dificultosa y no aporta más datos destacables. Ante la radiografía de tórax que se muestra, ¿cuál es el diagnóstico más probable?:

1. Tromboembolismo pulmonar.
2. Edema agudo de pulmón.
3. Neumonía intersticial aguda.
4. Neumonía broncoalveolar aguda.

27. Pregunta vinculada a la imagen n°27

Hombre de 56 años con antecedentes de hipertensión arterial y cáncer de colon con metástasis hepáticas, actualmente en tratamiento quimioterápico. Acude a urgencias por disnea. Constantes: frecuencia cardíaca 110 lpm, tensión arterial 115/55 mmHg, frecuencia respiratoria 29 rpm, SatO₂ 89 %. Exploración: uso de musculatura respiratoria accesoria, murmullo vesicular conservado en todos los campos. La primera prueba diagnóstica de la que se dispone es el electrocardiograma. ¿Cuál es la sospecha clínica más probable?:

1. Fibrilación auricular.
2. Tromboembolismo pulmonar.
3. Síndrome coronario sin elevación del segmento ST (SCASEST).
4. Infarto agudo de miocardio de cara diafragmática.

28. En relación con las proteínas plasmáticas, señale la afirmación INCORRECTA:

1. La albúmina se sintetiza en el hígado y se metaboliza en numerosos tejidos, permitiéndoles a los mismos aprovechar los aminoácidos provenientes de su degradación.
2. La albúmina es la proteína mayoritaria del plasma, por ello participa en el mantenimiento de la presión oncótica.
3. La albúmina interviene en el transporte de bilirrubina directa o conjugada, como así también de ácidos grasos, calcio, y algunas vitaminas, hormonas y fármacos.
4. Al existir numerosas variantes genéticas de la albúmina, es posible observar una doble banda de albúmina en un proteinograma, que se conoce como bisalbuminemia, pero que carece de significación clínica.

29. En relación con la vía de las pentosas fosfato (conocida también como derivación de la hexosa monofosfato), indique la respuesta correcta:

1. La primera reacción de la rama no oxidativa de esta vía es la transformación de la glucosa 6-fosfato por la glucosa 6-fosfato deshidrogenasa.
2. Cuando la célula sólo requiere NADPH (forma reducida de nicotinamida adenina dinucleótido fosfato), la pentosa 5-fosfato de la vía se recicla a glucosa 6-fosfato mediante una carboxilación dependiente de biotina.
3. Las formas anormales de glucosa 6-fosfato deshidrogenasa con menor actividad catalítica afectan gravemente a los tejidos porque carecen de mecanismos alternativos para sintetizar NADPH o para inducir la síntesis del enzima.
4. La obtención de NADPH por esta vía protege particularmente a los eritrocitos de la agresión oxidativa.

30. Para conocer si el uso habitual de ácido acetilsalicílico se asocia a un mayor riesgo de hipertensión se selecciona un grupo de sujetos, se averigua cuántos están tomando ácido acetilsalicílico y se les sigue durante 5 años para identificar los casos nuevos de hipertensión. Señale la respuesta correcta sobre el diseño de este estudio:

1. Es un ensayo clínico porque se realiza con fármacos.
2. Es un estudio ecológico porque se sigue a muchos sujetos.
3. Es un estudio de casos y controles, en el que los casos toman aspirina y los controles no.
4. Es un estudio de cohortes, porque se sigue a sujetos clasificados según su exposición para identificar el riesgo de una enfermedad.

31. En una población se produjeron 2.000 accidentes mortales de tráfico desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2019. ¿Qué medida de frecuencia de accidentes se ha utilizado?:

1. Prevalencia puntual.
2. Prevalencia de periodo.
3. Letalidad.
4. Incidencia.

32. De los siguientes criterios de causalidad en una asociación estadística entre una exposición y un resultado, ¿cuál es el único necesario?:

1. Plausibilidad o coherencia biológica.
2. Consistencia.
3. Relación temporal adecuada.
4. Fuerza de la asociación.

33. Referido a los sesgos que afectan a la evaluación de las pruebas diagnósticas, señale la respuesta INCORRECTA:

1. El sesgo de adelanto diagnóstico se caracteriza porque la prueba, a pesar de no mejorar el pronóstico, parece mejorar la supervivencia de los pacientes.
2. El sesgo del voluntario sano se debe a que estos sujetos suelen ser más responsables de su salud, por lo que tendrían una mayor supervivencia independientemente del cribado.
3. El sesgo de duración se produce por seleccionar casos más graves y más letales.
4. El mejor método para eliminar estos sesgos es la aleatorización de los participantes; un grupo se someterá al cribado y otro no.

34. Con respecto al riesgo relativo, señale la respuesta INCORRECTA:

1. Es la razón entre la incidencia acumulada en los expuestos y la incidencia acumulada en los no expuestos.
2. Sus valores varían entre 0 y 1.
3. No tiene unidades.
4. Para su correcta interpretación es necesario conocer su intervalo de confianza.

35. De los cinco momentos recomendados en la higiene de manos, señale la respuesta INCORRECTA:

1. Antes del contacto con el paciente.
2. Después del contacto con el paciente.
3. Antes del contacto con el entorno del paciente.
4. Después del contacto con el entorno del paciente.

36. Entre las precauciones a tomar en el aislamiento por gotas se EXCLUYE:

1. Habitación individual.
2. Mascarilla de partículas (N95).
3. La puerta de la habitación puede permanecer abierta.
4. Poner al paciente una mascarilla quirúrgica si es preciso trasladarlo fuera de la habitación.

37. **Informamos a la gerencia de nuestro hospital de que la densidad de incidencia de infección en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es de 15 por mil y nos preguntan qué significa esa cifra. Nuestra contestación debería ser:**
1. Si hubiera 1.000 pacientes ingresados en la UCI, cada día habría 15 infecciones nuevas.
 2. De cada 1.000 ingresos en el hospital, 15 se infectan en la UCI.
 3. El riesgo diario de ingresar en la UCI es de 15 cada 1.000 habitantes en la población de referencia.
 4. Se infectan 15 pacientes de cada 1.000 que ingresan en la UCI.
38. **Una mujer embarazada acude a la consulta por una hipercolesterolemia. ¿Qué fármaco estará contraindicado por el riesgo elevado de anomalías fetales demostrado en humanos, que excede a su posible beneficio terapéutico?:**
1. Ácido nicotínico.
 2. Gemfibrozilo.
 3. Simvastatina.
 4. Colestiramina.
39. **Ante un paciente con enfermedad de Parkinson que presenta náuseas al comienzo del tratamiento con agonistas dopaminérgicos, ¿qué fármaco utilizaría para mejorar dicho síntoma?:**
1. Cleboprida.
 2. Domperidona.
 3. Metoclopramida.
 4. Sulpirida.
40. **Uno de los siguientes fármacos es específico para prevenir la aparición de crisis epilépticas generalizadas no convulsivas, por bloquear los canales de calcio de tipo T. Indique cuál:**
1. Levetiracetam.
 2. Zonisamida.
 3. Lamotrigina.
 4. Etosuximida.
41. **Si utilizamos una pauta de administración repetida con un fármaco que tiene una vida media de 8 horas, la concentración plasmática en equilibrio estacionario se alcanzará:**
1. Tras 16 horas del comienzo de la administración.
 2. Tras 24 horas del comienzo de la administración.
 3. Tras 32 horas del comienzo de la administración.
 4. Tras 40 horas del comienzo de la administración.
42. **En relación con el control del flujo sanguíneo coronario, es FALSO que:**
1. Si aumenta la fuerza de la contracción cardíaca, también aumenta la velocidad del flujo coronario.
 2. En presencia de concentraciones muy bajas de oxígeno en los miocitos, aumenta la disponibilidad de adenosina.
 3. El efecto directo de la activación simpática coronaria puede provocar tanto vasoconstricción como vasodilatación.
 4. Los efectos directo e indirecto de la actividad parasimpática coronaria (vagal) provocan vasodilatación de las arterias coronarias.
43. **Indique cuál de los siguientes factores provoca un aumento de la cantidad de oxígeno que libera la hemoglobina:**
1. Disminución de los iones hidrógeno.
 2. Disminución del CO₂.
 3. Aumento de la temperatura.
 4. Disminución del 2,3-bis-fosfoglicerato.
44. **El proceso de anticipación genética, por el que las manifestaciones clínicas de una enfermedad son más graves a medida que pasa de una generación a otra, es consecuencia habitualmente de:**
1. Acumulación de mutaciones puntuales en un gen a medida que pasan las generaciones.
 2. Acumulación de mutaciones puntuales en varios genes de la misma vía a medida que pasan las generaciones.
 3. Mutaciones por expansión de tripletes.
 4. Cambios transgeneracionales en la acetilación de la cromatina.
45. **Mujer de 15 años que presenta un retraso en la menarquia y una talla baja. No tiene discapacidad intelectual. ¿Cuál de las siguientes pruebas genéticas se utilizaría habitualmente para el diagnóstico de esta paciente?:**
1. Secuenciación masiva (NGS).
 2. FISH.
 3. Microarrays de ADN y/o de ARN.
 4. Cariotipo.

46. En el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal pueden utilizarse anticuerpos monoclonales humanizados dirigidos frente al TNF-alfa (como el adalimumab) o frente a la integrina $\alpha 4\beta 7$ (como el vedolizumab). En relación con la integrina $\alpha 4\beta 7$ (también llamada LPAM-1) es cierto que:
1. Se une a ICAM-1 y es responsable del paso de linfocitos desde la sangre periférica a los ganglios linfáticos.
 2. Es un receptor para TNF-a en los linfocitos T CD4+ del sistema linfoide asociado a mucosas.
 3. Se expresa en las células del epitelio gastrointestinal en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal.
 4. Se une a la adhesina MadCAM-1 y favorece el paso de linfocitos desde la sangre periférica a la placa de Peyer y la lámina propia intestinal.
47. El Ministerio de Sanidad recomienda que durante el tercer trimestre del embarazo las mujeres sean revacunadas frente a *Bordetella pertussis*, causante de la tosferina. ¿Por qué?:
1. Para que el sistema inmune de la madre produzca anticuerpos de isotipo IgM, específicos contra el patógeno, que permitan que tanto ella como el feto se encuentren inmunizados.
 2. Para que el sistema inmune de la madre produzca anticuerpos de isotipo IgG, específicos contra el patógeno, que permitan que, tras el nacimiento, el bebé se encuentre inmunizado de forma pasiva.
 3. Para que el sistema inmune del feto produzca anticuerpos de isotipos IgM e IgG, específicos contra el patógeno, que permitan que, tras el nacimiento, el bebé se encuentre inmunizado de forma activa.
 4. Para que el sistema inmune de la madre produzca linfocitos T memoria, que atraviesen la placenta y permitan que, tras el nacimiento, el bebé se encuentre inmunizado de forma pasiva.
48. En una mujer de 40 años, no embarazada y sin antecedentes patológicos de interés, diagnosticada de rinitis alérgica leve-moderada intermitente por sensibilización a pólenes de gramíneas, ¿cuál de los siguientes tratamientos sintomáticos es de elección?:
1. Hidroxicina oral y bromuro de ipratropio (aerosol nasal).
 2. Bilastina oral y mometasona (aerosol nasal).
 3. Dexclorfeniramina oral y cromoglicato tópico nasal.
 4. Ketotifeno oral y oximetazolina tópica nasal.
49. Hombre de 60 años en tratamiento con carbamazepina por padecer epilepsia y que presenta fiebre ($38,8^{\circ}\text{C}$), odinofagia, conjuntivitis, lesiones cutáneas parduzcas extendidas en una gran parte de la superficie corporal, de aspecto similar a una diana y que se acompañan de desprendimiento epidérmico (superior al 30 %) al menor roce. Es muy probable que esté presentando un cuadro clínico de:
1. Urticaria aguda de causa farmacológica.
 2. Eritema exudativo minor secundario a fármacos.
 3. Síndrome de Stevens-Johnson farmacológico.
 4. Necrosis tóxica epidérmica.
50. Son causa de calcificación metastásica todas las siguientes EXCEPTO:
1. Necrosis celular.
 2. Enfermedad de Paget del hueso.
 3. Metástasis ósea difusa.
 4. Elevación de hormona paratiroidea.
51. El vasopresor de elección para mantener la presión de perfusión en un enfermo con shock séptico es:
1. Dopamina.
 2. Noradrenalina.
 3. Dobutamina.
 4. Fenilefrina.
52. Durante una anestesia general la temperatura del paciente ha ido aumentando progresivamente y usted llega a la conclusión de que sufre un cuadro de hipertermia maligna. Referente a esta complicación, una de las siguientes afirmaciones es cierta:
1. Está producida por el uso de anestésicos halogenados y relajantes musculares no despolarizantes. Debe tratarse con benzodiazepinas.
 2. Está producida por el uso de barbitúricos y opioides. Debe tratarse con dantroleno.
 3. Está producida por el uso de anestésicos halogenados y relajantes musculares despolarizantes. Debe tratarse con dantroleno.
 4. Está producida por el uso de ketamina y anestésicos locales. No tiene tratamiento.

53. **¿Cuál de las siguientes funciones NO corresponde a los Comités de Ética Asistencial?:**

1. Realizar el asesoramiento ético preceptivo de un ensayo clínico con seres humanos.
2. Asesorar en casos clínicos con dilemas éticos complejos donde es recomendable una deliberación cuidadosa.
3. Explorar las necesidades formativas en el campo de la bioética de los profesionales de la institución.
4. Asesorar a pacientes o familiares que consultan sobre un problema ético en relación con la asistencia sanitaria.

54. **Respecto a los tumores de las glándulas salivales:**

1. El carcinoma adenoide quístico es el tumor más frecuente de las glándulas salivales y asienta típicamente en la glándula parótida.
2. El carcinoma adenoide quístico es el tumor más frecuente de las glándulas salivales y asienta típicamente en la glándula submaxilar.
3. El adenoma pleomorfo es el tumor más frecuente de las glándulas salivales y asienta típicamente en la glándula parótida.
4. El adenoma pleomorfo es el tumor más frecuente de las glándulas salivales y asienta típicamente en la glándula submaxilar.

55. **Señale cuál de los siguientes es el colgajo locorregional indicado para la cobertura de un defecto cutáneo de la cara interna de la rodilla:**

1. Colgajo de músculo recto abdominal transversal basado en la arteria epigástrica inferior profunda.
2. Colgajo de gastrocnemio medial, basado en la arteria sural media.
3. Colgajo anterolateral de muslo, basado en la rama descendente de la arteria circunfleja femoral lateral.
4. Colgajo radial fasciocutáneo, basado en ramas perforantes de la arteria radial.

56. **En cuanto a la reconstrucción de la sonrisa en pacientes con parálisis facial, podemos afirmar que:**

1. No se recomienda realizar una reconstrucción dinámica sin hacer previamente una reconstrucción estática.
2. La reconstrucción dinámica consiste en realizar una transferencia de músculo neurotizado.
3. La reconstrucción estática está indicada en casos en los que la parálisis facial lleva establecida menos de un año.
4. Las suturas nerviosas directas desde un nervio motor con el nervio facial dañado pueden ser realizadas en los primeros meses de producirse la lesión del nervio facial.

57. **En relación con los analgésicos opioides potentes que se utilizan habitualmente para tratar el dolor intenso en pacientes con enfermedad crónica avanzada irreversible, señale la respuesta INCORRECTA:**

1. El fentanilo debe ajustarse en caso de insuficiencia renal.
2. La morfina presenta una vida media de 4 horas.
3. La oxycodona presenta menor incidencia de náuseas que la morfina.
4. La buprenorfina se puede administrar transdérmicamente.

58. **Ante un paciente que se encuentra en situación terminal, con un pronóstico vital inferior a un mes, y que presenta un cuadro de anorexia intensa, señale cuál de los siguientes tratamientos le parece más apropiado para tratar este síntoma:**

1. Acetato de megestrol (320 - 480 mg/día).
2. Paroxetina (10 - 20 mg/día).
3. Oxibutinina (2,5 - 10 mg/día).
4. Dexametasona (4 - 8 mg/día).

59. **De los siguientes métodos, ¿cuál es el más fiable para la estimación del intervalo post-mortal en el período precoz de la muerte?:**

1. Cuantificación de potasio en humor vítreo.
2. Observación de la evolución de las livideces cadavéricas.
3. Determinación de la temperatura rectal.
4. Valoración de la reactividad ocular al colirio de acetilcolina.

60. En una paciente menor de edad, todas las infecciones siguientes se deben sospechar como causadas por contacto sexual, una vez que se ha descartado la transmisión perinatal. Solo una de ellas tiene un origen probablemente NO sexual en niñas pequeñas. Indique cuál:
1. *Neisseria gonorrhoeae* faríngea.
 2. *Chlamydia trachomatis* genital.
 3. *Molluscum contagiosum* del área genital.
 4. *Trichomona vaginalis*.
61. ¿Cuál sería el manejo de una paciente de 31 años, nuligesta y asintomática, a la que diagnosticamos en una ecografía rutinaria una lesión compatible con un endometrioma ovárico derecho de 4 cm?:
1. Exploración ginecológica y estudio ecográfico reglado para despistaje de endometriosis profunda.
 2. Laparoscopia diagnóstico- terapéutica para diagnóstico de confirmación y de extensión de enfermedad.
 3. Quistectomía derecha laparoscópica.
 4. Inicio de tratamiento con análogos de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) para evitar la progresión de la enfermedad.
62. ¿Cuál es el marcador ecográfico más importante en el cribado de aneuploidías en el primer trimestre del embarazo?:
1. La ausencia de hueso nasal.
 2. La alteración de la onda del ductus venoso.
 3. La presencia de quistes de plexos coroideos.
 4. La medida de la translucencia nucal.
63. Los siguientes parámetros, EXCEPTO uno, son un dato rutinario de control periódico en la rotura prematura de membranas en una gestación pretérmino. Indique cuál:
1. Temperatura corporal.
 2. Longitud cervical.
 3. Hemograma y determinación de proteína C reactiva.
 4. Registro cardiotocográfico externo.
64. Mujer de 65 años sin comorbilidades, operada de cirugía conservadora de mama izquierda con biopsia selectiva del ganglio centinela. La anatomía patológica de la pieza muestra un carcinoma ductal infiltrante grado III de 11 mm, dos ganglios centinelas negativos, receptores de estrógenos: 0%, receptores de progesterona: 0%, Ki 67: 70%, HER2: negativo. El estudio de extensión es negativo. El tratamiento adyuvante sería:
1. Quimioterapia basada en antraciclina y taxanos, radioterapia y trastuzumab.
 2. Quimioterapia basada en antraciclina y taxanos, radioterapia y tamoxifeno.
 3. Quimioterapia basada en antraciclina y taxanos, y radioterapia.
 4. Quimioterapia basada en antraciclina y taxanos, radioterapia e inhibidores de la aromatasa, dado que es postmenopáusica.
65. Mujer de 30 años que acude a su consulta porque se nota un bulto en la mama derecha de reciente aparición. Su abuela tuvo cáncer de mama. A la exploración se palpa en cuadrante súpero-externo un nódulo de 2,5 cm de bordes regulares. No tiene ninguna prueba de imagen previa. Señale la respuesta correcta:
1. Solicita una ecografía mamaria dada la edad de la paciente.
 2. Solicita una mamografía porque es la prueba diagnóstica "patrón oro".
 3. Solicita una resonancia magnética dada la edad de la paciente y el antecedente familiar.
 4. Le explica que, al tener 30 años, probablemente sea un quiste y optará por un control clínico en 6-12 meses. Si persiste, entonces solicitará una prueba de imagen.
66. Primigesta de 40+2 semanas que acude a urgencias con amniorrea manifiesta y dinámica regular. El seguimiento en el embarazo ha sido normal y posee una determinación vagino-rectal positiva para el estreptococo del grupo B. A la exploración obstétrica presenta un cérvix con 5 cm de dilatación, borrado un 80 % y centrado, con un feto único en presentación cefálica. ¿Cuál sería la actitud a seguir con esta paciente?:
1. Ingreso hospitalario en planta de obstetricia y observación.
 2. Regreso a domicilio y profilaxis antibiótica con penicilina en periodo expulsivo.
 3. Valoración en consultas externas de obstetricia para realización de ecografía obstétrica y Doppler fetal.
 4. Ingreso hospitalario en sala de dilatación y profilaxis antibiótica con penicilina.

67. Una mujer de 34 años diagnosticada de síndrome de ovarios poliquísticos presenta esterilidad primaria de 2 años de evolución y ha sido tratada sin éxito durante 6 meses con citrato de clomifeno (100 mg/día durante 5 días). No asocia otras causas de esterilidad. ¿Cuál sería el tratamiento más adecuado en este momento?:

1. Inseminación artificial y FSH (hormona foliculoestimulante).
2. Aumentar la dosis de citrato de clomifeno a 200 mg/día 5 días, durante 6 meses más.
3. Fecundación in vitro (FIV).
4. Metformina.

68. ¿Qué consejo genético y reproductivo indicaría a una mujer de 30 años que consulta por ser portadora de una premutación en el gen FMRI, responsable del síndrome del cromosoma X frágil, y que desea tener descendencia?. Señale la respuesta correcta:

1. Todos sus hijos varones serán portadores y, por tanto, manifestarán la enfermedad.
2. Existe un fenómeno de anticipación genética, por lo que su descendencia presentará síntomas más graves y más precoces.
3. El diagnóstico genético preimplantacional para la selección de sexo de los embriones mediante hibridación in situ fluorescente (FISH) es la mejor opción para tener descendencia sana.
4. El 50% de sus hijas serán portadoras, pero no presentarán manifestaciones clínicas de la enfermedad.

69. Varón miope de 83 años en tratamiento por diabetes e HTA. Lo llevan a consulta sus familiares porque desde hace unos días derrama el vaso de agua en la mesa y se ha dado varios golpes en la cabeza con los muebles de la cocina, aunque él no refiere ningún déficit visual. La presión intraocular es de 18 mmHg en ambos ojos y la agudeza visual es de 0,9 en ambos ojos. ¿Cuál sería la respuesta correcta?:

1. Se debe instaurar tratamiento con análogos de prostaglandinas en colirio, porque presenta un glaucoma normotensional con afectación del campo visual.
2. Puede tratarse de una ceguera cortical y se debe de realizar un campo visual para valorar una posible hemianopsia homónima con respeto macular.
3. Como no refiere problemas visuales, presenta una presión intraocular normal y una agudeza visual normal, se trata de despistes normales a su edad.
4. Presenta un desprendimiento de retina periférico secundario a su miopía que no ha llegado a afectar al polo posterior.

70. Mujer de 67 años que consulta por presentar en su ojo izquierdo desde hace tres días, por la noche, unos destellos luminosos al mover la cabeza. Desde esta mañana nota una zona oscura que se desplaza con la mirada. La agudeza visual es de 1,0 en ambos ojos. ¿Cuál será la actitud correcta?:

1. Se debe realizar un campo visual para confirmar la presencia de un desprendimiento de vítreo posterior, ya que esta es la única forma de diferenciar un desprendimiento de vítreo posterior de un desprendimiento de retina.
2. La presencia de fosfenos es un signo patognomónico del desprendimiento de vítreo posterior, que debe ser tratado con retinopexia neumática.
3. La aparición de fosfenos seguida de una mancha oscura que se desplaza con la mirada es sugestiva de un desprendimiento de vítreo posterior, aunque se debe realizar una exploración de fondo de ojo para descartar una rotura retiniana o hemorragia vítrea.
4. Se debe instaurar un tratamiento hipotensor ocular, ya que ha sufrido un glaucoma agudo que le provocaron los destellos y hoy están apareciendo las alteraciones en el campo visual secundarias a la lesión del nervio.

71. Paciente de 40 años, con exploración física normal, en el que se ha puesto en evidencia en la tomografía computarizada una masa mediastínica y un nódulo hepático, y en la analítica una elevación sérica de lácticodehidrogenasa (LDH), beta-gonadotropina coriónica humana (beta-GCH) y alfafetoproteína. ¿Cuál es su sospecha diagnóstica?:

1. Hepatocarcinoma metastásico.
2. Seminoma extragonadal metastásico.
3. Linfoma mediastínico.
4. Cáncer de células germinales no seminomatoso extragonadal metastásico.

72. En un paciente con cáncer de pulmón sin comorbilidad, la combinación de quimioterapia y radioterapia es el tratamiento de primera elección en:

1. Cáncer de célula no pequeña estadio I.
2. Nódulo pulmonar solitario.
3. Cáncer de célula no pequeña estadio II.
4. Cáncer de célula pequeña.

73. **La radioterapia en el cáncer de mama NO está indicada en:**
1. Carcinoma in situ post-tumorectomía.
 2. Estadio I post-mastectomía.
 3. Estadios localmente avanzados.
 4. Enfermedad metastásica sintomática.
74. **Hombre de 27 años, sano, que consulta por presentar dolor intenso en oído derecho que empeora con la presión sobre el trago, secreción purulenta, sensación de taponamiento, prurito y cierto grado de hipoacusia de varias horas de evolución. En la exploración otoscópica se comprueba la presencia de otorrea y signos inflamatorios importantes en el conducto auditivo externo. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:**
1. Otitis media seromucosa.
 2. Otitis externa difusa.
 3. Otitis externa maligna.
 4. Otitis media aguda perforada.
75. **Señale el método de exploración más sensible para establecer el diagnóstico de sinusitis, estudiar la anatomía del complejo osteomeatal e identificar posibles complicaciones por extensión local de la infección:**
1. Resonancia magnética con gadolinio.
 2. Rinoscopia.
 3. Tomografía computarizada coronal.
 4. Radiografía simple de senos paranasales.
76. **Niño de 5 años diagnosticado de insuficiencia renal crónica. Acude a urgencias por vómitos, malestar general y palpitaciones. Se realiza un electrocardiograma donde destaca elevación de ondas T y analítica sanguínea con niveles de potasio de 5,9 mEq/L. Se decide la administración inmediata de gluconato cálcico. ¿Cuál es el objetivo de este tratamiento?:**
1. Favorecer el desplazamiento de potasio desde el espacio plasmático al espacio intracelular.
 2. Quelar el potasio circulante para favorecer su eliminación hepática.
 3. Quelar el potasio circulante para favorecer su eliminación renal.
 4. Antagonizar la acción del potasio sobre la membrana de la célula miocárdica.
77. **Lactante de 6 meses que acude a urgencias por dificultad respiratoria. Exploración: temperatura axilar 37,2°C, frecuencia respiratoria 40 rpm, frecuencia cardíaca 160 lpm, tensión arterial 90/45 mmHg, SatO2 95 % con aire ambiente. Muestra dificultad respiratoria moderada con retracción intercostal y subcostal. Auscultación pulmonar: roncus espiratorios diseminados, espiración alargada y ligera disminución en la entrada de aire en ambos campos pulmonares. Auscultación cardíaca: sin soplos. Se decide mantener al paciente en observación en el hospital durante unas horas. ¿Qué actitud considera más adecuada en este momento respecto a las pruebas complementarias?:**
1. Solicitar gasometría venosa, recuento leucocitario y reactantes de fase aguda.
 2. Solicitar radiografía de tórax.
 3. Solicitar gasometría arterial y reactantes de fase aguda.
 4. No solicitar pruebas complementarias.
78. **La causa más frecuente de hipotiroidismo congénito permanente es:**
1. La alteración en el desarrollo embrionario de la glándula tiroidea (disgenesias tiroideas).
 2. Las dishormonogénesis (errores congénitos en la síntesis/secreción de las hormonas tiroideas).
 3. Los hipotiroidismos hipotálamo-hipofisarios.
 4. Los síndromes de resistencia a las hormonas tiroideas.
79. **¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a la tiroiditis autoinmune o de Hashimoto es INCORRECTA?:**
1. Es una patología que puede aparecer en la infancia-adolescencia.
 2. Los pacientes con síndrome de Down (trisomía 21) tienen mayor incidencia de tiroiditis autoinmune que la población general.
 3. La tiroiditis autoinmune evoluciona habitualmente hacia un hipotiroidismo, pero al inicio de la enfermedad, los pacientes pueden presentar una fase transitoria de hipertiroidismo.
 4. Los pacientes con síndrome de Turner (cariotipo 45, X0) y síndrome de Klinefelter (cariotipo 47, XXY) tienen una menor incidencia de tiroiditis autoinmune que la población general.

80. Niño de 8 años que consulta por la aparición de vello púbico en la base del pene desde hace 12 meses. El testículo no ha aumentado de volumen y el pene no ha aumentado de tamaño. No se aprecia un aumento de la velocidad de crecimiento en el último año. La edad ósea es un año mayor que la cronológica. ¿Cuál sería el diagnóstico más probable?:
1. Pubertad precoz central.
 2. Pubertad precoz periférica.
 3. Adrenarquia precoz.
 4. Tumor suprarrenal.
81. En relación con la enfermedad celiaca, señale la respuesta correcta:
1. Es necesaria la confirmación con biopsia intestinal para un diagnóstico definitivo.
 2. La genética (DQ2/DQ8) tiene un elevado valor predictivo negativo.
 3. Las personas con síndrome de Prader-Willi tienen más riesgo de desarrollar una enfermedad celiaca que la población general.
 4. Es frecuente adquirir tolerancia al gluten con la edad.
82. En el tratamiento de una diarrea aguda en el niño, sólo una de las medidas propuestas es correcta, señálela:
1. Hay que recomendar una dieta astringente pobre en fibra hasta su resolución.
 2. Se recomienda reducir de entrada el aporte de lactosa los primeros días de la diarrea.
 3. Se debe proponer rehidratación oral durante 4-6 horas y realimentación posterior con dieta normal.
 4. La presencia de Salmonella en heces debe ser tratada con antibióticos para evitar su diseminación.
83. En el síndrome de realimentación al inicio del tratamiento de la malnutrición crónica, pueden aparecer todas las alteraciones analíticas siguientes, EXCEPTO una. Indique cuál:
1. Hiperglucemia.
 2. Hiperfosfatemia.
 3. Hipopotasemia.
 4. Hipomagnesemia.
84. Un paciente con enfermedad de Alzheimer moderada que presenta episodios de agitación y agresividad grave junto a sintomatología psicótica puede ser tratado con uno de los siguientes fármacos, que está aprobado para esta indicación. Indique cuál:
1. Escitalopram.
 2. Lorazepam.
 3. Risperidona.
 4. Trazodona.
85. Un paciente de 79 años es traído a urgencias a las 7 de la tarde desde una residencia, pero no disponemos del informe de derivación y por tanto desconocemos sus antecedentes. Está desorientado en tiempo y espacio. Tiene problemas para recordar información sencilla. En ocasiones se pone muy nervioso y agitado, porque ve personas amenazantes, incluso cuando se encuentra a solas. En otras ocasiones 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. Los síntomas cognitivos.
 3. La agitación psicomotriz.
 4. La fluctuación del nivel de alerta.
86. Indique cuál NO es una indicación de la terapia electroconvulsiva:
1. Trastorno depresivo mayor grave en el anciano.
 2. Depresión durante el embarazo.
 3. Agorafobia grave e incapacitante en personas jóvenes.
 4. Formas agudas de esquizofrenia en personas jóvenes.
87. Ante un trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) de inicio súbito en un niño de 9 años que además presenta tics y corea como manifestaciones neurológicas se debería descartar una infección por:
1. Estreptococo viridans.
 2. Estreptococo alfa-hemolítico.
 3. Estreptococo beta-hemolítico, grupo A.
 4. Enterococo.
88. ¿Cuál es el mecanismo de acción del antidepresivo bupropion?:
1. Inhibe la recaptación de noradrenalina y serotonina.
 2. Inhibe la recaptación de noradrenalina y dopamina.
 3. Es antagonista de la dopamina e inhibe la recaptación de serotonina.
 4. Es antagonista del glutamato e inhibe la recaptación de dopamina.

89. Un hombre de 46 años con trastorno bipolar es llevado a urgencias tras una sobreingesta de carbonato de litio. En la exploración destaca temblor intenso, ataxia, disartria, mioclonías y fasciculaciones. La litemia es de 4,1 mEq/L (toxicidad > 1,6 mEq/L). ¿Cuál de las siguientes opciones terapéutica estaría más indicada?:
1. Aminofilina asociado a un catártico.
 2. Carbón activado.
 3. Hemodiálisis.
 4. Diuresis forzada.
90. Entre las interacciones de los antipsicóticos con otros grupos farmacológicos señale cuál de las siguientes es FALSA:
1. Los fumadores suelen presentar niveles de antipsicóticos en plasma superiores a los no fumadores.
 2. El litio puede empeorar los síntomas extrapiramidales y aumentar la neurotoxicidad.
 3. La carbamazepina disminuye los niveles plasmáticos de antipsicóticos.
 4. Los antidepresivos aumentan los niveles plasmáticos de antipsicóticos.
91. Niña de 11 años y 6 meses, premenárquica, con escoliosis idiopática conocida. La radiografía de raquis realizada hace 6 meses mostraba un curva tóraco-lumbar izquierda de 18° (ángulo de Cobb). En la actual se observa un ángulo de Cobb de 28°, con una maduración de cresta iliaca (signo de Risser) de 2. En este momento evolutivo, ¿qué tratamiento es el más adecuado para intentar detener la progresión de la curva?:
1. Ejercicios de natación.
 2. Ejercicios de reeducación postural.
 3. Corsé ortopédico corrector.
 4. La intervención quirúrgica mediante artrodesis espinal.
92. Mujer que presenta dificultad para caminar tras una cirugía ginecológica. Tiene dolor leve en el muslo y le falla la pierna al apoyar. En la exploración presenta debilidad para la flexión de la cadera y para la extensión de la rodilla, y disestesias en la cara anterior del muslo. ¿Cuál es el diagnóstico de sospecha más probable?:
1. Neuropatía del nervio femoral.
 2. Meralgia parestésica del nervio fémoro-cutáneo.
 3. Neuropatía del nervio obturador.
 4. Neuropatía del nervio ciático.
93. Un hombre de 58 años, hipertenso, acude a urgencias por un síncope de 30 segundos mientras corre, con recuperación espontánea y sin secuelas. La tensión arterial es 135/65 mmHg. En la auscultación cardiaca presenta un soplo sistólico rudo, intenso, que se reduce con maniobras de Valsalva y un segundo tono atenuado. El ECG muestra un ritmo sinusal a 72 lpm, con criterios de hipertrofia ventricular izquierda y ondas T invertidas en cara anterior. Señale la afirmación correcta:
1. El cuadro clínico sugiere un tromboembolismo pulmonar.
 2. Los datos aportados indican miocardiopatía hipertrófica con obstrucción grave del tracto de salida de ventrículo izquierdo.
 3. Estos datos corresponden a estenosis aórtica grave.
 4. Debe excluirse una disección de aorta mediante una tomografía computarizada con contraste.
94. Entre las siguientes combinaciones de fármacos ¿cuál ha demostrado reducción de la mortalidad en la insuficiencia cardiaca con fracción de eyección deprimida?:
1. Betabloqueantes e inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina.
 2. Digoxina y betabloqueantes.
 3. Diuréticos de asa y antagonistas de los canales del calcio.
 4. Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y antagonistas de los canales del calcio.
95. Una mujer de 83 años alérgica a betalactámicos ingresa por pielonefritis aguda y vómitos. Toma amiodarona desde hace 3 años por fibrilación auricular paroxística. Al ingreso se pauta levofloxacino y metoclopramida. Por agitación nocturna se añade haloperidol. Al 6º día sufre un síncope del que se recupera a los pocos segundos. El ECG muestra ritmo sinusal a 50 lpm, QRS estrecho y QTc 510 ms. En este contexto clínico, ¿qué etiología explicaría el síncope?:
1. Una taquicardia ventricular polimorfa.
 2. Un infarto agudo de miocardio.
 3. Un ictus cardioembólico.
 4. Un bloqueo auriculoventricular completo.

96. Ante un paciente con pericarditis aguda y derrame pericárdico grave ¿cuál de las siguientes medidas es INCORRECTA?:

1. Ingreso para monitorización estrecha de la aparición de signos de taponamiento.
2. Administración de diuréticos que faciliten la desaparición del derrame.
3. Ingreso y consideración de pericardiocentesis.
4. Administración de antiinflamatorios no esteroideos.

97. Hombre de 42 años con antecedente de cirrosis hepática compensada, traído a urgencias por ictericia, fiebre, aumento del perímetro abdominal y deterioro significativo del estado general. ¿Cuál de los siguientes parámetros analíticos NO le aportaría información acerca del pronóstico?:

1. Albúmina sérica.
2. Índice internacional normalizado (INR).
3. Bilirrubina total sérica.
4. Transaminasas (valor de ALT y AST).

98. Hombre de 55 años remitido a la consulta por detectarse en un examen de salud hipertransaminasemia y esteatosis hepática en la ecografía. Es hipotiroideo en tratamiento sustitutivo y diabético bien controlado con metformina. Bebe alcohol muy ocasionalmente. En la exploración física destaca una obesidad tipo I (índice de masa corporal, IMC 33 kg/m²). La analítica muestra: aspartato aminotransferasa (AST) 87 UI/L, alanino aminotransferasa (ALT) 65 UI/L, gammaglutamiltransferasa (GGT) 100 UI/L, colesterol total 230 mg/dL, glucemia basal 132 mg/dl. Bilirrubina, fosfatasa alcalina, hormonas tiroideas y ferritina normales. Coagulación normal. La serología de hepatitis vírica (VHA, VHB y VHC) y de autoinmunidad (ANA, AMA, AML, antiLKM) son negativas. Señale la afirmación más apropiada:

1. Tiene una esteatosis hepática sin riesgo de desarrollar cirrosis ni hepatocarcinoma, por lo que es suficiente el control metabólico periódico.
2. Está indicado realizar una biopsia hepática por la sospecha de hepatitis autoinmune.
3. Es útil realizar una elastografía de transición (FibroScan®) para determinar la existencia o no de fibrosis.
4. Está indicado sustituir la metformina por pioglitazona que ha demostrado ser más eficaz para mejorar la esteatosis hepática.

99. Paciente con cirrosis hepática estadio B de Child con ascitis y antecedentes de peritonitis bacteriana espontánea (PBE). ¿Cuál de las siguientes pautas de tratamiento antibiótico se considera adecuada como profilaxis de la PBE?:

1. Vancomicina 500 mg / día.
2. Norfloxacino 400 mg / día.
3. Metronidazol 250 mg / día.
4. Amoxicilina 1000 mg / día.

100. Paciente joven con enfermedad inflamatoria intestinal que es diagnosticado de espondilitis anquilosante. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?:

1. La espondilitis anquilosante es más frecuente en pacientes con enfermedad de Crohn.
2. La actividad de la espondilitis anquilosante guarda relación con la actividad inflamatoria de la enfermedad inflamatoria intestinal.
3. La actividad de la espondilitis anquilosante no remite con glucocorticoides.
4. La evolución de la espondilitis anquilosante evolución es lenta y progresiva.

101. El tratamiento médico de los macroprolactinomas debería reducir la masa tumoral, normalizar los niveles séricos de prolactina y restaurar la función gonadal. Esto se puede conseguir con:

1. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.
2. Agonistas selectivos de los receptores D2 dopaminérgicos.
3. Análogos de la somatostatina.
4. Antagonistas de los receptores V2 de la desmopresina.

102. La hipoglucemia postabsortiva por tumores no insulinomas se caracteriza:

1. Por ser habitual en tumores abdominales de pequeño tamaño y crecimiento rápido.
2. Porque los niveles plasmáticos de proinsulina, insulina y péptido C están suprimidos durante la hipoglucemia.
3. Porque los niveles de IGFI están característicamente elevados y la ratio IGFI/IGFI es anormalmente baja.
4. Porque la hipoglucemia tumoral es una de las complicaciones más frecuentes en neoplasias hematológicas en ausencia de caquexia.

103. La administración oral de urea produce aumento de diuresis y disminución de la natriuresis y se constituye en un tratamiento seguro y eficaz de la:
1. Hiponatremia hipotónica en situación de euvolemia.
 2. Hiponatremia hipotónica en situación de hipovolemia.
 3. Hiponatremia isotónica asociada a hiperproteinemia.
 4. Hiponatremia hipertónica.
104. La diabetes insípida nefrogénica inducida por litio:
1. Está causada por mutaciones de acuaporina-2.
 2. Es debida a una reducción marcada de los niveles de acuaporina-2.
 3. Responde a dosis bajas de desmopresina.
 4. Los diuréticos tiazídicos y el amiloride están contraindicados en su tratamiento.
105. Paciente de 67 años que en los últimos 6 meses, en dos analíticas de rutina, presenta linfocitosis progresiva. En la última, hemoglobina 15,4 g/dl; leucocitos $18,5 \times 10^3/\mu\text{L}$ con 82 % de linfocitos maduros que por citometría de flujo expresan los antígenos CD5/CD19/CD23 y plaquetas $240 \times 10^3/\mu\text{L}$. ¿Qué actitud le parece correcta?:
1. Estudio de mutaciones de TP53 para establecer el pronóstico.
 2. Aspirado/biopsia ósea para confirmar el diagnóstico.
 3. PET/CT para establecer la actitud terapéutica.
 4. Nuevo control clínico y analítico en 6 meses.
106. Mujer de 65 años derivada a urgencias por fiebre y alteraciones en la analítica: Hemoglobina 11,4 g/dL, leucocitos $0,86 \times 10^3/\mu\text{L}$, (neutrófilos 41,9 %, linfocitos 55,8 %), plaquetas $48,0 \times 10^3/\mu\text{L}$, fibrinógeno 118 mg/dL, dímero D 20,2 $\mu\text{g}/\text{mL}$. Se realiza examen de médula ósea con la que se le diagnostica una leucemia aguda con t(15;17) en el 60 % de las células. ¿Cuál de las siguientes respuestas es correcta?:
1. Si está asintomática se iniciará ácido trans retinoico (ATRA) y se recomendarán controles en hospital de día.
 2. Se iniciará tratamiento con trióxido de arsénico, ATRA y terapia de soporte.
 3. Es una leucemia mieloblástica tipo M3, por lo que se iniciara tratamiento quimioterápico y heparina para controlar la coagulación intravascular diseminada.
 4. Se debe iniciar tratamiento antibiótico. Cuando desaparezca la fiebre se iniciará el tratamiento de la leucemia.
107. Paciente de 18 años que acude a urgencias con epistaxis de varios días de evolución, sin antecedentes personales ni familiares de interés. En la exploración está afebril, se observan equimosis múltiples, no se palpa esplenomegalia. Analítica: Leucocitos $7,2 \times 10^3/\mu\text{L}$, Hb 12,3 g/dL, Plaquetas $6,0 \times 10^3/\mu\text{L}$. La trombocitopenia se confirma en el frotis, donde se observan plaquetas de tamaño aumentado. Estudio de coagulación y bioquímica normales. ¿Cuál considera el diagnóstico más probable?:
1. Púrpura trombótica trombocitopénica.
 2. Coagulación intravascular diseminada.
 3. Trombocitopenia inducida por infección.
 4. Trombocitopenia inmune primaria.
108. En relación con el linfoma folicular, señale la INCORRECTA:
1. Es el segundo linfoma más frecuente en Occidente.
 2. Las células neoplásicas derivan de un linfocito de la médula ósea.
 3. Puede transformarse en un linfoma B difuso de célula grande.
 4. Puede permanecer años sin necesitar tratamiento.
109. Sobre la *Listeria monocytogenes*, señale la afirmación INCORRECTA:
1. Es un bacilo grampositivo, catalasa positivo.
 2. Está ampliamente distribuida en el suelo, aguas residuales y vegetación en descomposición.
 3. El hombre y los animales pueden ser portadores asintomáticos.
 4. El tratamiento de elección de la meningitis por *L. monocytogenes* es una cefalosporina.
110. Hombre de 54 años que consulta por clínica miccional compatible con patología prostática. I-PSS=22+4, volumen de orina residual 120 cc, flujo máximo 7,2 ml/s, PSA=0,91 ng/ml y volumen prostático en ecografía 31 cc. Su primera recomendación terapéutica será:
1. Alfa-bloqueante.
 2. Inhibidor de 5-alfa reductasa.
 3. Anti-muscarínico.
 4. Resección transuretral de próstata.

111. **Mujer de 37 años sin otros antecedentes de interés que una apendicectomía. Acude a urgencias por dolor en fosa renal derecha de 3 días de evolución y fiebre de 39°C. En la analítica destaca leucocitosis ($14 \times 10^3/\mu\text{L}$ con neutrofilia) y proteína C reactiva 15 mg/dL. El sistemático de orina muestra hematuria microscópica, leucocituria y piuria significativas. Ingresa con el diagnóstico de pielonefritis aguda y se inicia tratamiento antibiótico con ceftriaxona intravenosa. Tres días después persiste fiebre de 38,5°C, aumento de la leucocitosis y deterioro de la función renal. Teniendo en cuenta la sospecha diagnóstica ¿qué prueba solicitaría a continuación?:**
1. Tomografía axial computarizada con contraste intravenoso.
 2. Urografía intravenosa.
 3. Resonancia magnética nuclear abdominal.
 4. Ecografía urológica.
112. **Hombre de 59 años con nefropatía diabética, con filtrado glomerular estimado de 36 ml/min/1,73 m² e índice albuminuria/creatininuria de 350 mg/g. Según la clasificación de enfermedad renal crónica KDIGO 2012 corresponde a la categoría:**
1. Estadio G3b A2.
 2. Estadio G4 A3.
 3. Estadio G3b A3.
 4. Estadio G4 A2.
113. **En relación con la nefropatía membranosa señale la respuesta FALSA:**
1. La mayoría de las nefropatías membranosas son de causa idiopática.
 2. Lo que mejor predice el pronóstico es la presencia de afectación intersticial y no el daño glomerular (estadios I a IV).
 3. Los anticuerpos frente al receptor de la fosfolipasa A2 (Anti-PLA2R) suelen ser positivos en las formas idiopáticas.
 4. El 90% de los pacientes alcanzan la remisión con corticoides únicamente.
114. **¿En cuál de las siguientes situaciones puede aparecer una acidosis metabólica sin *anion gap* elevado?:**
1. Insuficiencia renal.
 2. Cetoacidosis diabética.
 3. Diarrea.
 4. Ayuno prolongado.
115. **Mujer de 27 años con tos no productiva, fiebre y dolor pleurítico de un mes de evolución. En la radiografía de tórax se objetiva un derrame pleural izquierdo. El análisis del líquido pleural muestra un exudado linfocítico con pH 7,32, glucosa 66 mg/dL y adenosin-deaminasa 59 U/L. ¿Cuál es la etiología más probable?:**
1. Insuficiencia cardíaca.
 2. Síndrome de Meigs.
 3. Quilotórax.
 4. Tuberculosis pleural.
116. **En un sujeto mayor de 65 años una prueba de tuberculina ha mostrado una induración de 3 mm. La induración en una segunda prueba, realizada 10 días después, es de 13 mm. Señale la respuesta correcta:**
1. La primera reacción es un falso positivo.
 2. La segunda reacción es un verdadero positivo.
 3. La primera reacción es un verdadero negativo.
 4. La segunda reacción es un falso positivo.
117. **¿Cuál de las siguientes alternativas al lavado pulmonar total NO es apropiada en el tratamiento de la proteinosis alveolar de origen autoinmune?:**
1. Factor estimulante de colonias de granulocitos-macrófagos (GM-CSF).
 2. Corticosteroides.
 3. Plasmaféresis.
 4. Rituximab.
118. **Hombre de 72 años con antecedentes de EPOC con obstrucción grave al flujo aéreo, con dos exacerbaciones graves en el último año, que acude a urgencias con taquipnea y uso de musculatura accesoria. Está alerta. En la gasometría arterial basal se objetiva: pH 7,29, PaCO₂ 68 mmHg, PaO₂ 51 mmHg. Se inicia tratamiento broncodilatador, esteroideo, antibioterapia empírica y se ajusta la oxigenoterapia para conseguir una SatO₂ entre 88 y 92 %. Tras una hora repite la gasometría arterial con gafas nasales a 2 lpm y presenta pH 7,28, PaCO₂ 70 mmHg, PaO₂ 62 mmHg. Señale la actuación correcta:**
1. Iniciar ventilación mecánica no invasiva.
 2. Proceder a la intubación orotraqueal e iniciar ventilación mecánica.
 3. Incrementar la oxigenoterapia hasta obtener una SatO₂ de al menos 99 %.
 4. Combinar benzodiacepinas con altos flujos de oxígeno para asegurar una disminución de la taquipnea y mejorar el patrón ventilatorio.

119. Mujer de 16 años que inicia seguimiento en la consulta de Neurología de adultos, remitida desde Neuropediatría con el diagnóstico de epilepsia mioclónica juvenil (EMJ). Está en tratamiento con ácido valproico y bien controlada. ¿Se plantearía hacer alguna modificación en su tratamiento?:

1. No, porque el ácido valproico es el tratamiento de elección en los pacientes con este síndrome epiléptico.
2. No, porque la paciente está libre de crisis y cambiarlo en este momento sería asumir riesgos innecesarios.
3. Sí, porque debe evitarse su uso en la mujer en edad fértil, debido a que es el fármaco antiepiléptico con mayor teratogenicidad y problemas en el neurodesarrollo de los hijos.
4. Sí, por la relación de este fármaco con el síndrome del ovario poliquístico.

120. Hombre de 79 años con antecedentes de deterioro cognitivo leve, que presenta un cuadro brusco de hemianopsia homónima derecha, afasia y paresia facial inferior derecha. A su llegada a urgencias se objetiva tensión arterial: 190/85 mmHg. Se realiza una TC craneal que evidencia un hematoma intraparenquimatoso lobar frontal izquierdo y otro hematoma occipital izquierdo. ¿Cuál es la etiología más probable de estos hematomas?:

1. Hipertensiva.
2. Angiopatía amiloide.
3. Lesión tumoral subyacente.
4. Malformación arteriovenosa.

121. Mujer de 60 años en estudio por varios episodios de pérdida de conciencia. Se plantea el diagnóstico diferencial entre crisis epilépticas y síncope. Señale cuál de los siguientes datos NO apoyaría el diagnóstico de síncope:

1. Incontinencia de esfínteres durante el episodio.
2. Cianosis facial durante el episodio.
3. Traumatismo craneal durante el episodio.
4. Sacudidas de las cuatro extremidades de 1-2 segundos de duración, durante el episodio.

122. Un hombre de 70 años consulta por dolor lumbar no irradiado de 1 semana de duración, de intensidad progresiva, acompañado de marcada limitación de la movilidad del raquis y febrícula. La radiografía de columna lumbar no muestra alteraciones. ¿Qué diagnóstico deberíamos descartar en primer lugar y con qué técnica?:

1. Aplastamiento vertebral con tomografía computarizada (TC).
2. Metástasis óseas con gammagrafía ósea con tecnecio.
3. Hiperostosis anquilosante vertebral con radiografía de columna dorsolumbar.
4. Espondilodiscitis piógena con resonancia magnética (RM).

123. Mujer de 60 años que consulta por adormecimiento de la mano derecha de meses de evolución, que la despierta por la noche y la obliga a movilizar la mano hasta que se le pasa. Parece que ha perdido fuerza y a veces se le han caído cosas de esa mano. Señale la respuesta cierta:

1. Si la exploración neurológica muestra adormecimiento de los dedos primero a tercero pensamos en afectación del nervio cubital a nivel epitrocLEAR.
2. Si la exploración neurológica muestra adormecimiento de los dedos primero a tercero pensamos en afectación del nervio mediano a nivel del canal del carpo.
3. Para realizar el diagnóstico no es preciso realizar una electromiografía, dado que la exploración física presenta muy buenos coeficientes de probabilidad.
4. El tratamiento de la afectación del nervio cubital a nivel epitrocLEAR o del nervio mediano a nivel carpiano es la intervención quirúrgica, dado que el tratamiento conservador no mejora la sintomatología.

124. Respecto a la arteritis de la temporal, señale la respuesta INCORRECTA:

1. Se presenta fundamentalmente en personas de raza blanca y mayores de 50 años.
2. Aproximadamente una cuarta parte de los pacientes desarrollan aneurisma o dilatación de la aorta torácica.
3. La pérdida de visión unilateral o bilateral es una de las complicaciones más graves.
4. La máxima incidencia se da entre la sexta y la séptima década de la vida.

125. **¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta en relación con el síndrome de Leriche?:**
1. Es un cuadro clínico que comprende la triada claudicación plantar, impotencia *coeundi* y ausencia de pulsos distales.
 2. Es consecuencia de una oclusión fémoro-poplíteica bilateral.
 3. Los pulsos femorales están ausentes.
 4. La arteriografía es la primera prueba diagnóstica a realizar.
126. **Hombre de 73 años con antecedente de infarto agudo de miocardio tratado con angioplastia coronaria transluminal percutánea hace 6 semanas. Acude a urgencias por dolor brusco, frialdad y pérdida de motilidad de la extremidad inferior derecha. En la exploración está presente el pulso femoral derecho, con ausencia del resto de los pulsos de esa extremidad. Conserva pulsos a todos los niveles en la extremidad contralateral. Respecto al diagnóstico de sospecha, señale la afirmación FALSA:**
1. La causa más probable es de origen embolígeno.
 2. La parálisis es un signo de aparición tardía que indica que el tratamiento revascularizador debe realizarse lo antes posible.
 3. El tratamiento consiste en embolectomía arterial femoral con sonda de Fogarty.
 4. En caso de parálisis rígida con anestesia profunda y ausencia de señal Doppler está indicada una arteriografía urgente.
127. **Hombre de 60 años, fumador de 40 paquetes/año, que consulta por dolor en borde cubital del brazo izquierdo y ptosis palpebral izquierda desde hace un mes. La radiografía de tórax muestra una masa en el lóbulo superior izquierdo y la TC confirma la lesión con invasión de la segunda costilla. En relación con el diagnóstico de sospecha, el tratamiento más adecuado es:**
1. Quimioterapia neoadyuvante con quimiorradioterapia combinada, seguida de cirugía.
 2. Quimioterapia neoadyuvante sin cirugía, seguida de radioterapia.
 3. Cirugía seguida de quimiorradioterapia combinada.
 4. Radioterapia sin quimioterapia, seguida de cirugía.
128. **Hombre de 35 años, ingresado por traumatismo torácico grave con múltiples fracturas costales. Tras responder favorablemente al tratamiento con analgésicos y oxígeno, comienza a presentar hipoxemia grave. Señale cuál es la causa más probable de este deterioro:**
1. La inestabilidad de la pared torácica por las fracturas múltiples.
 2. La infección respiratoria por aspiración.
 3. La alteración del intercambio gaseoso por la contusión pulmonar.
 4. La hipovolemia postraumática.
129. **Hombre de 65 años que consulta por disfagia a sólidos desde hace dos meses. La esofagoscopia evidencia tumoración a 30 cm de arcada dental, parcialmente estenosante, con anatomía patológica de carcinoma epidermoide. Se solicita ecografía endoscópica y PET-TC donde no se observan adenopatías patológicas. ¿Cuál de las siguientes opciones sería la más correcta?:**
1. Esofagectomía transhiatal.
 2. Esofagectomía según la técnica de Ivor-Lewis.
 3. Quimioterapia más radioterapia preoperatoria.
 4. Quimioterapia neoadyuvante.
130. **¿Cuál es el momento más apropiado para la administración de la profilaxis antibiótica en la cirugía abdominal?:**
1. Desde 48 horas antes de la intervención quirúrgica.
 2. En los 30 minutos previos al inicio de la intervención quirúrgica.
 3. En los 30 minutos siguientes al cierre de la incisión quirúrgica.
 4. Únicamente debe aplicarse si se observa contaminación del campo quirúrgico durante la intervención.
131. **Con respecto al síndrome de Lynch o carcinoma colorrectal no polipósico hereditario, señale la respuesta correcta:**
1. Es un trastorno autosómico recesivo.
 2. El fenotipo incluye predominio de tumores malignos del colon en el lado derecho.
 3. La progresión pólipocáncer es más lenta que en el cáncer de colon esporádico.
 4. Los tumores malignos extracolónicos suelen asentar en pulmón o hígado.

132. **Mujer de 67 años, obesa, que acude a urgencias por dolor abdominal en cuadrante superior derecho del abdomen, fiebre de 39,5°C y orinas muy oscuras. Ante este cuadro se debería sospechar en primer lugar:**

1. Colecistitis aguda alitiásica.
2. Coledocolitiasis.
3. Colecistitis aguda litiásica.
4. Colangitis ascendente.

133. **Paciente de 47 años, sin antecedentes patológicos de interés. Presenta un cuadro de fiebre y dolor en punta de costado derecho y ha sido diagnosticado de neumonía adquirida en la comunidad en su Centro de Salud. En una radiografía simple de control, realizada 3 días después del inicio del tratamiento antibiótico, se objetiva un derrame pleural ipsilateral que ocupa un tercio del hemitórax derecho. Señale la respuesta correcta:**

1. Se puede establecer el diagnóstico de empiema pleural si se realiza una toracocentesis y el pH del líquido pleural es de 7,4.
2. El diagnóstico de empiema pleural solo queda confirmado si se halla un microorganismo en el cultivo de líquido pleural.
3. Debe sospecharse un empiema pleural si el paciente presenta persistencia de fiebre y leucocitosis.
4. La presencia de un derrame pleural es suficiente para establecer el diagnóstico de empiema pleural y colocar un drenaje pleural derecho.

134. **Varón de 35 años, trasladado a urgencias tras un accidente de tráfico. A su ingreso se observa una puntuación en la escala de Glasgow de 15, tensión arterial de 140/90 mmHg, frecuencia respiratoria de 35 rpm y frecuencia cardiaca de 110 lpm, con una saturación de oxígeno basal del 91 %. En la exploración hay hipofonesis torácica derecha y timpanismo a la percusión. ¿Cuál es el diagnóstico de presunción? :**

1. Taponamiento cardíaco traumático.
2. Neumotórax a tensión derecho.
3. Hemotórax masivo derecho.
4. Contusión pulmonar.

135. **Hombre de 64 años que consulta por presentar en los últimos 3 días debilidad creciente de miembros inferiores y parestesias ascendentes. La exploración muestra debilidad de miembros inferiores y arreflexia global. La analítica sanguínea y la radiografía de tórax son normales. La punción lumbar revela un LCR con 3 células mononucleares, 60 mg de glucorraquia y 97 mg de proteínas totales. Señale la afirmación INCORRECTA:**

1. El cuadro es compatible con una polirradiculoneuropatía autoinmune.
2. En estos cuadros puede aparecer parálisis facial hasta en el 50 % de los casos.
3. En casos graves estos cuadros pueden asociarse a neuropatía autonómica.
4. El tratamiento de elección de estos cuadros es la administración de corticosteroides intravenosos.

136. **Paciente de 48 años que ha sufrido una hemorragia subaracnoidea por aneurisma de comunicante anterior. A los 10 días del sangrado presenta alteración del nivel de conciencia y desarrolla una hemiparesia. Señale la respuesta INCORRECTA:**

1. El vasoespasmismo ocurre con mayor frecuencia entre los días 4 y 14 tras la hemorragia subaracnoidea.
2. Cuanto mayor sea la cuantía del sangrado inicial mayor el riesgo de resangrado.
3. Se aconseja la restricción hídrica en estos pacientes por el riesgo de hiponatremia.
4. Es necesario hacer una TC craneal para poder descartar otras complicaciones.

137. **Mujer de 93 años con antecedentes de EPOC, HTA, dislipemia, fibrilación auricular y cardiopatía isquémica. Vive sola. Presenta fracción de eyección ventricular 53 %, creatinina 1,5 mg/dL, coagulación normal. Recibe tratamiento con broncodilatadores inhalados y AAS 100 mg al día. Sufrir una caída en la calle, tras la cual le resulta imposible la bipedestación y sedestación, con dolor intenso en la cadera derecha a las movilizaciones, gran acortamiento y rotación externa de la pierna. ¿Cuándo y cómo debe tratarse?:**

1. Ingreso para ecografía transtorácica, valoración por Cardiología y después reducción cerrada y fijación con tornillo-placa.
2. Ingreso para valoración por Nefrología y Cardiología, y después decidirá Traumatología si usa una artroplastia o un clavo trocánterico.
3. Ingreso en Medicina Interna/Geriatria, estabilización progresiva de las comorbilidades, tratamiento ortopédico conservador.
4. Reducción cerrada y fijación de la fractura antes de 48 horas, sedestación muy precoz, manejo ortogeriatrico.

138. **Mujer de 73 años con antecedentes de obesidad, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y dislipemia. Consulta por dolor insoportable en la rodilla derecha de 5 días de evolución, sin trauma previo. Exploración: rodilla globulosa, varo moderado, extensión y flexión limitadas por dolor, dolor difuso medial. En la radiografía se aprecian osteofitos y pinzamiento leve de la interlínea medial. ¿Cuál sería su manejo inicial?:**

1. Explicación del diagnóstico, reposo relativo, paracetamol 1 g/8 h más metamizol 500 mg /8 h, naproxeno de rescate.
2. Derivación preferente a consultas externas de Traumatología para valoración de prótesis total cementada.
3. Derivación preferente a consultas externas de Traumatología para valorar desbridamiento artroscópico.
4. Solicitud de resonancia magnética preferente para evaluación de meniscopatía, quiste de Baker y/o tendinitis.

139. **Niño de 7 años traído a urgencias tras caerse de un columpio sobre la mano derecha. No tiene antecedentes de interés. Presenta deformidad en dorso de tenedor de la muñeca e impotencia funcional, con situación neurovascular distal normal. ¿Qué lesión espera encontrar en la radiografía urgente que solicita?:**

1. Fractura-luxación de Monteggia.
2. Fractura de la cabeza radial.
3. Epifisiolisis distal del radio.
4. Fractura en tallo verde de cúbito.

140. **Mujer de 65 años, obesa, que sufre una caída sobre la mano con el codo en extensión. Presenta dolor en el brazo con tumefacción e impotencia funcional del mismo y con imposibilidad para realizar la extensión de la muñeca y dedos. Lo más probable es que presente:**

1. Fractura luxación de húmero proximal.
2. Luxación de codo.
3. Fractura diafisaria de húmero asociada a fractura doble de antebrazo.
4. Fractura diafisaria de húmero con lesión del nervio radial.

141. **El diagnóstico más probable de un paciente de 74 años que desde hace dos meses comienza con dolor lumbar irradiado a miembros inferiores, claudicación neurógena y limitación a la extensión del tronco es:**

1. Hernia discal L4-L5.
2. Fractura vertebral lumbar.
3. Inestabilidad vertebral L5-S1.
4. Estenosis de canal lumbar.

142. **Mujer de 70 años, diabética e hipertensa que sufre una caída en su domicilio, presentando una herida de 9 cm que comunica con un foco de fractura de la tibia derecha. Radiográficamente se observa una fractura oblicua corta de tercio medio-distal de tibia. Se opera de urgencias mediante limpieza (Friedrich) y colocación de un clavo endomedular acerrojado. A los 11 meses presenta una pseudoartrosis atrófica de tibia con supuración en la zona de la herida. ¿Cuál será su mejor opción terapéutica inmediata?:**

1. Triple antibioterapia (grampositivos, gramnegativos y anaerobios) y limpieza de la herida quirúrgica, retirando los cerrojos distales para favorecer la consolidación ósea.
2. Actitud expectante y tratamiento antibiótico con quinolonas.
3. Aporte de injerto autólogo y de factores de crecimiento (BMP 2 y 7) para estimular el proceso de consolidación ósea, que está retardado.
4. Retirada del clavo, desbridamiento, colocación de fijador externo y antibioterapia ajustada a los resultados de los cultivos.

143. **¿En qué tipo de demencia hay que pensar en un paciente que presenta deterioro cognitivo, alucinaciones visuales, signos parkinsonianos y mala tolerancia a neurolépticos?:**

1. Enfermedad de Alzheimer atípica.
2. Demencia por cuerpos de Lewy difusos.
3. Degeneración lobular frontotemporal.
4. Demencia por priones.

144. **Varón de 92 años, sin antecedentes patológicos de interés, diagnosticado hace 24 horas de pielonefritis aguda, que presenta alucinaciones visuales, discurso incoherente e inquietud psicomotriz. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones se ajusta más al cuadro clínico que está presentando ahora?:**

1. Se trata del debut típico de una demencia en un paciente mayor con una infección grave.
2. Se trata de un cuadro de delirium en un paciente mayor con una infección grave.
3. Se trata del debut de un episodio psicótico agudo (esquizofrenia tardía del anciano).
4. Se trata de un episodio de depresión grave por la hospitalización con sintomatología psicótica asociada.

145. **Con respecto a los síndromes geriátricos, una de las siguientes respuestas es INCORRECTA:**

1. Son situaciones de enfermedad con una alta incidencia y prevalencia en la población de edad avanzada.
2. Suelen ser el resultado de varias etiologías confluyentes, que requieren una valoración e intervención multidimensional.
3. Suelen producir consecuencias importantes, tanto médicas como funcionales, que requieren una intervención multidimensional.
4. Su prevalencia es más elevada en los pacientes mayores hospitalizados que en los pacientes mayores dependientes e institucionalizados.

146. **La fragilidad es un estado que puede originar importantes consecuencias negativas. De las siguientes respuestas, señale la INCORRECTA:**

1. Se asocia a un buen número de consecuencias, como caídas, inmovilidad, discapacidad, mayor tasa de ingresos hospitalarios y de institucionalización, y mayor mortalidad.
2. Su detección precoz permitiría una intervención temprana para evitar sus consecuencias negativas
3. Su prevalencia no tiene relación directa con la edad cronológica.
4. La velocidad de la marcha y el test *Timed Up&Go*, permiten su detección en la práctica clínica habitual.

147. **La incontinencia urinaria constituye uno de los principales síndromes geriátricos. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA?:**

1. Su prevalencia es más elevada en pacientes con patología neurológica crónica y/o síndrome de inmovilidad que en los pacientes hospitalizados por una enfermedad aguda.
2. El tipo clínico más frecuente de incontinencia urinaria, en la población mayor en general, es la incontinencia de urgencia.
3. El tratamiento farmacológico ha demostrado una mayor efectividad clínica en la incontinencia de urgencia / vejiga hiperactiva que en otros tipos de incontinencia.
4. El tratamiento de la incontinencia de urgencia con antimuscarínicos está recomendado en pacientes con deterioro cognitivo o demencia en fase grave.

148. **¿Cuál de las siguientes NO es una etapa del modelo de cambio conductual de Prochaska y DiClemente?:**

1. Precontemplación.
2. Postcontemplación.
3. Acción.
4. Mantenimiento.

149. **Mujer de 65 años que hace 3 meses presentó un cuadro de erupción cutánea vesicante sobre el dermatoma D6 derecho, acompañado de un dolor muy intenso. Tras la formación de costras, el cuadro se resolvió, pero persiste dolor moderado que se intensifica al roce y le impide el uso de ropa interior sobre el dermatoma afectado. En esta situación ¿qué tratamiento NO sería recomendable?:**

1. Gabapentina oral.
2. Ibuprofeno oral.
3. Capsaicina tópica.
4. Lidocaína tópica.

150. **La Medicina Basada en la Evidencia recomienda la estructura PICO para el planteamiento de preguntas clínicas. ¿Cuál de los siguientes NO es un elemento incluido en la formulación de la pregunta PICO?:**

1. Tipo de intervención a valorar.
2. Tipo de paciente.
3. Tipo de estudio.
4. Resultado a medir.

151. **¿Cuál de las siguientes estrategias constituye una actuación de prevención primaria frente al maltrato contra las mujeres?:**

1. Establecer un plan de protección y huida en mujeres víctimas de maltrato con hijos pequeños a su cargo.
2. Actividades educativas con mujeres embarazadas y sus parejas sobre relaciones de igualdad y corresponsabilidad en la crianza.
3. Realizar un protocolo de cribado rutinario en las mujeres que acuden a los servicios de urgencia hospitalarios por crisis de ansiedad.
4. Notificación precoz a la autoridad judicial ante cualquier sospecha de maltrato.

152. **Señale cuál de los siguientes grupos terapéuticos ha demostrado disminuir la morbimortalidad cardiovascular y total en pacientes hipertensos, mayores de 55 años y con antecedentes de episodios cardiovasculares o diabetes:**

1. Bloqueantes de los canales del calcio (calcioantagonistas).
2. Diuréticos.
3. Inhibidores del enzima convertidor de angiotensina.
4. Betabloqueantes.

153. **Varón de 65 años que consulta por un episodio de hematuria franca indolora dos días antes, sin otra sintomatología acompañante. La historia clínica no indica sospecha de un determinado origen y la tira de orina de ese día revela la existencia de hematuria, aunque la orina es clara. ¿Qué prueba solicitaría en primer lugar para orientar el diagnóstico?:**

1. Urografía intravenosa.
2. Radiografía simple de abdomen.
3. Ecografía renal y de vías urinarias.
4. Tomografía computarizada de abdomen.

154. **¿Cuál de los siguientes enunciados se corresponde con el término prevención cuaternaria?:**

1. Actividades dirigidas a evitar la aparición o disminuir la prevalencia de factores de riesgo en individuos sanos.
2. Intervenciones encaminadas a evitar o reducir los riesgos del contacto con los servicios sanitarios.
3. Actividades de rehabilitación y reinserción social en pacientes con enfermedades clínicamente manifiestas.
4. Actividades de cribado y de vacunación en personal sanitario con riesgo de enfermedades infecciosas.

155. **¿Según el fenotipo de fragilidad física de Fried en el que se valoran cinco criterios (pérdida de peso, poca energía, poca fuerza, lentitud y baja actividad física), a partir de cuántos criterios se considera que una persona mayor es frágil?:**

1. Dos.
2. Tres.
3. Cuatro.
4. Cinco.

156. **Paciente con insuficiencia cardiaca crónica en quien detectamos unas ondas "v" prominentes en el pulso venoso yugular y en la auscultación cardiaca un soplo holosistólico en el área del apéndice xifoides que se acentúa con la inspiración profunda. ¿Cuál es la valvulopatía que sugiere esta exploración física?:**

1. Insuficiencia mitral.
2. Insuficiencia pulmonar.
3. Insuficiencia tricuspídea.
4. Estenosis aórtica.

157. Mujer de 26 años que consulta por sensación de debilidad generalizada que se ha instaurado progresivamente en el curso de tres semanas, haciéndose especialmente intensa en los últimos dos días. Refiere desde hace un par de años episodios de dolor articular en las manos que han precisado de la toma de antiinflamatorios, así como la aparición de alguna lesión eritematosa de causa no aclarada en la zona del escote, principalmente en verano. En la exploración física destaca únicamente una palidez cutáneo-mucosa evidente y una frecuencia cardíaca de 100 lpm. En el hemograma destaca: Hb 6 gr/dL, Hto 27 %, VCM 105 fL, 3.420 leucocitos/mm³ (2300 neutrófilos/mm³, 800 linfocitos/mm³, 250 monocitos/mm³, 50 eosinófilos/mm³, 20 basófilos/mm³), plaquetas 170.000/mm³. En la bioquímica: AST 30 UI/L, ALT 35 UI/L, GGT 59 UI/L, fosfatasa alcalina 105 UI/L, LDH 490 UI/L, urea 20 mg/dL, creatinina 0,8 mg/dL. Teniendo en cuenta la información disponible, indique cuál de los siguientes parámetros analíticos adicionales necesitaría conocer para poder tomar la decisión inmediata más apropiada:
1. Vitamina B12.
 2. Anticuerpos antinucleares.
 3. Test de Coombs directo.
 4. Anticuerpos anti-DNA.
158. Hombre de 60 años diagnosticado de esclerodermia hace once años, con fenómeno de Raynaud de larga evolución y sensación de reflujo gastroesofágico. En la exploración física destacan telangiectasias en la cara y esclerodactilia. Anticuerpos antinucleares positivos (títulos de 1/2.560) con patrón de inmunofluorescencia centromérico, anticuerpos anticentrómero positivos. Acude por presentar desde hace tres meses disnea que en las últimas semanas se ha intensificado hasta afectar a su actividad física habitual, sin edemas, ortopnea ni disnea paroxística nocturna. Auscultación cardíaca y respiratoria normales. La analítica muestra hemograma y función hepática y renal normales. Únicamente destaca una elevación del péptido natriurético atrial (pro-BNP). Teniendo en cuenta la información aportada ¿cuál debería ser su primera sospecha diagnóstica?:
1. Enfermedad pulmonar intersticial incipiente.
 2. Hipertensión arterial pulmonar.
 3. Insuficiencia cardíaca.
 4. Tromboembolismo pulmonar.
159. Un paciente de 45 años con antecedentes de infección por VIH conocida hace 6 años consulta por deseo de reiniciar el tratamiento antirretroviral. Lo abandonó hace dos años por motivos personales y en parte por efectos adversos, cuando presentaba carga viral indetectable y 230 linfocitos CD4; en los últimos meses ha sufrido un herpes zoster. Señale la respuesta correcta respecto al reinicio del tratamiento:
1. Si no es posible asegurar una adecuada adherencia al tratamiento, lo mejor es que no lo reinicie por el riesgo de desarrollo de resistencias.
 2. Estaría indicado en este momento un estudio de resistencias para conocer las mutaciones presentes y guiar el reinicio del tratamiento.
 3. La biterapia con dolutegravir y lamivudina podría ser igual de eficaz en esta situación que la triple terapia, ya que podría reducir parte de los efectos adversos.
 4. La mejor opción en este paciente podría ser una combinación basada en inhibidores de proteasa potenciados.
160. Un varón de 22 años, practicante de deportes de aventura, presenta una parálisis facial bilateral. Un par de meses atrás refiere haber sufrido, durante un periodo aproximado de cuatro semanas, un episodio de debilidad generalizada, fiebre, cefalea intensa y artromialgias. A pesar de haber mejorado sustancialmente persiste de forma fluctuante cierta cefalea y dolor articular. La exploración cardiorespiratoria, abdominal y neurológica son completamente normales, con reflejos osteotendinosos presentes y simétricos. La radiografía de tórax es también normal. ¿Cuál es, con mayor probabilidad, el causante del cuadro clínico descrito?:
1. Síndrome de Guillain-Barré.
 2. Leptospirosis.
 3. Sarcoidosis.
 4. Enfermedad de Lyme.

161. Hombre de 45 años que consulta por deterioro del estado general de 3 semanas de evolución, al que se añade un episodio de expectoración hemoptoica en las últimas horas. Exploración física normal. En el análisis de sangre destaca: hemograma normal; VSG 70 mm/h; creatinina 1,8 mg/dl. En el análisis de orina se observa microhematuria (60 hematíes/campo) y proteinuria (1,2 g/24h). En la TC de tórax se observan nódulos pulmonares cavitados, de localización perihiliar bilateral. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?:

1. La presencia de eosinofilia periférica intensa (> 1.000 células/ μ L) es una característica de la enfermedad.
2. Sin tratamiento, más del 80 % de los pacientes presentan una evolución favorable con resolución del cuadro.
3. El rituximab ha demostrado ser efectivo para la inducción de la remisión de las formas generalizadas con afectación renal.
4. En torno al 90 % de los pacientes que tienen afectación renal muestran positividad de anticuerpos anticitoplasma del neutrófilo con especificidad frente a mieloperoxidasa.

162. Varón de 27 años con antecedentes de déficit neurocognitivo leve y alteración de la conducta de inicio en la infancia y disfunción hepática crónica (aspartato aminotransferasa 78U/L (5-40 U/L), alanino aminotransferasa 80U/L (5-40 U/L)). En los últimos seis meses ha desarrollado una alteración de la marcha. Es remitido a urgencias por cefalea, vómitos, rechazo de los alimentos y somnolencia en el contexto de un síndrome gripal. En la exploración física destaca temperatura 37,7°C, disminución de la conciencia (Glasgow 11), pupilas poco reactivas, ataxia cerebelosa y paraparesia espástica. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta con respecto a su diagnóstico y tratamiento?:

1. Enfermedad de Wilson. Solicitar hemocultivos, pautar tratamiento antibiótico empírico y dar de alta a domicilio tras resolución de la fiebre.
2. Paraparesia espástica tropical. Administrar hidratación, asegurar la ingesta oral, solicitar VIH y dar de alta a domicilio tras resolución de la fiebre.
3. Enfermedad metabólica congénita del ciclo de la urea. Suspender ingesta de proteínas, administrar glucosa, solicitar analítica con amonio y preparar benzoato sódico.
4. Déficit de alfa-1 antitripsina. Realizar punción lumbar, administrar aciclovir y ácido valproico ante la sospecha de meningitis y estatus epiléptico.

163. Hombre de 87 años, diagnosticado de diabetes mellitus tipo 2, insuficiencia renal crónica, EPOC e insuficiencia cardiaca, con una puntuación en el índice de Barthel de actividades básicas de la vida diaria de 30 puntos. ¿Cuál sería el objetivo terapéutico apropiado en el control glucémico de este paciente?:

1. HbA1c entre 6% y 6,5%.
2. HbA1c < 7%.
3. HbA1c entre 7% y 7,5%.
4. HbA1c entre 8% y 8,5%.

164. Hombre de 72 años que presenta desde hace 48 horas fiebre de 38,7°C, tos, expectoración purulenta y disnea. Constantes: TA 85/60 mmHg, frecuencia cardiaca 100 lpm, frecuencia respiratoria 35 rpm, SatO₂ 80%. Destaca la presencia de confusión y de crepitantes en campo pulmonar inferior izquierdo. La radiografía de tórax confirma la existencia de una neumonía de la llingula y del lóbulo inferior izquierdo. ¿Cuál sería el lugar de atención adecuado?:

1. Tratamiento ambulatorio en su domicilio.
2. Ingreso en una unidad de observación de urgencias.
3. Ingreso hospitalario en planta.
4. Ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos.

165. Hombre de 45 años diagnosticado de hipertensión arterial con mal control ambulatorio, que acude por fiebre de 38,8°C desde 2 días antes, dolor retroesternal intenso que se irradia a cuello y a ambos brazos, que disminuye cuando se inclina hacia delante y aumenta con el decúbito supino. En el ECG se observa elevación del segmento ST en las derivaciones I, II y AVF y de V1 a V6, sin alteración del complejo QRS. En el ecocardiograma se observa un derrame pericárdico moderado. ¿Cuál de los siguientes criterios indica mal pronóstico y aconseja el ingreso hospitalario?:

1. Curso agudo (comienzo agudo del dolor torácico).
2. Antecedente de hipertensión arterial mal controlada.
3. Fiebre superior a 38°C.
4. La presencia de derrame pericárdico.

- 166. Un paciente con infección por VIH en tratamiento antirretroviral presenta en sus análisis rutinarios 560 copias de ARN de VIH-1. Se encuentra asintomático, los CD4 se encuentran estables en 280/mm³ y asegura tomar correctamente el tratamiento. La actitud a tomar más adecuada es:**
1. Determinar niveles plasmáticos de los fármacos para asegurar que estos se encuentran dentro de los márgenes terapéuticos
 2. Repetir la carga viral en unas semanas para confirmar si se trata de un blip.
 3. Hacer un estudio de resistencias genotípico, para verificar la existencia de mutaciones de resistencia a los fármacos usados
 4. Intensificar el tratamiento ante la eventualidad de un fracaso en un paciente con una infección VIH avanzada.
- 167. Las siguientes características sugieren la presencia de un fenómeno de Raynaud secundario, EXCEPTO:**
1. Alteraciones capilaroscópicas.
 2. Anticuerpos antinucleares positivos.
 3. Edad menor de 20 años.
 4. Aparición de lesiones necróticas digitales.
- 168. Hombre de 57 años que acude a urgencias por un dolor epigástrico de elevada intensidad, irradiado a espalda y a hipocondrio derecho, junto a náuseas y vómitos de 12 horas de evolución. En la exploración se encuentra afebril, estable hemodinámicamente, lúcido y con buena perfusión. En la analítica destacan 18.000 leucocitos (80% neutrófilos), siendo el resto del hemograma normal. La bioquímica es normal, incluyendo calcio, LDH y triglicéridos, excepto una amilasa de 3.000 U/L. Señale la respuesta correcta:**
1. El cuadro clínico sugiere una colangitis aguda.
 2. El paciente tiene probablemente una isquemia mesentérica aguda.
 3. No es necesario realizar prueba de imagen en urgencias o en todo caso una ecografía abdominal.
 4. Es preciso realizar una TC abdominal urgente.
- 169. Hombre de 65 años, en seguimiento en consulta por astenia, anorexia y febrícula de curso insidioso. Se realiza TC abdominal con hallazgos de masa retroperitoneal y periaortitis, y analítica con VSG elevada, anemia moderada y anticuerpos antinucleares positivos. Indique la respuesta correcta:**
1. Se debe a una fibrosis retroperitoneal idiopática y no precisa de más estudios diagnósticos.
 2. El diagnóstico es clínico y habría que realizar un tratamiento empírico con antibióticos de amplio espectro.
 3. La determinación de niveles elevados de inmunoglobulinas confirma el diagnóstico.
 4. Requiere de un diagnóstico histológico que mostrara un infiltrado difuso de células plasmáticas y más de 10 células IgG4-positivas por campo.
- 170. Hombre de 77 años que acude a urgencias por deterioro del nivel de conciencia. En la anamnesis refiere astenia, anorexia y pérdida de peso en las últimas semanas. A su llegada presenta febrícula de 37,7°C sin foco definido. Se realiza una TC craneal sin hallazgos y en el LCR obtenido tras punción lumbar se observa un líquido ligeramente xantocrómico, con los siguientes datos: presión de apertura 22 cm de H₂O; células 98, 100% mononucleares; glucosa 5 mg/dL; proteínas totales 2 g/L. ¿Cuál es la etiología más probable?:**
1. Meningitis neoplásica.
 2. Meningitis bacteriana aguda.
 3. Síndrome de Guillain-Barré.
 4. Hemorragia subaracnoidea.
- 171. Mujer de 67 años con antecedentes de dislipemia, que acude a urgencias por un cuadro de disuria y poliaquiuria seguido de fiebre, escalofríos y deterioro del estado general. A su llegada impresiona de gravedad y está taquicárdica, taquipneica, con tensión arterial 60/40 mmHg y temperatura de 39°C. ¿Qué medida de entre las siguientes NO estaría incluida en el manejo INICIAL?:**
1. Perfusión intravenosa de dobutamina.
 2. Medición de lactato sérico.
 3. Extracción de hemocultivos.
 4. Administración de fluidos.

172. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta con respecto a la reanimación cardiorrespiratoria?:

1. Tras comprobar la ausencia de pulso, la reanimación cardiopulmonar básica debe realizarse siguiendo la pauta de 30 compresiones torácicas y 2 insuflaciones pulmonares.
2. En cuanto se disponga de los medios necesarios se debe realizar una cardioversión si el paciente aún no ha recuperado el pulso.
3. En caso de asistolia deben administrarse 3 mg de atropina.
4. La adrenalina, a dosis de 1 mg cada 3 min, no se administrará si el mecanismo de parada es una fibrilación ventricular.

173. Un paciente es traído a urgencias desde un incendio producido dentro de una nave cerrada donde había espumas de poliuretano. Está consciente, pero presenta creciente torpeza mental, cefalea e intensa disnea. La saturación de oxígeno mediante pulsoximetría es del 92% y el ácido láctico capilar es de 8 mEq/l. ¿Qué tratamiento específico considera más adecuado?:

1. Administración de oxígeno mediante mascarilla tipo Venturi al 50%.
2. Administración de hidroxocobalamina intravenosa.
3. Ventilación con cámara hiperbárica.
4. Fluidoterapia con infusión de solución salina fisiológica a 21 ml/h.

174. Una mujer de 22 años presenta una parada cardíaca súbita con un ritmo que se considera susceptible de desfibrilación. Se están realizando compresiones torácicas y ventilaciones, se ha dado una descarga con el desfibrilador y se ha canalizado una vía venosa periférica. ¿Cuál de las siguientes actuaciones sería correcta a continuación?:

1. Administrar 150 mg de amiodarona intravenosa.
2. Administrar 300 mg de amiodarona intravenosa.
3. Administrar 1 mg de atropina intravenosa.
4. Administrar 2 mg de atropina intravenosa.

175. Un hombre de 18 años llega al servicio de urgencias del hospital trasladado por una unidad de soporte vital básico. Ha sido atropellado por un automóvil cuando iba en bicicleta. A su llegada tiene una frecuencia cardíaca de 115 lpm, una presión arterial de 110/75 mmHg, pulso radial palpable, un relleno capilar de 2,5 segundos y una frecuencia respiratoria de 25 rpm. ¿Qué nos indican estos datos?:

1. Ha perdido entre un 15 y un 30 % de la volemia y precisa reposición de volumen.
2. Ha perdido más de un 30 % de la volemia y precisa reposición de volumen y de sangre.
3. Ha perdido más de un 40 % de la volemia y precisará tratamiento quirúrgico.
4. Ha perdido más de un 50% de la volemia y precisa reposición de volumen y de sangre.

176. Mujer de 25 años diagnosticada de lupus eritematoso sistémico, que ha permanecido en remisión los últimos 2 años. Consulta por poliartalgias y febrícula. ¿Cuáles de las siguientes alteraciones indicarán reactivación de la enfermedad?:

1. Elevación de los anticuerpos anti-DNA nativo y de los factores del complemento.
2. Elevación de los anticuerpos anti-DNA nativo y descenso de los factores del complemento.
3. Descenso de los anticuerpos anti-DNA nativo y de los factores del complemento.
4. Descenso de los anticuerpos anti-DNA nativo y elevación de los factores del complemento.

177. Considerando la relevancia clínica de los cocientes de probabilidad positivos (CP+) para el proceso de toma de decisiones según *The Evidence - Based Medicine Working Group*. ¿Cuál de las siguientes opciones se corresponde con unos incrementos moderados de la probabilidad de confirmar la enfermedad?:

1. CP+ < 2.
2. CP+ 2-5.
3. CP+ 5-10.
4. CP+ > 10.

178. ¿Cuál de los siguientes factores NO se asocia al desarrollo de cálculos de pigmento en la vesícula biliar?:

1. Hemolisis crónica.
2. Anemia perniciosa.
3. Infección crónica de vías biliares.
4. Colangitis biliar primaria.

179. La asociación de fármacos inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina y antagonistas de la aldosterona puede ser útil en algunos pacientes con insuficiencia cardiaca. No obstante, deberemos vigilar especialmente en estos casos:

1. La aparición o agravamiento de dislipemias.
2. Que pueden aumentar paradójicamente las cifras tensionales.
3. La aparición de hiperpotasemia.
4. Los niveles de bradicininas circulantes.

180. La osteonecrosis de la mandíbula:

1. Puede relacionarse con la administración de bifosfonatos.
2. Se asocia en la mayoría de los casos con radioterapia previa.
3. El tratamiento de elección es la mandibulectomía.
4. Es una forma de atrofia mandibular del desarrollo.

181. La distrofia muscular de Duchenne:

1. Es una miopatía idiopática.
2. Afecta por igual a hombres y mujeres.
3. Tiene actualmente un tratamiento curativo basado en administración de glucocorticoides.
4. Es una enfermedad hereditaria recesiva ligada al cromosoma X.

182. Hombre de 60 años con un cuadro de dolor abdominal y sangrado digestivo alto, en quien se encuentra una tumoración abdominal relacionada con la pared gástrica. La histología muestra un tumor de células fusiformes con escasas mitosis, positivas para CD117. El diagnóstico más probable es:

1. Neurofibroma de la pared gástrica.
2. Tumor del estroma gastrointestinal.
3. Leiomioma.
4. Sarcoma granulocítico.

183. ¿Cuál es la mejor medida de carga global de una enfermedad?:

1. Los años perdidos por discapacidad atribuible a esa enfermedad.
2. La mortalidad por esa enfermedad.
3. Los años de vida ajustados por discapacidad atribuible a esa enfermedad.
4. El coste económico de la enfermedad.

184. ¿En qué individuos se observa una elevación plasmática de la isoenzima BB de la creatina quinasa (CK)?

1. En pacientes con un accidente cerebrovascular.
2. En pacientes con infarto agudo de miocardio.
3. Tras una inyección intramuscular.
4. En pacientes con lesión hepatocelular aguda.

185. En 2018 James Allison y Tasuku Honjo recibieron el Premio Nobel de Medicina por el descubrimiento de las moléculas CTLA-4 y PD-1, que supone un gran avance en la inmunoterapia del cáncer. El tratamiento de pacientes con cáncer con anticuerpos anti-PD1 (como pembrolizumab) se basa en que:

1. El anticuerpo anti-PD1 se une al receptor PD-1 expresado en células tumorales induciendo su muerte por apoptosis.
2. El anticuerpo anti-PD1 actúa como puente entre la célula tumoral y sus ligandos en los linfocitos T, favoreciendo la destrucción del tumor por linfocitos citotóxicos.
3. El anticuerpo anti-PD1 favorece la opsonización de la célula tumoral y su eliminación por las células fagocíticas.
4. El anticuerpo anti-PD1 bloquea el funcionamiento del receptor PD-1, que actúa como un regulador negativo de la actividad de los linfocitos T, permitiendo así su activación.

