

# MEDICINA 2022



MINISTERIO  
DE SANIDAD

## PRUEBAS SELECTIVAS 2022 CUADERNO DE EXAMEN

MEDICINA - VERSIÓN: 4

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 200 preguntas más 10 de reserva. Tenga en cuenta que hay **25 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 y treinta minutos** 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, al cierre de la última mesa de examen.



**1. Pregunta asociada a la imagen 1.**

Varón de 45 años que, tras un cuadro de dos días de hiporexia, astenia leve, sensación distérmica y cefalea holocraneal, sin náuseas ni vómitos, acude a urgencias por inestabilidad en la marcha. Refiere otorrea fluctuante en oído izquierdo desde la infancia. Exploración neurológica: pares craneales normales, marcha con lateropulsión izquierda, ligera dismetría dedo-nariz con mano izquierda, Glasgow 15. En la otoscopia se observa otorrea purulenta y perforación timpánica con epitelio a nivel atical. En la analítica destaca leucocitos  $12,8 \times 10^9/L$ ; 81 % neutrófilos. Se muestra imagen de TC craneal. ¿Cuál de los siguientes es el diagnóstico más probable?:

1. Vértigo periférico por laberintitis difusa purulenta.
2. Meningitis otógena izquierda.
3. Síndrome cerebeloso por absceso intraparenquimatoso otógeno izquierdo.
4. Trombosis de seno lateral por otitis media crónica colesteatomatosa izquierda.

**2. Pregunta asociada a la imagen 2.**

Paciente de 80 años, con dislipemia, sin otros factores de riesgo vascular conocidos, con un cuadro de deterioro cognitivo de un año de evolución quien de manera brusca el día del ingreso presenta una hemiparesia derecha. Se activa código ictus y se traslada a su hospital de referencia, donde a su llegada se objetiva exploración neurológica con debilidad faciobraquiorcral derecha (escala NIHSS 8) y se realiza TC craneal que se muestra en la imagen. ¿Cuál de los siguientes es el diagnóstico más probable?:

1. Infarto cerebral secundario a consumo de drogas tipo cocaína.
2. Hemorragia intraparenquimatosa profunda asociada a hipertensión no diagnosticada.
3. Hemorragia parietal lobar izquierda asociada a una posible angiopatía amiloide.
4. Hemorragia intraparenquimatosa asociada a una hemorragia subaracnoidea, por un posible traumatismo craneoencefálico.

**3. Pregunta asociada a la imagen 3.**

Mujer de 78 años, sin antecedentes médicos de interés, que presenta la fractura-luxación de húmero proximal mostrada en la imagen. ¿Cuál es el tratamiento más recomendable?:

1. Clavo trocantérico largo acerjado proximal y distal.
2. Rehabilitación intensiva inmediata sin inmovilización.
3. Inmovilización con yeso braquial colgante de Caldwell.
4. Artroplastia glenohumeral.

**4. Pregunta asociada a la imagen 4.**

Mujer de 51 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo I e hipertensión arterial de larga evolución. En tratamiento sustitutivo renal mediante hemodiálisis desde hace 14 años como consecuencia de una enfermedad renal crónica estadio 5. Durante una de las sesiones de diálisis refiere dolor centrotorácico y disnea de aparición súbita. Las constantes hemodinámicas son normales. Se pauta nitroglicerina intravenosa para la corrección del dolor torácico, que cede en unos quince minutos. Se muestran los electrocardiogramas realizados con y sin dolor torácico. No hubo elevación posterior de enzimas de necrosis miocárdica. ¿Cuál es el diagnóstico de sospecha y la actitud a seguir?:

1. Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST, de alto riesgo. Debe ingresar en una unidad con vigilancia electrocardiográfica continua con recomendación de coronariografía temprana ( $\leq 48$  h).
2. Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST, de riesgo moderado. Debe ingresar en una unidad con vigilancia electrocardiográfica continua, con recomendación inicial de coronariografía diferida ( $> 48$  h).
3. Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST, de bajo riesgo. Debe ingresar en planta de hospitalización convencional con recomendación de prueba de inducción de isquemia antes del alta hospitalaria y coronariografía diferida según resultado.
4. Los cambios electrocardiográficos no son diagnósticos de síndrome coronario agudo y se consideran secundarios a la hemodiálisis. No precisa ingreso hospitalario.

**5. Pregunta asociada a la imagen 5.**

Varón de 57 años, sin factores de riesgo cardiovascular conocidos, que acude a su consulta aquejando disnea de esfuerzo estable de varios meses de evolución. Aporta electrocardiograma de 12 derivaciones (imagen) y en la exploración física se ausculta un soplo sistólico en borde parasternal izquierdo, cuya intensidad y duración aumentan durante la maniobra de Valsalva. De entre las siguientes patologías cardíacas ¿cuál es el diagnóstico más probable?:

1. Insuficiencia tricuspídea.
2. Estenosis aórtica.
3. Miocardiopatía hipertrófica.
4. Insuficiencia mitral.

**6. Pregunta asociada a la imagen 6.**

Varón de 39 años, fumador de 20 cigarrillos al día, con antecedentes de un infarto agudo de miocardio inferior a los 38 años. En el cateterismo se observó una lesión en la coronaria derecha proximal y se implantó un stent fármacoactivo. La FEVI era normal. Está en tratamiento con atorvastatina 80 mg/día, ácido acetilsalicílico 100 mg/día y bisoprolol 2,5 mg/día. Realiza dieta adecuada y ejercicio y está asintomático desde el punto de vista cardiovascular. Aporta analítica con lipoproteína (a) 380 nmol/L (valor normal hasta 125 nmol/L), colesterol total 238 mg/dL, HDL 45 mg/dL, LDL 132 mg/dL y TG 142 mg/dL. En la exploración física se observa el siguiente hallazgo (ver imagen). Además de insistirle en que deje de fumar ¿cuál de las siguientes recomendaciones es más adecuada?:

1. Para llegar a los objetivos de tratamiento de la dislipemia, añadir ezetimiba.
2. Añadir un inhibidor de la PCSK9 y solicitar un test genético de hipercolesterolemia familiar.
3. Enviarle al oftalmólogo para descartar una enfermedad de Wilson.
4. Añadir niacina para disminuir la lipoproteína (a).

**7. Pregunta asociada a la imagen 7.**

Varón de 60 años, fumador activo, que presenta tos y expectoración diaria de años de evolución, ocasionalmente hemoptoica. En los últimos meses se añade disnea progresiva. Presenta acrop aquia y en la auscultación pulmonar destacan roncus y sibilantes teleinspiratorios en pulmón izquierdo. La TC pulmonar de alta resolución se muestra en la imagen adjunta. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:

1. Carcinoma quístico.
2. Enfisema pulmonar.
3. Tuberculosis cavitada.
4. Bronquiectasias.

**8. Pregunta asociada a la imagen 8.**

Mujer de 82 años que acude a urgencias por un cuadro de dolor abdominal localizado en flanco derecho, irradiado a espalda y febrícula de 37,3 °C. Se realiza ecografía abdominal que en hipochondrio derecho muestra los resultados de la imagen. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:

1. Colecistitis aguda.
2. Enfermedad de Caroli.
3. Vesícula en porcelana.
4. Cólico biliar.

**9. Pregunta asociada a la imagen 9.**

En relación con la patología que se observa en la imagen, es correcto que:

1. Su forma de debut más frecuente es un sangrado menstrual.
2. La citología no es útil en el diagnóstico pero sí en el seguimiento.
3. Es más frecuente en mujeres jóvenes.
4. Uno de los factores de riesgo más importantes es el tabaco.

**10. Pregunta asociada a la imagen 10.**

Varón de 38 años de origen centroafricano que presenta el siguiente frotis. Respecto a la enfermedad que sospecha, señale la respuesta correcta:

1. La esplenomegalia es un hallazgo frecuente en los cuadros de larga evolución.
2. Puede producir episodios dolorosos por crisis oclusivas vasculares.
3. Es debida a un defecto congénito en las proteínas de la membrana eritrocitaria.
4. En el examen del frotis sanguíneo se observa trombopenia y numerosos esquistocitos.

**11. Pregunta asociada a la imagen 11.**

Varón de 32 años que está recibiendo profilaxis pre-exposición al VIH. Consulta por presentar desde hace dos días proctalgia intensa, afectación del estado general y fiebre. En la exploración se palpan adenopatías inguinales y se observan las lesiones cutáneas perianales que se muestran en la imagen. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:

1. Viruela del mono.
2. Herpes genital.
3. Sífilis primaria.
4. Lesiones por primoinfección por VIH.

**12. Pregunta asociada a la imagen 12.**

Varón de 54 años con antecedentes de asma bronquial. En una TC torácica de control se observan lesiones hepáticas calcificadas. Se completa el estudio con una TC abdominal donde se identifican 3 lesiones quísticas hepáticas. Se realiza enucleación de las 3 lesiones, que miden 8, 3 y 3 cm. En el estudio microscópico se observan membranas acelulares. Se muestra la macroscopia de una de las lesiones. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:

1. Hemangioma complicado.
2. Hepatocarcinoma calcificado.
3. Quiste hidatídico.
4. Metástasis hepática necrótica.

**13. Pregunta asociada a la imagen 13.**

Niña recién nacida pretérmino de 25 semanas con insuficiencia respiratoria grave en el postparto inmediato. Se inicia la reanimación, pero a los 30 minutos empeora y fallece. ¿Cuál es el diagnóstico histopatológico de la imagen?:

1. Aspiración de meconio.
2. Neumonía intraútero.
3. Malformación pulmonar.
4. Enfermedad de la membrana hialina.

**14. Pregunta asociada a la imagen 14.**

Ante estas imágenes del colon, con la mucosa desflecada y formaciones polipoides en la macroscopia y el estudio histopatológico que se muestra, el diagnóstico más probable es:

1. Enfermedad crónica inflamatoria intestinal tipo colitis ulcerosa.
2. Colitis infecciosa parasitaria.
3. Poliposis intestinal.
4. Linfoma intestinal.

**15. Pregunta asociada a la imagen 15.**

Mujer de 70 años con antecedente de oclusión intestinal por bezoar en 2019 y dilatación del colédoco y de la vía biliar intrahepática de causa desconocida. En una TC reciente se evidencia una lesión quística con áreas sólidas de 28 cm, localizada en la cabeza del páncreas, en conexión con el conducto de Wirsung sin condicionar dilatación del mismo. No hay signos de infiltración local ni metástasis a distancia. Se decide realizar una duodenopancreatectomía cefálica. Se muestra una imagen macroscópica y una imagen microscópica de la lesión. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:

1. Neoplasia mucinosa quística.
2. Neoplasia mucinosa papilar intraductal de rama secundaria.
3. Neoplasia sólida-pseudopapilar.
4. Neoplasia mucinosa papilar intraductal con componente invasivo de rama principal.

**16. Pregunta asociada a la imagen 16.**

Varón de 40 años diabético e hipertenso que acude por presentar desde hace 3 meses lesiones eritematosas descamativas en las palmas y las plantas de entre 0,5 y 2 cm, asintomáticas. No tiene otras lesiones en el momento actual. ¿Ante este cuadro clínico, cuál de estas entidades sería la MENOS PROBABLE?:

1. Psoriasis.
2. Líquen plano.
3. Sífilis.
4. Gonorrea.

**17. Pregunta asociada a la imagen 17.**

Mujer de 65 años que consulta porque en los últimos dos años ha ido notando pérdida del cabello en la línea anterior de implantación del cuero cabelludo (temporal y frontal), junto a la pérdida completa de las cejas. En la exploración de las mejillas y el mentón se aprecian pequeñas pápulas del color de la piel. Ante este cuadro clínico y la imagen que se muestra señale la respuesta correcta:

1. Se trata de una alopecia reversible.
2. Es más frecuente en hombres.
3. La histopatología es similar a la del líquen plano pilaris.
4. Es un tipo poco frecuente de alopecia androgénica.

**18. Pregunta asociada a la imagen 18.**

Varón de 66 años, fumador, que es diagnosticado de carcinoma epidermoide de pulmón por biopsia de un nódulo pulmonar de 1 cm. Se realiza estudio de extensión con PET-TC tras la administración de 18F-FDG cuyas imágenes se muestran en proyección de intensidad máxima (MIP), corte axial y corte coronal a nivel del nódulo. ¿Cuál es la estadificación más probable?:

1. T1N1M0.
2. T1N0M0.
3. T1N0M1.
4. T2N0M0.

**19. Pregunta asociada a la imagen 19.**

Varón de 13 años en estudio por tumoración dolorosa en costado izquierdo. En la TC de tórax se confirma una lesión en el arco anterior de la 5ª costilla izquierda con masa de partes blandas y datos radiológicos de agresividad. La analítica no muestra alteraciones significativas. Se realiza biopsia ecoguiada, compatible con un tumor costal maligno con perfil inmunohistoquímico congruente con sarcoma de Ewing. Se realiza una gammagrafía ósea para estudio de extensión cuya imagen se muestra. Señale la afirmación correcta:

1. Es una gammagrafía ósea normal.
2. No está indicada la gammagrafía ósea en el estudio de extensión, ya que el sarcoma de Ewing no desarrolla metástasis óseas.
3. Existe afectación ósea metastásica diseminada.
4. El único hallazgo anormal es el acúmulo patológico del radiotrazador en el tumor costal conocido.

**20. Pregunta asociada a la imagen 20.**

**Mujer de 50 años con antecedentes de cáncer de mama libre de enfermedad, que refiere cefalea y alteraciones visuales de instauración progresiva, sin respuesta al tratamiento analgésico. Se le realiza la resonancia magnética que se muestra. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:**

1. Glioblastoma multiforme.
2. Macroadenoma hipofisario.
3. Quiste aracnoideo.
4. Metástasis.

**21. Pregunta asociada a la imagen 21.**

**Mujer de 26 años que desde hace 6 días presenta dolor en fosa iliaca derecha. La palpación es dolorosa en esa zona. La analítica muestra 17.000 leucocitos, con neutrófilos 88 %. Se muestra la TC de abdomen. ¿De los siguientes cuál es el diagnóstico más probable?:**

1. Ooforitis.
2. Apendicitis.
3. Diverticulitis.
4. Absceso de ciego.

**22. Pregunta asociada a la imagen 22.**

**Varón de 75 años con dolor abdominal intermitente, dispepsia y pérdida de peso. Se realiza TC abdominal con contraste de la que se muestra una imagen. Además de la observación casual de un quiste renal izquierdo ¿cuál de los siguientes hallazgos se encuentra?:**

1. Tumoración en cola pancreática con calcificaciones e invasión tumoral de arteria esplénica.
2. Calcificaciones pancreáticas difusas en cuerpo y cola pancreática, indicativas de pancreatitis aguda.
3. Tumoración en cabeza pancreática con calcificaciones e invasión tumoral de arteria esplénica.
4. Calcificaciones pancreáticas difusas en cuerpo y cola pancreática, indicativas de pancreatitis crónica.

**23. Pregunta asociada a la imagen 23.**

**Varón de 80 años, sin antecedentes de interés, que refiere dolor cervical progresivo e incapacitante que no cede con tratamiento analgésico. En la imagen de TC ¿cuál es el diagnóstico más probable y su posible origen?:**

1. Espondilosis de origen degenerativo.
2. Espondilodiscitis de origen infeccioso.
3. Metástasis blásticas por un cáncer de próstata.
4. Metástasis líticas por un cáncer de pulmón.

**24. Pregunta asociada a la imagen 24.**

**Mujer de 36 años sin antecedentes de interés que acude a urgencias por molestias retroesternales con la deglución, sin fiebre ni clínica infecciosa. Refiere un cuadro de años de evolución de episodios intermitentes de detención alimentaria a nivel retroesternal tras la ingesta de sólidos y líquidos. Se acompaña de pérdida de peso progresiva. La analítica sanguínea es normal. En la radiografía de tórax se observa ensanchamiento mediastínico, por lo que se realiza la TC torácica con contraste intravenoso que se muestra en la imagen. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:**

1. Acalasia.
2. Gran divertículo esofágico de Zenker.
3. Espasmo esofágico difuso.
4. Retención alimentaria por tumor submucoso (leiomioma) obstructivo en tercio distal esofágico.

**25. Pregunta asociada a la imagen 25.**

**Mujer de 58 años con un cuadro de meses de evolución de tos, odinofagia y carraspeo, que consulta por presentar espuitos hemoptoicos. No refiere fiebre ni disnea. Exfumadora hace más de 30 años (fumó durante 10 años 1 paq/día). La analítica es normal. Se muestra la radiografía de tórax póstero-anterior. ¿Qué hallazgo se encuentra?:**

1. Atelectasia de lóbulo inferior izquierdo.
2. Derrame pleural subpulmonar izquierdo.
3. Hernia de Bochdalek o defecto diafragmático posterior izquierdo.
4. Hiperinsuflación pulmonar derecha por bronquiectasias e impactos mucosos basales.

**26. En relación con las presiones que originan el movimiento de entrada y salida de aire en los pulmones en una persona sana, señale la afirmación INCORRECTA:**

1. La aspiración continua del exceso de líquidos hacia los conductos linfáticos mantiene una ligera presión negativa entre la superficie visceral del pulmón y la superficie pleural parietal de la cavidad torácica.
2. Durante la inspiración normal, la presión pleural se hace más negativa.
3. Durante la espiración normal, la presión alveolar disminuye con respecto al valor de la presión atmosférica.
4. La presión transpulmonar (presión alveolar menos presión pleural) tiende a colapsar los pulmones durante el ciclo respiratorio completo.

- 27. En relación con el metabolismo de compuestos nitrogenados, el músculo esquelético es capaz de:**
1. Sintetizar de forma limitada urea en situaciones de disfunción hepática para paliar la toxicidad del amoníaco.
  2. Utilizar los alfa-cetoácidos derivados de los aminoácidos ramificados como fuente energética.
  3. Producir alanina por transaminación a partir de piruvato y ácido aspártico, particularmente en determinadas situaciones de ayuno.
  4. Elaborar creatina utilizando glicina, ATP y amoníaco para obtener creatin-fosfato como reserva energética y posibilitar su uso durante el ejercicio.
- 28. En relación con la regulación del intercambio de líquido y del equilibrio osmótico entre los líquidos intracelular y extracelular en una situación fisiológica, señale la afirmación INCORRECTA:**
1. La distribución del líquido entre los compartimentos intracelular y extracelular está determinada sobre todo por el efecto osmótico de los iones más pequeños.
  2. Alrededor del 80 % de la osmolaridad total del líquido intersticial y del plasma se debe a los iones sodio y cloro.
  3. Alrededor del 50 % de la osmolaridad en el líquido intracelular se debe a los iones calcio.
  4. Cambios relativamente pequeños en la concentración de solutos no difusibles en el líquido extracelular pueden causar grandes cambios en el volumen celular.
- 29. En un paciente con síndrome nefrótico es posible encontrar una de las siguientes alteraciones plasmáticas en el perfil lipoproteico:**
1. Disminución de las lipoproteínas de muy baja densidad (VLDL).
  2. Aumento de la apolipoproteína B-100.
  3. Aumento de la apolipoproteína A-I.
  4. Aumento de la actividad lipoproteínlipasa (LPL).
- 30. En la glucogenosis de tipo Ia (enfermedad de von Gierke) por déficit de glucosa-6-fosfatasa es característico:**
1. El aumento de glucógeno muscular.
  2. La hipouricemia por reducción en la reabsorción renal de ácido úrico.
  3. El aumento del lactato plasmático.
  4. La disminución de la síntesis hepática de triglicéridos.
- 31. El flujo sanguíneo turbulento tiende a aumentar en proporción directa a todos los siguientes factores EXCEPTO UNO. Señale cuál:**
1. Viscosidad de la sangre.
  2. Velocidad del flujo sanguíneo.
  3. Diámetro del vaso sanguíneo.
  4. Densidad de la sangre.
- 32. Señala la respuesta correcta respecto a la reabsorción renal de sodio:**
1. En el asa ascendente de Henle se reabsorbe sodio, sin reabsorber agua.
  2. En el túbulito colector se reabsorbe un 20 % del sodio.
  3. La mayor reabsorción de sodio se produce en el túbulito distal.
  4. La reabsorción de sodio en el túbulito proximal está mediada por la aldosterona.
- 33. Entre las nuevas medidas de protección contra el COVID-19 se incluye el uso de terapias basadas en anticuerpos monoclonales frente la proteína S (*spike*) del SARS-CoV-2 (tixagevimab y cilgavimab). Este tratamiento:**
1. Es una forma de inmunización activa cuyo resultado depende de la activación de linfocitos memoria.
  2. Está indicado en pacientes inmunodeprimidos, como los pacientes con trasplante de órganos.
  3. Confiere protección durante un período de tiempo aproximado de dos años.
  4. Induce memoria inmunológica basada en la activación de linfocitos B.
- 34. El síndrome de hiper-IgM, una inmunodeficiencia primaria asociada a diferentes mutaciones en las moléculas CD40 o su ligando CD40L, se caracteriza porque:**
1. Los pacientes presentan niveles elevados de IgM mientras que mantienen niveles normales de IgG e IgA en suero.
  2. Presentan un defecto de la diferenciación de los linfocitos B en la médula ósea con aumento de linfocitos B inmaduros que expresan la cadena mu intracitoplasmática.
  3. Existe un defecto en el proceso de colaboración entre linfocitos T y B necesario para el cambio de isotipo de las inmunoglobulinas.
  4. Existe un defecto en el proceso de reordenamiento de los genes V de las inmunoglobulinas.

- 35. Las células T reguladoras (CD4+, CD25+, FoxP3+) se encuentran con frecuencia en el infiltrado de tumores sólidos. Estas células:**
1. Se consideran marcadores de buen pronóstico en el desarrollo del tumor.
  2. Contribuyen a la defensa inmune antitumoral.
  3. Producen interferón gamma que contribuye a la activación de linfocitos citotóxicos.
  4. Producen interleucina-10 que contribuye a un microambiente tumoral inmunosupresor.
- 36. En relación con la esofagitis eosinofílica, señale la afirmación INCORRECTA:**
1. El diagnóstico de certeza se realiza mediante endoscopia digestiva alta y biopsia.
  2. El tratamiento inicial es recomendar dieta de eliminación de aquellos alimentos en los que se demuestran reacciones positivas in vivo o in vitro.
  3. La inflamación subyacente indica un mecanismo patogénico de hipersensibilidad Th1.
  4. La inmunoterapia específica frente a los alérgenos respiratorios y alimentarios a los que se ha demostrado sensibilización es una práctica habitual.
- 37. Entre los avances en inmunoterapia antitumoral se incluye el uso de linfocitos T modificados para que expresen un receptor CAR (*chimeric antigen receptor*, receptor químérico para el antígeno), denominados CAR-T. En relación con las células CAR-T para el tratamiento de linfomas y leucemias que expresan CD19, señale la respuesta INCORRECTA:**
1. El elemento de reconocimiento del receptor CAR está basado en fragmentos variables de anticuerpos anti-CD19 (*single-chain variable fragments*, scFvs).
  2. El receptor CAR posee un dominio intracelular responsable de la transmisión de señales.
  3. Entre los efectos secundarios graves de este tratamiento se encuentra el síndrome de liberación de citocinas.
  4. El reconocimiento del antígeno por el receptor CAR depende de las moléculas de histocompatibilidad (HLA) clase I en la célula tumoral.
- 38. ¿Cómo se denomina el inicio progresivamente más precoz y el incremento de la gravedad de las manifestaciones clínicas de una enfermedad a lo largo de las sucesivas generaciones?:**
1. Penetrancia variable.
  2. Anticipación genética.
  3. Anticipación alélica.
  4. Penetrancia completa.
- 39. En un determinado gen la secuencia de ADN se transcribe para formar el ARN maduro y este ARN maduro se traduce para formar la proteína. ¿A qué región (secuencia) de la estructura de un gen se denomina intrón?:**
1. A la que inicia la transcripción para formar el ARN
  2. A la que no está presente en el ARN maduro.
  3. A la que se transcribe para estar presente en el ARN maduro y dar lugar a la proteína.
  4. A la que regula la expresión del gen.
- 40. En relación con el papel de la inmunoglobulina A (IgA) en la defensa frente a patógenos, señale la respuesta INCORRECTA:**
1. La IgA activa la vía clásica del complemento contribuyendo a la eliminación de bacterias extracelulares.
  2. La IgA pasa de la madre al recién nacido durante la lactancia contribuyendo a la protección de las mucosas del neonato.
  3. La IgA puede atravesar la barrera epitelial de las mucosas uniéndose al receptor poli-Ig (plgR) siendo la inmunoglobulina más abundante en las mucosas.
  4. El déficit selectivo de IgA es la inmunodeficiencia más frecuente (aproximadamente 1:400) y la mayoría de los casos son asintomáticos.
- 41. Apicultor de 50 años que presenta reacciones sistémicas graves (anafilaxia) tras picaduras de abejas y en quien se demuestra positividad al veneno de *Apis mellifera* mediante pruebas cutáneas en intradermorreacción e IgE específica en suero. ¿Qué tratamiento etiológico está indicado?:**
1. Entrenamiento del paciente en el empleo de autoinyectores de adrenalina.
  2. Educación del paciente en el uso de antihistamínicos bucodispersables, broncodilatadores en aerosol presurizado y corticoides orales.
  3. Inmunoterapia específica subcutánea con extracto de *Apis mellifera* al 100%.
  4. Empleo de fármacos inmunomoduladores tipo ciclosporina oral.
- 42. En una enfermedad genética con un patrón de herencia autosómico recesivo el riesgo de la enfermedad en una futura descendencia cuando ambos padres son portadores es:**
1. 25 % en cada embarazo independiente del sexo de la descendencia.
  2. 50 % en cada embarazo de un hijo varón.
  3. 50 % en cada embarazo de una hija mujer.
  4. 50 % en cada embarazo independiente del sexo de la descendencia.

**43. El valor predictivo negativo de una prueba diagnóstica es del 92 %. ¿Cómo debe interpretarse dicho resultado?:**

1. De cada 100 resultados negativos, 92 corresponderán a personas sanas.
2. De cada 100 personas sanas, en 92 de ellos el resultado de la prueba será negativo.
3. De cada 100 enfermos, en 8 de ellos el resultado de la prueba será negativo.
4. De cada 100 resultados positivos, 8 de ellos corresponderán a enfermos.

**44. En el diagrama de bosque (*forest plot*) que muestra los resultados de una revisión sistemática de estudios, el cuadrado que aparece al lado de cada estudio es:**

1. El tamaño de cada estudio.
2. El estimador de interés (como el riesgo relativo) de cada estudio.
3. El intervalo de confianza del estimador de interés en cada estudio.
4. El peso de cada estudio cuando se realiza un metaanálisis de dichos estudios.

**45. Para establecer si el consumo habitual de alimentos ultraprocesados (e.g. embutidos) se asocia a mayor riesgo del síndrome de fragilidad en adultos mayores, se selecciona a 5.000 personas mayores de 70 años que viven en sus domicilios, se les pregunta por su dieta habitual y se identifica el consumo de ultraprocesados en cada uno de ellos. Se realiza un seguimiento durante 3 años para identificar quiénes desarrollan el síndrome de fragilidad por primera vez. Señale la respuesta correcta sobre el diseño de este estudio:**

1. Es un estudio de cohortes, porque se sigue a sujetos clasificados según su exposición para identificar el riesgo de un problema de salud.
2. Es un ensayo de campo, porque se realiza con personas que no son pacientes.
3. Es un estudio ecológico, porque incluye a un grupo muy amplio de población.
4. Es un estudio de casos y controles, en el que los casos toman muchos alimentos ultraprocesados y los controles toman muy pocos.

**46. ¿En cuál de las siguientes enfermedades debemos aplicar precauciones de aislamiento por contacto y aire (aerosoles)?:**

1. Sarampión.
2. Tuberculosis.
3. Norovirus.
4. Varicela.

**47. Las vacunas conjugadas:**

1. Son vacunas de virus y bacterias combinadas para hacerlas menos inmunógenas y que provoquen menos efectos secundarios.
2. Son vacunas de virus enteros conjugadas con un polisacárido para poder combinarlas y hacer la trivalente o tetravalente vírica.
3. Son vacunas bacterianas conjugadas con un polisacárido para poder combinarlas y hacer vacunas penta o hexavalentes.
4. Son vacunas polisacáridas conjugadas con una proteína para hacerla dependiente de linfocitos T y lograr memoria inmunológica a largo plazo.

**48. En la valoración del riesgo de sesgo de un estudio epidemiológico se considera uno de los siguientes criterios:**

1. Insuficiente tamaño muestral.
2. La excesiva amplitud del intervalo de confianza del 95 % del principal resultado del estudio.
3. La falta de significación estadística de los resultados.
4. Errores de medida en alguna de las principales variables.

**49. La mejor estrategia preventiva para ralentizar la progresión de la enfermedad en un fumador diagnosticado de EPOC es lograr el objetivo de cesación tabáquica. La siguiente medida NO se incluye en los protocolos actuales de primera elección para el tratamiento de refuerzo de la abstención tabáquica, porque faltan estudios demostrativos sobre su eficacia clínica y seguridad:**

1. Parche cutáneo de nicotina.
2. Bupropión.
3. Vareniclina.
4. Cigarrillo electrónico.

**50. El motivo por el que una intervención tiene un grado de recomendación "fuerte" en una guía de práctica clínica es que:**

1. Tiene más beneficios que riesgos.
2. Está basada en un alto nivel de evidencia.
3. Tiene un bajo coste.
4. Es la preferida por los pacientes.

**51. Sobre los errores sistemáticos en los estudios observacionales, señale la afirmación INCORRECTA:**

1. Se clasifican en sesgos de selección, de información y de análisis.
2. Se pueden evitar aumentando el tamaño muestral.
3. Pueden modificar la magnitud del efecto investigado.
4. Pueden afectar a la validez interna del estudio.

- 52.** Varón de 68 años con antecedentes de obesidad y diabetes mellitus tipo 2, en tratamiento con metformina. Ingresa por un primer episodio de insuficiencia cardiaca. Tiene una hemoglobina glicada de 8,5 %. Para optimizar el tratamiento de la diabetes al alta, ¿cuál de los siguientes fármacos está contraindicado?:
1. Linagliptina.
  2. Canagliflozina.
  3. Dulaglutide.
  4. Pioglitazona.
- 53.** Un ensayo clínico en el cual los participantes se asignan por azar a una de varias intervenciones clínicas se conoce como:
1. Ensayo doble ciego.
  2. Ensayo controlado no aleatorizado.
  3. Ensayo controlado aleatorizado.
  4. Ensayo de superioridad.
- 54.** En un paciente con una úlcera duodenal y alto riesgo cardiovascular por cardiopatía isquémica, en caso de requerir tratamiento con un AINE, ¿cuál de los siguientes le recomendaría como más seguro?:
1. Naproxeno.
  2. Celecoxib.
  3. Ketorolaco.
  4. Ibuprofeno.
- 55.** En el manejo de una mujer embarazada diagnosticada de trastorno bipolar. ¿Cuál de los siguientes fármacos es efectivo en esta enfermedad y se ha establecido como más seguro en el embarazo?:
1. Flufenazina.
  2. Olanzapina.
  3. Litio.
  4. Carbamazepina.
- 56.** Paciente de 69 años diagnosticado de linfoma a quien se pauta un tratamiento intravenoso con metotrexato. Al tercer día de tratamiento presenta nefrotoxicidad y retraso en la eliminación renal del fármaco con pH urinario menor de 7. Teniendo en cuenta la naturaleza química del metotrexato ( $pKa$  entre 4 y 5,5). ¿Cuál de las siguientes actuaciones sería la más correcta para manejar la toxicidad?:
1. Administración intravenosa de suero fisiológico con cloruro amónico para facilitar la eliminación renal del metotrexato.
  2. Administración intravenosa de solución de bicarbonato sódico para acelerar la diuresis del metotrexato.
  3. Administración enteral de solución de bicarbonato sódico para reducir la absorción digestiva del metotrexato.
  4. Administración intravenosa de furosemida en suero con pH neutro para provocar una diuresis forzada.
- 57.** ¿Cuál es el mecanismo por el que la ivabradina, actuando en las células del nodo sinoauricular, produce una disminución de la frecuencia cardíaca?:
1. Potencia la repolarización al activar corrientes de salida de potasio.
  2. Modula los receptores beta-1 adrenérgicos.
  3. Bloquea la corriente de marcapaso If.
  4. Activa los receptores muscarínicos M2.
- 58.** De los siguientes tumores malignos que pueden afectar a la lengua, ¿cuál es el tipo más frecuente y dónde metastatiza habitualmente?:
1. El sarcoma y metastatiza en los ganglios linfáticos cervicales.
  2. El carcinoma epidermoide y metastatiza en los ganglios linfáticos cervicales.
  3. El sarcoma y metastatiza en tejido óseo a distancia.
  4. El carcinoma epidermoide y metastatiza en tejido hepático.
- 59.** Varón de 25 años que refiere en los últimos meses una importante disminución de la visión nocturna y mala adaptación a la oscuridad. Está notando dificultad en la conducción, al bajar las escaleras y últimamente tropieza con los bordillos. Sin embargo, puede leer y ver la televisión. ¿Con cuál de las siguientes entidades relacionaría los síntomas de este paciente?:
1. Enfermedad de Stargardt.
  2. Distrofia macular viteliforme de Best.
  3. Retinosis pigmentaria.
  4. Desprendimiento de retina.

- 60.** **Mujer de 38 años que desde hace unas semanas nota en ambos ojos sensación de arenilla y quemazón, que empeora a lo largo del día, cuando hace viento y con el aire acondicionado. ¿Cuál de los siguientes es el diagnóstico más probable?:**
1. Conjuntivitis alérgica.
  2. Epiescleritis.
  3. Pinguécula.
  4. Queratoconjuntivitis seca.
- 61. Respecto del desprendimiento de vítreo posterior, señale la afirmación INCORRECTA:**
1. Los síntomas por los que generalmente consultan los pacientes son los fosfenos y las miodesopsias.
  2. El anillo de Weiss es un signo característico en la exploración oftalmoscópica.
  3. El signo de Shaffer o polvo de tabaco es un signo de buen pronóstico.
  4. Se produce por la licuefacción del gel vítreo por la edad.
- 62. ¿Cuál de las siguientes descripciones define el estadio II de una úlcera por presión según el sistema de estadiaje del National Pressure Injury Advisory Panel?:**
1. Eritema no blanqueable.
  2. Pérdida de espesor total de la piel con exposición del tejido celular subcutáneo.
  3. Pérdida de epidermis con exposición de la dermis.
  4. Aparición de tejido de granulación en el lecho del defecto.
- 63. Niño de 5 años que sufrió un accidente de bicicleta con traumatismo facial sin pérdida de conciencia, objetivándose en urgencias únicamente una herida en el mentón, realizándose sutura de la misma. Es remitido a consulta 5 días después del traumatismo por presentar limitación y desviación de la apertura bucal. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:**
1. Fractura tipo LeFort.
  2. Fractura combinada de mandíbula y maxilar superior.
  3. Fractura de cóndilo mandibular.
  4. Fractura de sínfisis y rama horizontal de la mandíbula.
- 64. Un niño de 22 meses fue atendido por presentar una otitis media aguda bilateral que cursó con dolor, fiebre, otorrea e hipoacusia. Se instauró tratamiento antibiótico por vía oral y con gotas tópicas con lo que mejoró la sintomatología. A los doce días acude de nuevo a urgencias porque reaparece la fiebre y los padres han observado que el pabellón auditivo se ha desplazado hacia fuera y abajo y que la piel retroauricular está roja y edematosas. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:**
1. Otitis externa.
  2. Mastoiditis.
  3. Condritis.
  4. Celulitis.
- 65. La disfagia orofaríngea es la dificultad de trasladar el alimento desde la cavidad oral hasta el esófago proximal. Entre las causas de disfagia orofaríngea motora están las siguientes EXCEPTO:**
1. Miastenia gravis.
  2. Reflujo gastroesofágico.
  3. Tétanos.
  4. Dermatopolimiositis.
- 66. Con respecto a los injertos cutáneos, señale la respuesta INCORRECTA:**
1. Unos de los lechos considerados injertables por su rica vascularización es el tejido de granulación.
  2. Podemos clasificarlos en injertos de piel parcial (si presentan sólo la epidermis) o injertos de piel total (si presentan la epidermis y la dermis subyacente).
  3. Suelen presentar un proceso de contracción, que aparece tanto a la hora de ser extraídos como después de haber sido injertados.
  4. Dentro de las comorbilidades médicas asociadas a la pérdida del injerto podemos destacar la diabetes, el tabaquismo y la vasculopatía periférica.

- 67.** **Mujer de 40 años que presenta un cuadro de mareo acompañado de náuseas y vómitos, de unos veinte minutos de duración. No ha perdido el conocimiento y ha podido sujetarse a una pared para no perder el equilibrio. Ya le había ocurrido en ocasiones anteriores. Refiere haber presentado sensación de plenitud ótica, acúfeno e hipoacusia de oído derecho. En la exploración física se evidencia otoscopia normal, nistagmo horizonte-rotario a la izquierda grado II, Romberg positivo a la derecha y Untenberger con laterodesviación a la derecha. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:**
1. Vértigo posicional paroxístico benigno.
  2. Neuronitis vestibular.
  3. Enfermedad de Ménière.
  4. Síndrome de Ramsay-Hunt.
- 68.** **Mujer de 41 años gestante de 13+2 semanas que tras realizarse la ecografía de la semana 12, presenta un riesgo combinado de cromosomopatías para la trisomía 21 de 1/30. ¿Cuál sería el consejo más adecuado?:**
1. Adelantar la ecografía de la semana 20.
  2. Realizar una prueba invasiva.
  3. Tranquilizarle porque se trata de un riesgo combinado de bajo riesgo en todo caso.
  4. Tranquilizarle porque se trata de un riesgo intermedio y está justificado por la edad materna.
- 69.** **Referido al síndrome de ovario poliquístico, señale la afirmación INCORRECTA:**
1. Se presenta en mujeres jóvenes.
  2. Clínicamente se caracteriza por la presencia de hirsutismo, acné y amenorrea u oligomenorrea.
  3. Se asocia a obesidad y resistencia a la insulina.
  4. Aumenta el riesgo de cáncer de ovario.
- 70.** **Primigesta de 26 semanas de gestación, con seguimiento dentro de la normalidad hasta la fecha. Acude a su centro de salud con un resultado en el test de O'Sullivan de 175 mg/dL. Ante esta situación, ¿cómo deberíamos proceder?:**
1. Debe ser informada del riesgo de diabetes gestacional con riesgo fetal y remitida al servicio de urgencias hospitalarias.
  2. Se indicará una sobrecarga oral de glucosa de 100 g solamente si tiene factores de riesgo para alteraciones del metabolismo de la glucosa.
  3. Al ser un valor superior a 165 mg/dL se confirma el diagnóstico de diabetes gestacional.
  4. Debe solicitarse una confirmación diagnóstica de diabetes gestacional mediante la realización de una sobrecarga oral de glucosa de 100 g.
- 71.** **En relación con las infecciones vulvovaginales, señale la afirmación INCORRECTA:**
1. La vaginosis bacteriana es habitualmente una infección monomicrobiiana.
  2. La vulvovaginitis candidásica es la infección vulvovaginal más prevalente en Europa.
  3. Se define como vulvovaginitis candidásica recidivante cuando aparecen 4 o más episodios en un año.
  4. La vaginosis bacteriana únicamente debe tratarse farmacológicamente cuando es sintomática.
- 72.** **Mujer de 36 años con antecedentes de 2 abortos de primer trimestre y preeclampsia grave que requirió cesárea por pérdida de bienestar fetal a las 33 semanas de gestación. El estudio analítico postparto es normal salvo por la presencia de anticuerpos antifosfolípido IgM e IgG, siendo el resto del estudio de trombofilia normal. La presencia de anticuerpos antifosfolípido fue confirmada a los 4 meses de la primera analítica. ¿Qué recomendación haríamos a esta paciente en caso de nueva gestación?:**
1. Aspirina y heparina de bajo peso molecular a dosis profilácticas.
  2. Vitaminas antioxidantes a dosis altas.
  3. Intentar la gestación mediante diagnóstico genético preimplantacional.
  4. Tratamiento según cribado de preeclampsia de primer trimestre con aspirina a dosis bajas si alto riesgo.
- 73.** **Mujer de 35 años que consulta por amenorrea de 6 meses de evolución. En la anamnesis le dice que últimamente le cuesta dormir y se despierta por la noche con mucho calor. Menarquia a los 12 años. Tiene 2 hijas (partos eutópicos) y deseo genésico cumplido. Su madre tuvo la menopausia a los 41 años. La analítica de sangre muestra FSH 65,1 U/L (2-13,8), LH 12 U/L (2-13,8), estradiol < 0,05 pg/mL (fase folicular: 30-100; fase lútea: 50-150; pico ovulatorio: 100-400). Dos meses más tarde le repite la analítica con valores similares. ¿Cuál es el diagnóstico de sospecha y la actitud a seguir?:**
1. Probablemente está menopáusica, pero hasta que no se cumplan los 12 meses de amenorrea no podrá iniciar ningún tratamiento.
  2. Insuficiencia ovárica prematura. Inicia estudio con cariotipo e indica terapia hormonal sustitutiva.
  3. Insuficiencia ovárica prematura. Le explica que son esenciales los hábitos de vida saludables: no fumar, ejercicio y adecuada ingesta de vitamina D. La terapia hormonal la deja como tratamiento de segunda línea.
  4. Amenorrea hipotalámica. Precisa estudio con una RM craneal.

- 74.** **Primigesta de 29 años sin antecedentes de interés remitida a las 36,5 semanas de gestación por sospecha ecográfica de restricción de crecimiento. En la consulta presenta tensión arterial 125/75 mmHg y en la ecografía obstétrica se objetiva un peso fetal estimado compatible con un percentil 6 para la edad gestacional y un índice de pulsatilidad Doppler de arteria umbilical por encima del percentil 95. ¿Qué recomendación haría en esta situación?:**
1. Finalización de la gestación de forma inmediata mediante una cesárea.
  2. Controles semanales con monitorización fetal y ecografía obstétrica cada dos semanas hasta el inicio espontáneo del parto.
  3. Controles semanales con monitorización fetal y ecografía obstétrica cada dos semanas hasta las 40 semanas de gestación.
  4. Inducción del parto a partir de las 37 semanas de gestación.
- 75.** **Mujer de 54 años nuligesta que consulta por pérdidas de orina tras la percepción de urgencia miccional y por sensación de necesidad de orinar en la noche 3-4 veces. En la exploración ginecológica se evidencia un cistocele de primer grado y una atrofia vaginal moderada. ¿Cuáles serían las medidas iniciales a realizar?:**
1. Corrección quirúrgica del cistocele.
  2. Realización de diario miccional y reeducación vesical.
  3. Indicación de flujometría y evaluación de la función uretral.
  4. Prescripción de tratamiento oral con fármacos colinérgicos.
- 76.** **Mujer primigesta de 35 años que se encuentra en la segunda etapa del parto. Lleva analgesia epidural. ¿Cuándo estará indicada la aplicación de la ventosa para abbreviar el periodo expulsivo?:**
1. Cuando, tras 2 horas en completa, la presentación se queda en un II plano de Hodge con los pujos maternos.
  2. Cuando presencia un inicio de sangrado vaginal abundante con repercusión fetal y la presentación se encuentra sobre el estrecho superior de la pelvis materna.
  3. Cuando la presentación se queda en un IV plano y el punto guía es el mentón.
  4. Cuando se produzca una bradicardia fetal que no se recupera tras el cese de la contracción y la fontanela menor se encuentra pasado el III plano de Hodge.
- 77.** **Paciente de 7 años ingresado desde hace varios días con diagnóstico de neumonía, tratado con antibióticos. Mantiene picos febriles por lo que se realiza una ecografía torácica en donde se observa derrame pleural con múltiples tabiques. Se hace una toracocentesis diagnóstica extrayéndose material purulento. ¿Qué se debe hacer a continuación?:**
1. Drenaje cerrado con un tubo de tórax con instalación de fibrinolíticos.
  2. Toracocentesis repetidas para extraer todo el derrame posible.
  3. Decorticación quirúrgica.
  4. Ampliación de la cobertura antibiótica.
- 78.** **En relación con la estenosis hipertrófica de píloro, señale la afirmación INCORRECTA:**
1. Afecta predominantemente a primogénitos varones.
  2. Se ha encontrado mayor incidencia en hijas de madres tratadas con macrólidos durante el embarazo.
  3. La alteración hidroelectrolítica típica es una acidosis metabólica hipoclorémica.
  4. El tratamiento de elección es la piloromiotomía extramucosa de Ramstedt.
- 79.** **Varón de 19 meses, correctamente vacunado para su edad. Previamente bien, inicia de forma brusca un cuadro clínico con fiebre alta de hasta 40 °C sin otra sintomatología, salvo irritabilidad. La exploración al día siguiente es normal, salvo por ligera hiperemia de mucosa oral y membrana timpánica, y microadenopatías laterocervicales. Al cuarto día desaparece totalmente la fiebre y aparece un exantema eritematoso morbiliforme, maculopapuloso de distribución en cara, tronco y extremidades. De los siguientes, ¿cuál es el diagnóstico más probable?:**
1. Eritema infeccioso o quinta enfermedad.
  2. Sarampión o primera enfermedad.
  3. Roséola, exantema súbito o sexta enfermedad.
  4. Escarlatina o segunda enfermedad.
- 80.** **Para el diagnóstico de enfermedad de Kawasaki clásica es necesaria la presencia de fiebre al menos cinco días y 4 de los principales signos de la enfermedad. De los siguientes, señale cuál NO SE CONSIDERA un signo principal:**
1. Eritema de las mucosas faríngea y oral con lengua en fresa y/o labios agrietados.
  2. Exantema polimorfo.
  3. Linfadenopatía cervical ( $> 1,5$  cm de diámetro) generalmente unilateral.
  4. Inyección conjuntival exudativa bilateral.

- 81. Entre las características clínicas siguientes relativas a la anorexia nerviosa, señale la afirmación correcta:**
1. Una forma clínica se asocia a atracones y conductas purgativas.
  2. Se distribuye por igual entre ambos sexos.
  3. La amenorrea es un criterio diagnóstico necesario de enfermedad en mujeres.
  4. Hay deseo de perder peso, pero con una percepción normal de la propia constitución.
- 82. En relación con las vacunas y los calendarios de vacunación en las comunidades autónomas españolas, señale la afirmación INCORRECTA:**
1. Las vacunas sistemáticas son aquellas que se administran de forma obligatoria a todos los niños según el calendario vacunal vigente en su comunidad autónoma.
  2. Las vacunas no sistemáticas son aquellas que no se administran de forma universal en todas las comunidades autónomas.
  3. El calendario vacunal se define como la secuencia cronológica de vacunas que se administra sistemáticamente en un país o área geográfica determinada.
  4. Los calendarios vacunales deben actualizarse de forma permanente según el desarrollo de nuevas vacunas o el cambio de incidencia de enfermedades en un área geográfica determinada.
- 83. Lactante de 14 meses que acude a urgencias por un cuadro de irritabilidad en las últimas 12 horas y heces sanguinolentas con moco. En la exploración destacan episodios de llanto, con flexión de las extremidades inferiores. En la palpación abdominal se objetiva una masa cilíndrica mal definida, incrementándose el llanto del niño cuando se presiona en la parte derecha del abdomen. ¿Cuál es su diagnóstico de sospecha y qué prueba realizaría para confirmarlo?:**
1. Apendicitis aguda. Ecografía abdominal.
  2. Invaginación intestinal. Ecografía abdominal.
  3. Apendicitis aguda. TC abdominal.
  4. Invaginación intestinal. TC abdominal.
- 84. Mujer de 13 años que acude a consulta por fiebre alta de 5 días de evolución, odinofagia, cefalea, dolor abdominal y astenia intensa que interfiere en su vida cotidiana. En la exploración se aprecian amígdalas rojas con membrana exudativa, maloliente. Se palpan adenopatías cervicales anteriores, posteriores, occipitales y epitrocleares. En el abdomen se palpa hígado a 1 cm y bazo a 3 cm del reborde costal. Ante esta clínica y exploración ¿qué estudio serológico pediría?:**
1. Sarampión.
  2. Rubeola.
  3. Epstein-Barr.
  4. Parvovirus B 19.
- 85. Respecto a la gastroenteritis aguda (GEA) en pediatría, señale la afirmación INCORRECTA:**
1. Los rotavirus son una causa infrecuente de GEA en los niños a nivel mundial.
  2. Los principales patógenos bacterianos que causan GEA son *Salmonella* no tifoidea, *Shigella*, *Campylobacter* y *Yersinia*.
  3. La enfermedad por *Clostridioides difficile* puede ser tanto nosocomial como adquirida en la comunidad en los niños.
  4. Entre los patógenos bacterianos que causan enfermedades vehiculadas por alimentos se incluyen *Bacillus cereus*, *Clostridium perfringens* y *Staphylococcus aureus*.
- 86. ¿Cuál de las siguientes vacunas NO debe administrarse a un lactante de 9 meses que tiene una inmunodeficiencia primaria combinada?:**
1. Vacuna antineumocócica conjugada 13-valente.
  2. Vacuna antigripal.
  3. Vacuna frente al rotavirus.
  4. Vacuna antimeningocócica tipo B.
- 87. En relación con los efectos secundarios de los antipsicóticos, señale la afirmación INCORRECTA:**
1. La aparición de síndrome metabólico es más frecuente con el uso de antipsicóticos típicos.
  2. La sedación es un efecto secundario frecuente con la mayoría de los antipsicóticos, más pronunciado al inicio del tratamiento.
  3. La discinesia tardía es un trastorno del movimiento involuntario que afecta con mayor frecuencia a la región orofacial, aparece tras la administración prolongada de antipsicóticos y puede ser irreversible.
  4. La acatisia es un efecto extrapiramidal para cuyo tratamiento puede estar indicada la adicción de benzodiazepinas o el uso de betabloqueantes.

- 88.** Varón de 71 años sin antecedentes psiquiátricos que presenta un cuadro de tres semanas de evolución caracterizado por déficit de memoria, inatención, insomnio, pérdida de peso, inquietud, angustia de predominio matutino e ideas delirantes de culpa y perjuicio. De los siguientes, el diagnóstico más probable es:
1. Catalepsia.
  2. Esquizofrenia de inicio tardío.
  3. Enfermedad de Alzheimer.
  4. Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.
- 89.** Acerca de la terapia combinada con psicofármacos y psicoterapia de los trastornos mentales, es cierto que:
1. Está indicada únicamente cuando han fracasado ambas formas de tratamiento por separado.
  2. El alivio rápido de los síntomas de ansiedad gracias a la medicación disminuye la motivación para la psicoterapia.
  3. Exige que un mismo profesional lleve a cabo las dos modalidades de tratamiento.
  4. Los resultados de la terapia combinada son superiores a los de cada una utilizada por separado.
- 90.** Indique cuál de los siguientes trastornos NO es un trastorno de ansiedad según el DSM-5:
1. Trastorno obsesivo-compulsivo.
  2. Mutismo selectivo.
  3. Fobia situacional.
  4. Trastorno de pánico.
- 91.** Varón de 26 años que ha presentado un primer episodio depresivo con remisión completa de la sintomatología con un primer antidepresivo en monoterapia. ¿Cuánto tiempo se recomienda mantener el tratamiento?:
1. En un primer episodio en pacientes jóvenes con buena respuesta se puede suspender el tratamiento al cabo de un mes.
  2. Se recomienda mantener el tratamiento durante un mínimo de tres meses tras la remisión.
  3. Se recomienda mantener el tratamiento durante un mínimo de seis meses tras la remisión.
  4. Se recomienda mantener el tratamiento durante un mínimo de dos años para prevenir recaídas.
- 92.** Indique que fármaco NO está indicado en el tratamiento de mantenimiento del trastorno bipolar:
1. Litio.
  2. Valproato.
  3. Carbamazepina.
  4. Clorazepato.
- 93.** La depresión mayor, especialmente si tiene carácter endógeno/melancólico, se caracteriza por una de las siguientes alteraciones:
1. Incremento del apetito.
  2. Disminución de la secreción de cortisol.
  3. Dificultad para despertarse por la mañana.
  4. Empeoramiento matutino.
- 94.** En psicogeriatría, cuando es preciso el uso de benzodiacepinas ¿cuál es de elección?:
1. Clorazepato.
  2. Lorazepam.
  3. Diazepam.
  4. Las benzodiacepinas están contraindicadas.
- 95.** En un paciente con un síndrome parkinsoniano de dos años de evolución, señale cuál de las siguientes manifestaciones clínicas le harían dudar de un diagnóstico de enfermedad de Parkinson:
1. Disartria grave.
  2. Ausencia de temblor.
  3. Presencia de un trastorno de conducta del sueño REM.
  4. Estreñimiento.
- 96.** Dentro de los síndromes parkinsonianos primarios, la enfermedad de Parkinson se produce por:
1. Una degeneración neuronal que afecta especialmente al globo pálido, sustancia reticular y oliva inferior y produce un déficit de dopamina.
  2. Una degeneración de los núcleos de la protuberancia, oliva inferior y el cerebelo.
  3. Una degeneración celular en la sustancia negra que disminuye la tasa de dopamina a nivel del estriado, lo que provoca una actividad subatlámica y palidal excesiva.
  4. Una degeneración neuronal progresiva a nivel cortical y de los ganglios basales.
- 97.** Un varón de 21 años comienza con un cuadro psiquiátrico consistente en alucinaciones, alteraciones conductuales y episodios de catatonía. En unos días se añade al cuadro un déficit de memoria y discinesias orales y al décimo día comienza con crisis convulsivas. ¿Cuál de las siguientes pruebas daría más información para el diagnóstico?:
1. RM cerebral con espectroscopia.
  2. EEG de larga duración con vídeo-EEG.
  3. Realizar un ciclo de tratamiento con metilprednisolona a dosis altas para valorar respuesta.
  4. Estudio en LCR y suero de autoanticuerpos autoinmunes específicos.

- 98. En los pacientes con esclerosis tuberosa (enfermedad de Bourneville) señale la respuesta INCORRECTA:**
1. Con frecuencia presentan crisis epilépticas.
  2. Suelen presentar angiofibromas faciales.
  3. El tumor cerebral más frecuente es el astrocitoma gigantocelular subependimario.
  4. Con frecuencia presentan neurinomas.
- 99. Mujer de 64 años que presenta dolor en la cara en el territorio de la tercera rama del V par. Respecto al diagnóstico de la neuralgia del trigémino, señale la afirmación INCORRECTA:**
1. Dolor lancinante de muy corta duración.
  2. El dolor tiene un punto gatillo, asociándose a la estimulación táctil de la zona afecta.
  3. El dolor puede desaparecer espontáneamente después de persistir semanas o meses.
  4. Se asocia a hipoestesia de la cara.
- 100. Con respecto a las crisis epilépticas posttraumáticas es cierto que:**
1. Son comunes inmediatamente después del impacto.
  2. Las lesiones penetrantes y la gravedad de la lesión son factores favorecedores.
  3. Está indicado el tratamiento anticomicial profiláctico.
  4. Tras un par de años de mayor riesgo los pacientes con lesiones graves tienen el mismo riesgo que la población general.
- 101. Mujer de 53 años sin antecedentes de interés que acude a urgencias por alteración del habla iniciada bruscamente una hora antes. En la exploración solo se objetiva una afasia motora. La TC craneal basal es normal. En la TC de perfusión hay un defecto de flujo en la región cortical frontal izquierda sin afectación en los mapas de volumen. En la angio-TC se objetiva un trombo en el segmento distal (M3-M4) de la arteria cerebral media izquierda. Señale cuál de los siguientes es el tratamiento más correcto:**
1. Trombectomía mecánica.
  2. Fibrinolisis endovenosa con rTPA.
  3. Fibrinolisis endovenosa y, si no se consigue recanalización, trombectomía mecánica.
  4. Anticoagulación con heparina sódica.
- 102. Respecto a la exploración neurológica de una lesión en la vía córtico-espinal, señale la afirmación INCORRECTA:**
1. Se encuentra debilidad global en todos los grupos musculares de los miembros afectados.
  2. El reflejo de Babinski está presente.
  3. Presenta hipertonía tipo rigidez.
  4. Existe hiperreflexia en los reflejos osteotendinosos rotulianos.
- 103. Varón de 52 años, diabético, que consulta por pie caído derecho indoloro. En la exploración hay debilidad del músculo tibial anterior y peroneos derechos, con reflejo rotuliano y aquileos preservados. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:**
1. Radiculopatía S1 derecha.
  2. Mononeuropatía del ciático poplíteo externo derecho.
  3. Radiculopatía L5 derecha.
  4. Amiotrofia diabética.
- 104. Un estudiante de 19 años sufre una primera crisis tónico-clónica generalizada mientras estaba tumbado en el sofá. La exploración neurológica es normal. En la anamnesis dirigida nos dice que esos días había dormido menos horas porque estaba de exámenes y que a veces, por las mañanas, tiene sacudidas en los brazos al coger la taza del desayuno. Su electroencefalograma muestra descargas de puntas y polipunta-onda generalizadas. Señale la respuesta INCORRECTA:**
1. Probablemente la RM craneal sea normal.
  2. No iniciaría tratamiento por ser una primera crisis.
  3. El diagnóstico más probable es una epilepsia mioclónica juvenil.
  4. Iniciaría tratamiento con valproato.
- 105. Varón de 25 años que ingresa en UCI tras una intoxicación farmacológica indeterminada. Por disminución progresiva del nivel de conciencia, sin mejoría con naloxona ni con flumazenilo, se decide intubación orotraqueal y ventilación mecánica invasiva. ¿Cuál de los siguientes fármacos NO utilizaría para realizar la intubación orotraqueal?:**
1. Quetiapina.
  2. Rocuronio.
  3. Etomidato.
  4. Fentanilo.

- 106.** Varón de 50 años con neumonía por *Legionella* que precisa ingreso en la UCI por insuficiencia respiratoria aguda. Debe ser intubado orotraquealmente y conectado a ventilación mecánica invasiva. Se diagnostica un síndrome de distrés respiratorio agudo y se le coloca en decúbito prono. Respecto a esta técnica posicional, señale la afirmación INCORRECTA:
1. Se realiza para intentar aumentar la relación entre la presión parcial de oxígeno y la fracción inspirada de oxígeno.
  2. Se realiza por personal entrenado para evitar complicaciones.
  3. La relación entre la presión parcial de oxígeno y la fracción inspirada de oxígeno por debajo de la cual se recomienda es de 300 mmHg.
  4. La posición en decúbito prono durante la ventilación mecánica invasiva precisa una sedación profunda.
- 107.** Ante una lesión diafisaria de húmero de carácter lítico que afecta a la totalidad del diámetro del hueso en un varón de 67 años con el antecedente de un cáncer de pulmón (supervivencia estimada superior a 2 años) y que le provoca dolor continuo mal controlado. ¿Cuál de las siguientes es la mejor actitud terapéutica?:
1. Actitud expectante, ya que se trata de un hueso sin carga, lo que reduce el riesgo de fractura.
  2. Aplicación de mórficos a dosis altas para controlar el dolor que le permitan realizar fisioterapia para recuperar la función.
  3. Ajustar un yeso de forma correcta para disminuir el riesgo de fractura.
  4. Colocación de un clavo endomedular acerojado.
- 108.** Acude a urgencias un paciente de 5 años con fiebre de 48 horas de evolución, con mala respuesta a los antitérmicos y rechazo al apoyo del miembro inferior izquierdo. En la exploración física se observa limitación de la movilidad de la cadera. En la analítica aumento de la PCR y leucocitosis. ¿Qué prueba complementaria se debe solicitar en primer lugar?:
1. Radiografía de cadera.
  2. Ecografía de cadera.
  3. RM de ambas caderas.
  4. Artrografía de cadera.
- 109.** Empleada de hogar de 35 años, sin antecedentes de interés, diestra, que refiere dolor en 5º dedo de mano izquierda y en cara interna de antebrazo izquierdo acompañado de acorachamiento y pérdida parcial de sensibilidad. ¿Cuál sería la primera sospecha diagnóstica?:
1. Síndrome del túnel carpiano.
  2. Hernia discal cervical C3-C4.
  3. Compresión cubital epitroclear.
  4. Tendinitis de De Quervain.
- 110.** Respecto a la pseudoartrosis del escafoides, señale la afirmación INCORRECTA:
1. Suele cursar con una necrosis del fragmento distal de la fractura.
  2. Puede cursar de manera asintomática.
  3. A largo plazo suele provocar una artrosis radiocarpiana.
  4. En estadios iniciales el tratamiento de elección es la fijación de la fractura y aporte de injerto óseo.
- 111.** Varón de 69 años, con índice de masa corporal 37 y gran obesidad central (abdominal) que aqueja dolor lumbar incapacitante que se extiende hasta ambas regiones glúteas, pero no irradia a miembros inferiores. Le impide permanecer de pie quieto y caminar más de 10 minutos, pero desaparece sentado y en la cama. La maniobra de Lasègue es negativa. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:
1. Hernia discal a nivel L5-S1.
  2. Estenosis de canal lumbar.
  3. Hernia discal a nivel L4-L5.
  4. Espondilodiscitis bacteriana.
- 112.** Paciente de 58 años que sufre una neumonía por COVID 19 que precisa intubación con ventilación mecánica en UCI. A la semana se realiza una traqueostomía y sigue precisando ventilación mecánica. Se detecta un déficit motor en las cuatro extremidades con hiporreflexia generalizada. La orientación diagnóstica inicial y la actitud terapéutica a seguir serán:
1. Síndrome de Guillain-Barré. Confirmar el diagnóstico con pruebas complementarias.
  2. Síndrome postCOVID. Rehabilitación respiratoria.
  3. Miopatía del enfermo crítico. Corticoides y pruebas complementarias.
  4. Miopatía del enfermo crítico. Rehabilitación respiratoria y motora intensivas.

- 113. Mujer de 82 años con antecedentes de insuficiencia cardíaca congestiva y cáncer de mama que consulta por una fractura de muñeca izquierda. La fractura es estable, no es conminuta ni presenta trazos intraarticulares. ¿Cuál de los siguientes tratamientos es el más adecuado?:**
1. Reducción cerrada y yeso antebraquial.
  2. Artroplastia total de muñeca.
  3. Osteosíntesis con placas dorsal y volar.
  4. No inmovilizar, rehabilitación inmediata.
- 114. Varón de 55 años sin antecedentes de interés que tras realizar un esfuerzo nota dolor lumbar irradiado hacia el miembro inferior derecho por la parte anterolateral del muslo y cara anterior de la rodilla. Exploración: maniobra de Lasègue positiva a 40 °, reflejo rotuliano disminuido y dificultad para la marcha de talones. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:**
1. Hernia discal L2-L3 derecha.
  2. Hernia discal L3-L4 derecha.
  3. Hernia discal L4-L5 derecha.
  4. Hernia discal L5-S1 derecha.
- 115. Varón de 55 años con antecedentes de hiperuricemía que acude a urgencias por presentar un primer episodio de dolor agudo muy intenso e invalidante en rodilla derecha acompañado de enrojecimiento, tumefacción e hinchazón. Febrícula de 37,5 °C. ¿Cuál de las siguientes es la actitud más recomendable a seguir?:**
1. Realizar artrocentesis y enviar el líquido sinovial al laboratorio para evaluar presencia de cristales y gérmenes.
  2. Empezar tratamiento con colchicina porque está sufriendo un episodio de gota.
  3. Empezar tratamiento con un AINE y alopurinol para tratar el episodio de gota y la hiperuricemía.
  4. Empezar tratamiento con un AINE, alopurinol y un antibiótico para tratar el episodio de gota, la hiperuricemía y la probable infección.
- 116. Mujer de 81 años asmática que utiliza los corticoides de forma frecuente para controlar los brotes de broncoespasmo y que consulta porque tiene un dolor agudo intenso en la región dorso-lumbar después de caer en casa desde una silla. ¿Cuál de las siguientes es la actitud más recomendable a seguir?:**
1. Solicitar de forma urgente radiografías de columna dorsal y lumbar y pautar tratamiento analgésico para el dolor.
  2. Solicitar una RM de columna dorsal y lumbar y pautar tratamiento analgésico y reposo para el dolor.
  3. Pautar tratamiento analgésico y empezar tratamiento antirreabsortivo.
  4. Solicitar una densitometría, pautar tratamiento analgésico y empezar con tratamiento antireabsortivo, calcio y vitamina D.
- 117. Varón de 29 años que acude por dolor lumbar y edema de las manos de varias semanas de evolución, junto a visión borrosa y ojos rojos. Ha tenido varias relaciones sexuales sin protección y en su familia hay casos de psoriasis. En la exploración física presenta temperatura 37,5 °C, inyección conjuntival bilateral e hinchazón de la parte distal de los dedos y de la muñeca de lado izquierdo, con maniobras sacroiliacas positivas. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:**
1. Artritis reactiva.
  2. Artritis psoriásica.
  3. Artritis enteropática.
  4. Espondilitis anquilosante.
- 118. Mujer de 43 años, nadadora profesional, sin antecedentes de interés, que refiere hinchazón y pesadez de brazo derecho de 72 horas de evolución. En la exploración destaca edema de miembro superior derecho con presencia de venas dilatadas en región pectoral. En relación con el enfoque diagnóstico, señale la respuesta INCORRECTA:**
1. El eco-Doppler color es de gran valor como primera prueba diagnóstica.
  2. Debe realizarse una radiografía simple de tórax para detectar anomalías óseas.
  3. La angio-TC permite el diagnóstico de confirmación.
  4. Debe realizarse una flebografía para confirmar la presencia de trombosis venosa axilo-subclavia.

- 119.** Varón de 75 años que refiere disnea progresiva, con una tolerancia al esfuerzo cada vez menor. Refiere síncope en dos ocasiones en los últimos meses, coincidiendo con un esfuerzo moderado y refiere dolor torácico ocasional que aumenta con el esfuerzo. En la exploración destaca la presencia de pulso arterial de características *parvus et tardus* y un soplo mesosistólico. La analítica es normal excepto por una creatinina de 2,2 mg/dL. El cálculo de riesgo quirúrgico establece un riesgo intermedio. Señale cuál de las siguientes opciones terapéuticas es la más indicada:
1. Reemplazo quirúrgico de la válvula mitral.
  2. Implante percutáneo de la válvula aórtica (TAVI).
  3. Reemplazo quirúrgico de la válvula aórtica.
  4. Valvulotomía mitral percutánea.
- 120.** ¿Cuál de los siguientes criterios se considera de alto riesgo en la estratificación de un síncope?:
1. Síncope producido al rotar la cabeza o presionar el seno carotídeo.
  2. Síncope durante el esfuerzo o en decúbito supino.
  3. Síncope después de una visión, sonido u olor desagradable.
  4. Bloqueo auriculoventricular de segundo grado Mobitz I.
- 121.** ¿Cuál de los siguientes NO es un criterio para el diagnóstico de endocarditis infecciosa?:
1. Presencia de fenómenos embólicos arteriales mayores.
  2. Un único hemocultivo positivo para *Coxiella burnetii*.
  3. Al menos dos hemocultivos positivos extraídos con un intervalo > 12 horas de microorganismos compatibles con una endocarditis infecciosa.
  4. Presencia de anemia hemolítica.
- 122.** En relación con el taponamiento cardíaco, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?:
1. Las manifestaciones ecocardiográficas y los cambios hemodinámicos se producen con anterioridad a la aparición de las manifestaciones clínicas.
  2. Es típica la hipotensión, la taquicardia, la disminución de la presión venosa yugular y unos ruidos cardíacos atenuados.
  3. El volumen de líquido pericárdico necesario para producir taponamiento es similar en una pericarditis aguda que en una pericarditis crónica.
  4. El pulso paradójico es un dato de la exploración física característico que se define como un descenso de 5-10 mmHg en la tensión arterial sistólica durante la inspiración.
- 123.** Señale cuál de las siguientes taquicardias NO se explica por un mecanismo de reentrada:
1. Flutter o aleteo auricular.
  2. Taquicardia ventricular polimórfica tipo *torsade de pointes*.
  3. Taquicardia aurículo-ventricular recíproca en el síndrome de Wolff-Parkinson-White.
  4. Taquicardias asociadas a defectos del tabique interauricular.
- 124.** Varón de 68 años portador de una válvula mecánica mitral, anticoagulado con acenocumarol, que presenta un INR de 9 en un control rutinario en su centro de salud. No tiene síntomas de sangrado en el momento actual. ¿Cuál de las siguientes es la actitud más correcta?:
1. Suspender el tratamiento con acenocumarol y administrar 10 mg de vitamina K en infusión intravenosa lenta, que se repetirá cada 12 horas si fuera necesario.
  2. Suspender el acenocumarol y remitir al paciente a un centro hospitalario para vigilar la aparición de sangrado.
  3. Suspender temporalmente el acenocumarol y reanudar la anticoagulación cuando se haya alcanzado el intervalo terapéutico, calculando de nuevo la dosis.
  4. Iniciar la administración de concentrado de complejo de protrombina o plasma fresco congelado según el peso.
- 125.** Paciente de 71 años de edad, diabético, sin otras comorbilidades, diagnosticado previamente de estenosis aórtica grave. Ingresa por un síndrome coronario agudo sin elevación del ST, Killip I con un pico de troponinas ligeramente elevado. El cateterismo muestra enfermedad coronaria con lesiones proximales significativas de los tres vasos coronarios. Su función ventricular es normal. ¿Cuál de las siguientes estrategias terapéuticas es la más correcta?:
1. Tratamiento intervencionista con la implantación de stents coronarios en los 3 vasos e implantación simultánea de una bioprótesis aórtica transcatéter (TAVI).
  2. Prótesis valvular aórtica mecánica quirúrgica, seguida de un tratamiento intervencionista percutáneo coronario en un segundo tiempo.
  3. Prótesis aórtica biológica transcatéter (TAVI) y luego, de manera ambulatoria, tratar percutáneamente las arterias coronarias con stents.
  4. Tratamiento quirúrgico simultáneo con reemplazo valvular y revascularización quirúrgica coronaria con bypass.

- 126.** Varón de 72 años que acude a urgencias por fiebre, tos y expectoración purulenta de tres días de evolución. En la exploración está orientado y con buen nivel de conciencia. TA 110/75 mmHg, frecuencia respiratoria 32 respiraciones/min. En la auscultación pulmonar presenta crepitantes en campo medio del hemitórax derecho. La radiografía de tórax muestra un infiltrado alveolar en lóbulo medio. Señale la afirmación correcta sobre los criterios de gravedad recogidos en la escala CRB-65 y la actitud a seguir:
1. Puntuación de 0 puntos y sería tributario de alta y tratamiento ambulatorio.
  2. Puntuación de 1 punto y sería tributario de alta y tratamiento ambulatorio dependiendo de criterio del médico.
  3. Puntuación de 2 puntos y puede requerir ingreso hospitalario dependiendo del criterio del médico.
  4. Puntuación de 3 puntos y requiere ingreso hospitalario.
- 127.** Varón de 67 años diagnosticado de EPOC con una categoría GOLD 1, fumador, que refiere disnea con esfuerzos intensos, sin exacerbaciones. ¿Cuál de las siguientes sería la recomendación terapéutica más correcta?:
1. Tratamiento regular con broncodilatadores muscarínicos de acción prolongada (LAMA).
  2. Tratamiento regular con broncodilatadores betaadrenérgicos de acción prolongada (LABA).
  3. Tratamiento con LABA más glucocorticoides inhalados.
  4. Tratamiento no farmacológico.
- 128.** Mujer de 70 años ingresada por traumatismo craneoencefálico grave con hemorragia subaracnoidea secundaria. El segundo día de ingreso presenta episodio de disnea y dolor torácico. Se realiza angioTC de tórax que confirma el diagnóstico de tromboembolismo de pulmón. El tratamiento de elección es:
1. Heparina de bajo peso molecular.
  2. Rivaroxaban.
  3. Acenocumarol.
  4. Filtro de vena cava inferior.
- 129.** Acude al servicio de urgencias un varón de 38 años diagnosticado de asma bronquial, sin otras comorbilidades. Refiere aumento de su disnea que le imposibilita para hablar y ortopnea. En la exploración se observa taquicardia de 125 lpm, sudoración y utilización de los músculos accesorios para respirar. Indique cuál de los siguientes es un signo de gravedad, de mala evolución y probablemente de indicación de ventilación mecánica:
1. Pulso paradójico.
  2. Frecuencia respiratoria >25 respiraciones/minuto.
  3. Silencio pulmonar en la auscultación.
  4. Cianosis.
- 130.** Varón de 58 años con cirrosis compensada Child A-5 secundaria a hígado graso no alcohólico, sin otros antecedentes. Refiere astenia sin anorexia ni pérdida de peso. En una ecografía abdominal de cribado y posteriormente en una TC toracoabdominal trifásica se detectan cuatro lesiones hepáticas (una de ellas de 6 cm), hipervasculares en fase arterial y con lavado en fase venosa, con invasión de vena porta y sin metástasis extrahepáticas. No se observa ascitis. ¿Cuál de los siguientes es el mejor tratamiento?:
1. Quimioembolización transarterial.
  2. Sorafenib.
  3. Trasplante hepático.
  4. Ablación con radiofrecuencia.
- 131.** Paciente de 71 años que consulta por ictericia con bilirrubina total 6 mg/dL (bilirrubina directa 4 mg/dL), transaminasas normales y elevación de GGT 349 U/L y fosfatasa alcalina 260 U/L. En la ecografía de abdomen se aprecia dilatación de la vía biliar intra y extrahepática. No tiene dolor y refiere pérdida de peso de unos 5 kg en el último mes. Se le realiza una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica apreciándose una estenosis abrupta del colédoco distal. ¿Cuál es su primera sospecha diagnóstica?:
1. Colangitis esclerosante primaria.
  2. Coledocolitiasis.
  3. Cáncer de páncreas.
  4. Hepatitis aguda.

**132.** **Mujer de 24 años intervenida hace un año de endometriosis tras presentar episodios de dolor abdominal intensos especialmente relacionados con el ciclo menstrual, acompañados ocasionalmente de náuseas y vómitos. A pesar de la intervención no ha apreciado ninguna mejoría, con progresivo empeoramiento y extensión del dolor a todo el cuerpo, junto con debilidad de extremidades. Los análisis rutinarios son normales, los anticuerpos antinucleares y el factor reumatoide son negativos, solo existe alguna analítica aislada con un Na de 132 mEq/L y alguna ALT (GOT) discretamente elevada. Ecografía abdominal y TC abdominopélvica recientes normales. Hace dos meses le diagnosticaron de depresión y fibromialgia. El tratamiento antidepresivo y analgésico con derivados opiáceos no parece tener ningún efecto. Lleva meses sin apenas levantarse de la cama. Nos piden una segunda opinión. Indica cuál de las siguientes pruebas diagnósticas deberíamos comprobar que ha sido realizada:**

1. Estudio del gen MEFV.
2. Porfobilinógeno y ácido aminolevulínico en orina.
3. Anticuerpos antimitocondriales en sangre.
4. Calprotectina en heces.

**133.** **Paciente de 45 años con un episodio de colecistitis hace tres meses en el que se encontró colelitiasis por ecografía. Ahora presenta fosfatasa alcalina alta y en una nueva ecografía litiasis vesiculares de pequeño tamaño con vía biliar de 1 cm de diámetro. ¿Qué exploración de las siguientes realizaría antes de la intervención quirúrgica?:**

1. Colangiografía retrógrada endoscópica.
2. Ecoendoscopia.
3. Colangiografía transparietohepática.
4. Colangiorresonancia.

**134.** **¿Cuál de los siguientes tipos de apendicitis aguda cursa más frecuentemente con signo del psoas positivo?:**

1. Apendicitis pélvica.
2. Apendicitis mesoceliaca.
3. Apendicitis retrocecal.
4. Apendicitis medioinguinal.

**135. Respecto a la fisura anal, señale la afirmación INCORRECTA:**

1. Consiste en un desgarro longitudinal de la piel que recubre la porción del canal anal distal a la línea dentada y origina un dolor intenso con la defecación.
2. Tiene dos formas típicas: la primaria o idiopática aparece en individuos sanos y no se asocia a ningún tipo de enfermedad; la secundaria se detecta en pacientes que sufren otro proceso.
3. La mayoría de las fisuras primarias se localizan en la comisura anterior, al ser ésta una zona del canal anal más susceptible al traumatismo y a la isquemia de la mucosa.
4. Las fisuras secundarias a otras enfermedades aparecen con frecuencia en posiciones más laterales.

**136. Mujer de 32 años, embarazada de 10 semanas, que presenta en control rutinario bacteriuria asintomática. ¿Cuál de las siguientes medidas le parece más apropiada?:**

1. Vigilancia estrecha y si aparecen síntomas iniciar tratamiento antibiótico empírico con amoxicilina 7-10 días.
2. Tratamiento empírico con fosfomicina a dosis única de 3 g y, si persiste la bacteriuria, urocultivo para valorar la sensibilidad.
3. Tomar muestra para urocultivo y comenzar de inmediato tratamiento empírico con betalactámicos durante 4-7 días.
4. Ecografía para descartar complicaciones, urocultivo e iniciar tratamiento empírico con nitrofurantoína 5-7 días.

**137. Varón de 45 años que es traído a urgencias por presentar crisis tónico-clónicas en la vía pública. Se encuentra confundido y con respuestas poco coherentes e imprecisas. Revisando su historia, vemos que está diagnosticado de esquizofrenia y cuadro depresivo, pero parece que lleva unas semanas sin tomar el tratamiento. Exploración: estuporoso, sin otros hallazgos. Analítica con hemograma normal, glucosa 98 mg/dL, urea 37 mg/dL, creatinina 0,8 mg/dL, Na 118 mEq/L, K 3,4 mEq/L, Ca 9,7 mg/dL, osmolaridad sérica 252 mOsm/kg, osmolaridad urinaria 78 mOsm/kg, densidad de orina 1002, sedimento normal. ¿Cuál es la causa más probable de sus alteraciones electrolíticas?:**

1. Insuficiencia suprarrenal.
2. Polidipsia primaria.
3. Diabetes insípida.
4. Síndrome de secreción inadecuada de ADH.

**138.** Paciente de 36 años que acude a urgencias por mal estado general. No tiene analíticas previas. Se detecta creatinina 10 mg/dL, Hb 6,5 g/L, ausencia de microalbuminuria, PTH 500 pg/ml, diuresis total conservada. Ecografía: riñones reducidos de tamaño. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos es más probable?:

1. Poliquistosis renal autosómica dominante.
2. Glomerulonefritis rápidamente evolutiva.
3. Nefropatía tubulointersticial crónica.
4. Nefropatía diabética.

**139.** Varón de 34 años, que acude a urgencias por disnea de tres semanas de evolución, junto a la presencia de orina roja intermitente en los últimos diez días. En la exploración física presenta: temperatura 36,6 °C, TA 132/72 mmHg, frecuencia respiratoria 16 rpm y cardiaca 88 lpm, junto a crepitantes finos diseminados en la auscultación pulmonar. Analítica de sangre: BUN 56 mg/dL, creatinina 5,8 mg/dL. Análisis de orina: hemáties 4+, proteínas 2+. Se realiza una biopsia renal que revela una glomerulonefritis difusa con semilunas. ¿Cuál de las siguientes pruebas confirmaría el diagnóstico?:

1. Concentración de complemento C3.
2. Títulos de anticuerpos antimembrana basal glomerular.
3. Títulos de antiestreptolisina O.
4. Cultivo de heces para *Escherichia coli* O157:H7.

**140.** En relación con la prostatectomía radical para el tratamiento del cáncer de próstata, señale la respuesta INCORRECTA:

1. Los factores relacionados con la continencia después de una prostatectomía radical incluyen edad avanzada, longitud de la uretra y experiencia del cirujano.
2. La recuperación de la función eréctil tras la prostatectomía radical se asocia con individuos más jóvenes, calidad de las erecciones antes de la operación y ausencia de daño a los haces neurovasculares.
3. El alprostadilo puede ayudar a recuperar una función sexual satisfactoria.
4. Un PSA >0,01 tras una prostatectomía radical es indicativo de recidiva bioquímica.

**141.** En el cáncer de próstata es cierto que:

1. Los pacientes con enfermedad clínicamente localizada se tratan con prostatectomía radical, radioterapia o vigilancia activa.
2. Para su diagnóstico, los esquemas contemporáneos aconsejan biopsias con 10 cilindros.
3. Despues de la prostatectomía radical, el PSA se vuelve indetectable en sangre en dos semanas.
4. En su tratamiento se utilizan antiandrógenos no esteroideos de primera generación, como bicalutamida y abiraterona.

**142.** Varón de 73 años que acude a urgencias por dolor en zona lumbosacra que irradia hacia ambos flancos e hipogastrio de dos semanas de evolución que no cede con ibuprofeno a dosis altas. Tiene antecedentes de hipertensión, aneurisma de aorta infrarenal y hernia discal L5-S1. Refiere pérdida de 6 kg de peso en el último mes. Exploración: Regular estado general, palidez mucocutánea y puñopercusión renal dudosa bilateral, sin otros hallazgos. Analítica: Hb 8,2 g/dL, VCM 81 fL, leucocitos 6.330 (fórmula normal), glucosa 89 mg/dL, urea 228 mg/dL, creatinina 5,4 mg/dL, Na 134 mEq/L, K 5,1mEq/L, Ca 11,3 mg/dL, proteínas totales 8,2 g/dL, albúmina 3,0 g/dL, PCR 0,54 mg/dL. Orina: proteínas 30 mg/dL con proteinuria estimada 1,5 g/24h. Sedimento de orina: leucocitos 20-30/campo, eritrocitos >50/campo. ¿Qué diagnóstico le parece más probable como causa del fracaso renal?:

1. Nefropatía intersticial aguda por analgésicos.
2. Mieloma múltiple.
3. Pielonefritis aguda.
4. Progresión del aneurisma aórtico con afectación bilateral de las arterias renales.

**143.** Varón de 35 años, diagnosticado de hemofilia A desde la infancia, que recibe un trasplante hepático por hepatopatía crónica por virus de hepatitis C. Seis meses después del procedimiento presenta un estudio de coagulación normal con actividad de factor VIII del 100 %. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?:

1. La hemofilia se ha curado ya que el factor VIII se sintetiza en el hígado.
2. El tratamiento inmunosupresor ha solucionado el problema ya que estamos ante un cuadro autoinmune.
3. La larga vida media de los factores antihemofílicos usados en el trasplante hace que su efecto perdure varios meses.
4. Solo puede tratarse de un error o artefacto de laboratorio, ya que la hemofilia A es una enfermedad genética incurable hoy en día.

- 144. La radioterapia en el tratamiento del cáncer de mama localmente avanzado y pronóstico molecular adverso:**
1. Debe incluir las regiones ganglionares locoregionales.
  2. Está contraindicada después de la mastectomía.
  3. Está contraindicada después de la quimioterapia neoadyuvante.
  4. Su mejor alternativa estética es la irradiación parcial de la mama.
- 145. En relación con el tratamiento con radioterapia, señale la respuesta INCORRECTA:**
1. Puede ser una alternativa de tratamiento curativo en diversas situaciones en oncología.
  2. Se emplea también para determinadas patologías benignas.
  3. Está contraindicada para el tratamiento de tumores pediátricos.
  4. Tiene una demostrada utilidad en el control del dolor por metástasis óseas.
- 146. Varón de 41 años ingresado en la UCI por neumonía grave que precisa intubación y administración de catecolaminas. A la exploración se observa sangrado alrededor de los lugares de venopunción. Sus resultados de laboratorio son: 15.500 leucocitos; Hb 10,4 g/dL; Hcto 32 %; 52.000 plaquetas; LDH 820 U (normal 110-210); recuento de reticulocitos 4 %. ¿Cuál de los siguientes resultados NO es de esperar en este paciente?:**
1. Fibrinógeno bajo.
  2. Concentración elevada de antitrombina y proteína C.
  3. Tiempo de protrombina y tiempo parcial de tromboplastina activada alargados.
  4. Presencia de productos de degradación de la fibrina (dímero D).
- 147. La realización de la biopsia selectiva del ganglio centinela y el mapa linfático en el cáncer de mama:**
1. Está indicada en el cáncer de mama diseminado.
  2. Está indicada si hay afectación clínica de los ganglios axilares.
  3. Si es negativa no necesita ampliar la cirugía axilar.
  4. No está indicada en varones con cáncer de mama.
- 148. Paciente con diagnóstico de glioblastoma multiforme. El informe de anatomía patológica refiere la presencia de metilación del promotor del gen MGMT (metil guanina metil transferasa). Con respecto al tratamiento de este paciente:**
1. Esta información no es relevante.
  2. La presencia de la metilación aumenta la supervivencia en pacientes tratados con temozolamida.
  3. La presencia de la metilación contraindicaría el tratamiento con temozolamida.
  4. La presencia de la metilación nos apoyaría la decisión de tratamiento con cisplatino frente al uso de un agente alquilante.
- 149. Varón de 65 años que consulta por astenia progresiva y sensación de hormigueo en manos y pies. En la exploración física presenta tez amarillenta y disminución de la sensibilidad vibratoria y posicional en zonas distales. En el hemograma se observa VCM 120 fl con anisocitosis. Lo más probable es que padezca:**
1. Mielopatía cervicoartrósica.
  2. Mielitis necrosante subaguda.
  3. Mielosis funicular.
  4. Mielopatía crónica de la esclerosis múltiple.
- 150. Varón de 19 años, asintomático, que presenta en una analítica preoperatoria una trombopenia (plaquetas  $43 \times 10^9/L$ ) con niveles de hemoglobina y leucocitos normales. ¿Cuál de las siguientes actuaciones hay que realizar en primer lugar?:**
1. Iniciar tratamiento con prednisona vía oral.
  2. Realizar una biopsia de medula ósea para ver si la trombopenia es de origen central o periférico.
  3. Realizar un examen morfológico del frotis sanguíneo para descartar la presencia de agregados plaquetarios inducidos por el anticoagulante.
  4. Transfundir un concentrado de plaquetas para evitar un problema hemorrágico.
- 151. Uno de los siguientes mecanismos NO se ha propuesto en la patogenia básica del delirium en el paciente mayor:**
1. La neuroinflamación.
  2. El estrés oxidativo.
  3. La excesiva actividad colinérgica.
  4. El exceso de dopamina.

**152.** **Mujer de 79 años con antecedentes de HTA y gonartrosis bilateral, independiente para las actividades de la vida diaria, vive sola. Durante una visita al médico de familia se valora la sarcopenia. Realiza el test de levantarse de la silla para 5 elevaciones en 20 segundos, y el test *Timed Up and Go* en 26 segundos. Señale la respuesta correcta:**

1. No presenta riesgo de caídas.
2. Tiene el diagnóstico de sarcopenia confirmada.
3. Si tuviera sarcopenia, ésta sería grave
4. No se sospecha sarcopenia.

**153.** **El *Short Physical Performance Battery* (SPPB) es una prueba de rendimiento físico empleada para la valoración de la función física, de la fragilidad y del riesgo de caídas en los mayores. ¿Qué aspectos se evalúan en este test?:**

1. El equilibrio, la velocidad de la marcha y la capacidad para subir y bajar escaleras.
2. El equilibrio, la velocidad de la marcha y la capacidad para levantarse y sentarse de una silla.
3. El equilibrio, la velocidad de la marcha y la resistencia de los miembros superiores.
4. El equilibrio, la capacidad para subir y bajar escaleras y la capacidad para levantarse y sentarse de una silla.

**154.** **En relación con la valoración funcional del paciente mayor, señale la respuesta INCORRECTA:**

1. Debe interpretarse como una medida global de la repercusión general de los problemas de salud en el paciente mayor.
2. Existe una jerarquía progresiva obligada tanto para la adquisición como para la pérdida de las actividades de la vida diaria (AVD), desde las instrumentales hasta las avanzadas.
3. En los pacientes mayores hospitalizados, se debe usar el estado funcional previo al ingreso hospitalario, para establecer así el plan de tratamiento y poner en marcha los objetivos realistas de la intervención.
4. Se suele medir con informes autorreferidos o notificados por una tercera persona, aunque en ocasiones, algunos miembros del equipo realizan una evaluación estructurada para medir la capacidad funcional real.

**155. Respecto a las prescripciones potencialmente inadecuadas en la persona mayor, es cierto que:**

1. Las benzodiacepinas no aumentan el riesgo de caídas.
2. No existen criterios que faciliten la correcta prescripción de fármacos en este grupo de población.
3. Se recomienda la utilización de metformina en diabéticos con filtrados glomerulares menores de 30 ml/min.
4. Los estrógenos tópicos vaginales o el pesario con estrógenos están indicados para la vaginitis atrófica sintomática.

**156. ¿Cuál de los siguientes factores NO se ha asociado específicamente a un mayor riesgo de caídas en personas mayores?:**

1. Osteoporosis.
2. Déficit visual.
3. Artrosis.
4. Polifarmacia.

**157. Mujer de 63 años con diabetes mellitus tipo 2 de siete años de evolución, en tratamiento con metformina. HbA1c 7,6 %, índice de masa corporal 41,3 kg/m<sup>2</sup>. Para el tratamiento de la obesidad en esta paciente ¿cuál es la mejor opción de las siguientes?:**

1. Pioglitazona.
2. Empagliflozina.
3. Semaglutida.
4. Alogliptina.

**158. En el manejo perioperatorio del control glucémico en un paciente diabético sometido a una arthroplastia de cadera señale la afirmación INCORRECTA:**

1. El control glucémico intensivo en el periodo perioperatorio por lo común se acompaña de mejoría en los resultados.
2. Las cifras de glucemia deseadas se situarán entre 100 y 180 mg/100mL en el periodo perioperatorio.
3. Si el control glucémico es muy deficiente (HbA1c >9 %) debería intentarse su optimización antes de la cirugía.
4. La optimización del control glucémico perioperatorio reduce las infecciones y, en pacientes quirúrgicos críticos, puede reducir la mortalidad.

- 159. Varón de 37 años con diagnóstico de carcinoma medular de tiroides de 2,6 cm, sin datos de afectación ganglionar en el estudio preoperatorio, tratado mediante tiroidectomía total y linfadenectomía del compartimento central; estadio T2N0M0, estadio I. Para el abordaje correcto de la enfermedad, hay que tener en cuenta múltiples aspectos. Seleccione la respuesta correcta:**
1. El carcinoma medular de tiroides es el segundo tipo histológico de cáncer de tiroides más frecuente y se puede encontrar en el contexto de un síndrome de neoplasia endocrina múltiple tipo 2.
  2. En la mayoría de los casos es esporádico y para el seguimiento bioquímico de la enfermedad se pueden usar tanto la calcitonina, como el CEA o la tiroglobulina.
  3. El tratamiento sustitutivo con levotiroxina debe ajustarse para conseguir una TSH suprimida.
  4. Siempre está indicado el estudio genético del protooncogen RET, ya que se puede encontrar mutado tanto en los carcinomas medulares hereditarios como en los esporádicos.
- 160. Mujer de 24 años que consulta por odinofagia intensa de dos días de duración. Indica que tuvo mialgias y tos seca unos diez días antes, que se alivió la semana pasada. Se siente temblorosa y con sudoración. La exploración no muestra eritema o exudado faríngeo, pero sí dolor a la palpación en región anterior cervical baja, sin nódulos, masas ni adenopatías. En la exploración física tiene pulso 110 lpm, temperatura 38,2 °C y un ligero temblor en reposo. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:**
1. Tiroiditis subaguda.
  2. Tiroiditis linfocitaria focal.
  3. Tiroiditis aguda o infecciosa.
  4. Enfermedad de Graves-Basedow.
- 161. Mujer de 83 años ingresada desde hace 20 días por diverticulitis aguda complicada. Como parte de su tratamiento ha precisado una sigmoidectomía y recibe antibioterapia intravenosa con ertapenem desde hace 8 días. Presenta en los últimos días diarrea sin productos patológicos, ingestas del 25 % de lo recomendado y pérdida de 9 kg desde el momento del ingreso; actualmente pesa 75 kg y mide 1,55 m, IMC 31,2 kg/m<sup>2</sup>. Respecto a su estado nutricional ¿cuál es el diagnóstico más probable?:**
1. No presenta alteración del estado nutricional.
  2. Desnutrición grave relacionada con la enfermedad aguda.
  3. Fallo intestinal por síndrome de intestino corto.
  4. Obesidad grado II.
- 162. En relación con la hiperprolactinemia, señale la afirmación INCORRECTA:**
1. La hiperprolactinemia puede estar ocasionada por fármacos.
  2. El hipertiroidismo provoca elevación de prolactina.
  3. El tratamiento médico de elección son los agonistas dopamínergicos.
  4. Causa amenorrea hipogonadotropa.
- 163. Varón de 24 años con ginecomastia bilateral, vello corporal escaso, testes de 3 cc, firmes, testosterona total 257 ng/dL (N>350), LH 11 mUI/mL (N<10), FSH 24 mUI/mL (N<10). El siguiente paso en el diagnóstico es:**
1. Cariotipo.
  2. Biopsia testicular.
  3. RM de hipófisis.
  4. Estudio del receptor de FSH.
- 164. Varón de 80 años procedente de una residencia que presenta una sepsis de origen urinario que no ha respondido al tratamiento empírico con ceftriaxona. En los hemocultivos y urocultivos crece *E. coli* resistente a cefalosporinas. El laboratorio nos informa que es una cepa productora de betalactamasas de espectro extendido. ¿Qué antibiótico, entre los siguientes, debe utilizarse?:**
1. Ertapenem.
  2. Amoxicilina/clavulánico.
  3. Tigeciclina.
  4. Ceftazidima.
- 165. Varón que consulta por haber tenido, hace 48 horas, una relación sexual de riesgo sin protección, con eyaculación, con una persona con VIH que está en tratamiento antirretroviral y mantiene una carga viral indetectable desde hace años. La prueba de VIH hecha al paciente en ese momento en urgencias es negativa. ¿Cuál es la mejor recomendación que debemos darle?:**
1. No debe hacer nada, ya que el riesgo de transmisión del VIH es insignificante.
  2. Debe recomendarse gammaglobulina IV en las primeras 72 horas.
  3. Debe hacer profilaxis postexposición frente al VIH durante 28 días.
  4. Podría haber realizado profilaxis postexposición, pero ya es tarde para iniciarla.

- 166.** Varón de 34 años diagnosticado de otitis media 5 días antes, sin otros antecedentes, que comienza con fiebre de 39 °C, cefalea y rigidez de nuca. Se realiza una punción lumbar que es sugerente de meningitis bacteriana. Decide iniciar tratamiento empírico hasta recibir el cultivo y los resultados del antibiograma. ¿Cuál de los siguientes sería el mejor tratamiento?:
1. Ceftriaxona más vancomicina.
  2. Cefotaxima más ampicilina.
  3. Moxifloxacino más vancomicina.
  4. Meropenem más ampicilina.
- 167.** Mujer de 67 años que sufrió dos meses antes de la consulta una infección por *Clostridiooides difficile*. Acude por un nuevo cuadro compatible con una infección recurrente por el mismo germe. ¿Cuál es el tratamiento más eficaz para evitar recurrencias adicionales de la infección?:
1. Metronidazol.
  2. Fidaxomicina.
  3. Vancomicina.
  4. Rifaxamina.
- 168.** Un paciente de 22 años presenta síntomas de proctitis, con moco, tenesmo rectal y fiebre. En la exploración se encuentra febril y presenta adenopatías inguinales bilaterales. La PCR del exudado rectal muestra *Chlamydia trachomatis* serovar linfogranuloma venéreo. ¿Cuál de los siguientes es el mejor tratamiento?:
1. Doxiciclina 100 mg cada 12 horas durante 21 días.
  2. Cloxacilina 500 mg cada 6 horas durante 7 días.
  3. Ceftriaxona 0,5 g IM (una única dosis) y azitromicina 1 g VO (una única dosis).
  4. Moxifloxacino 400 mg una vez al día durante 7 días.
- 169.** En las faringitis causadas por *Streptococcus pyogenes* del grupo A es cierto que:
1. El cuadro clínico es diagnóstico: fiebre elevada, malestar general, dolor de garganta y en ocasiones, adenopatías.
  2. Los test de diagnóstico rápido presentan una elevada sensibilidad, por lo que si el resultado es positivo podemos establecer un diagnóstico definitivo.
  3. La pauta de tratamiento de elección es amoxicilina-clavulánico 875 mg cada 8 horas durante 10 días.
  4. El tratamiento antibiótico ha demostrado reducir la posibilidad de fiebre reumática pero no de glomerulonefritis postestreptocócica.
- 170.** Paciente de 72 años, con antecedentes de diabetes mellitus e hipertensión arterial, que presenta fiebre de tres semanas de evolución con malestar general, sin foco aparente aunque se intuía un soplo cardiaco por lo que es ingresado. Los hemocultivos fueron positivos para *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina con sensibilidad intermedia a vancomicina. Un ecocardiograma mostró una imagen compatible con vegetación sobre la válvula mitral. Se inició tratamiento con daptomicina 10 mg/kg IV una vez al día. Tras siete días de tratamiento sigue con fiebre y presenta ortopnea. En la exploración aparece un soplo sistólico 3/6 en ápex, irradiado a axila izquierda. La Rx de tórax muestra un infiltrado pulmonar bilateral hilofugal alvéolo-intersticial. ¿Cuál de las siguientes es la actitud más adecuada?:
1. Indicar cirugía de recambio valvular urgente.
  2. Añadir ceftarolina IV, diuréticos y control en cuidados intensivos.
  3. Retirar daptomicina y pautar vancomicina a dosis altas y gentamicina, junto con diuréticos y control en cuidados intensivos.
  4. Solicitar un nuevo ecocardiograma, administrar tratamiento diurético y control en cuidados intensivos.
- 171.** Varón de 45 años, no fumador y no consume alcohol, que consulta por disnea progresiva de dos meses de evolución. Exploración física: afebril, frecuencia respiratoria 19 rpm, frecuencia cardíaca 120 lpm, SatO2 93 %. Lesiones cutáneas de aspecto ulceroso en palmas y dedos de las manos; estertores crepitantes en ambas bases pulmonares; fuerza muscular normal. Análisis: CK 300 UI/L (N: <150) y aldolasa 12 UI/L (N: <6 ). Radiografía de tórax: patrón intersticial bibasal. Una biopsia muscular evidenció necrosis de células musculares, atrofia perifascicular e infiltrados inflamatorios perivasculares. ¿Cuál de los siguientes es el diagnóstico más probable?:
1. Dermatomiositis asociada al autoanticuerpo anti-TIF1-gamma (*transcription intermediary factor 1-gamma*).
  2. Miopatía inflamatoria idiopática asociada al autoanticuerpo anti-FHL-1 (*Four and a half LIM domains 1*).
  3. Dermatomiositis asociada al autoanticuerpo anti-MDA-5 (*melanoma differentiation-associated gene 5*).
  4. Miopatía miofibrilar asociada al anticuerpo anti-desmina.

- 172.** Varón de 23 años, de raza caucásica y natural de Zaragoza, sin antecedentes patológicos ni familiares destacables. Desde los cinco años presenta episodios autolimitados de fiebre hasta 39 °C, dolor abdominal difuso, mialgias generalizadas y lesiones eritematosas en la parte inferior de las piernas. A la edad de 10 años fue appendicectomizado, aunque en el apéndice no se evidenciaron signos inflamatorios. Los episodios duran unos 2-3 días, mejoran con AINE y se repiten cada 1 o 2 meses. Durante los brotes febriles, en la exploración física destaca un dolor abdominal difuso con defensa a la palpación superficial y lesiones erisipeloides en la cara antero-lateral y distal de las piernas, y en los análisis una elevación de la proteína C reactiva de hasta 6 mg/dL (N <1 mg/dL), que se normalizan en períodos sin fiebre. ¿Cuál es el diagnóstico inicial más probable?:
1. Síndrome de Muckle-Wells (síndrome periódico asociado a criopirina).
  2. Fiebre mediterránea familiar.
  3. Síndrome de Blau (granulomatosis artrocutaneouveal).
  4. Síndrome periódico asociado al receptor del factor de necrosis tumoral.
- 173.** En una paciente diagnosticada recientemente de esclerodermia difusa, ¿cuáles son los controles que deben realizarse periódicamente durante los primeros meses de evolución?:
1. Ecocardiografía Doppler y electrocardiograma.
  2. Índice de Rodnan (prueba del grosor de la piel) y capilaroscopia.
  3. Función renal y presión arterial.
  4. Pruebas funcionales respiratorias y TC de tórax.
- 174.** Mujer de 41 años con antecedentes de retraso del crecimiento durante la infancia sin alteración en los estadios del desarrollo. Refiere intolerancia al ejercicio desde la juventud que describe como falta de habilidad para los deportes. En los últimos 4 años refiere aumento del perímetro abdominal; una ecografía evidenció hepatomegalia leve, uniforme, sin datos ecográficos de cirrosis. Tras una infección leve por COVID-19 hace 8 meses desarrolla inestabilidad y debilidad simétrica generalizada y progresiva que le impide realizar las actividades de la vida diaria, con episodios de sudoración. Exploración física: fuerza muscular globalmente disminuida de forma simétrica. Discreta hepatomegalia no dolorosa. Análisis: pH arterial 7,38, PaO<sub>2</sub> 99 mmHg, PaCO<sub>2</sub> 39 mmHg, glucemia 49 mg/dL, ASAT/ALAT 63/71 U/L, lactato 14 mg/dL (N: 5-20), amonio 25 µmol/L (N: 9-33), TSH: 4,6 mUI/L (N: 0,37-4,7), creatincinasa 500 U/L (N: <300), cetonuria ++. Un ecocardiograma evidenció ligera hipertrofia y dilatación del ventrículo izquierdo. ¿Cuál de los siguientes es el diagnóstico más probable?:
1. Glucogenosis tipo III.
  2. Síndrome post COVID-19.
  3. Hipertiroidismo primario.
  4. Alteración en la beta-oxidación de los ácidos grasos.
- 175.** Mujer de 42 años que desde hace 4 años, con el frío, presenta cambio de coloración de los dedos de las manos con intensa palidez. Desde hace unos meses precisa tratamiento con omeprazol por sensación de ardor retroesternal ocasional y en la exploración se observa dificultad para pinzar la piel en el dorso de las manos. ¿Cuál de los siguientes autoanticuerpos consideramos esencial para su correcto seguimiento, por las consecuencias pronósticas que comportaría su positividad?:
1. Anti-ADN
  2. Anti-proteinasa 3.
  3. Anti-membrana basal glomerular.
  4. Anti-ARN polimerasa III.

- 176.** Varón de 56 años, que acude para control de su diabetes mellitus tipo 2. En tratamiento con metformina 850 mg dos veces al día desde hace ocho semanas. Refiere encontrarse bien, sin poliuria ni polidipsia, con controles glucémicos entre 140-180 mg/dL. Su última HbA1c fue 7,7 %. Exploración física: tensión arterial 137/86 mmHg y pulso 74 lpm. El fondo de ojo revela retinopatía proliferativa leve. En el sedimento urinario se observa microalbuminuria de 180 mg/g creatinina. ¿Cuál es el siguiente paso más adecuado?:
1. Estudio de orina de 24 horas para determinación de proteínas y creatinina.
  2. Indicar una ecografía renal.
  3. Iniciar tratamiento con antagonistas del calcio.
  4. Iniciar tratamiento con IECA.
- 177.** Mujer de 65 años que consulta por hipercolesterolemia. Niega antecedentes personales o familiares de dislipemia. En la analítica destaca: colesterol total 500 mg/dL, colesterol LDL 350 mg/dL, HDL 38 mg/dL y triglicéridos 206 mg/dL. Resto de análisis y hormonas tiroideas normales, salvo proteínas totales 5,9 g/dL (N: 6,4-8,3) y albúmina 3 g/dL (N: 3,5-5). Orina elemental con relación albúmina/creatinina de 2.000 mg/g y proteinuria +++. En el examen físico no hay xantomas ni arco corneal, sí discretos edemas maleolares. ¿Cuál de los siguientes es el diagnóstico más probable?:
1. Dislipemia secundaria a un síndrome nefrótico.
  2. Hipercolesterolemia familiar heterocigota.
  3. Hipercolesterolemia familiar homocigota.
  4. Hipercolesterolemia familiar recesiva por afectación del gen LDLRAP1.
- 178.** En el momento del diagnóstico de un síndrome de Sjögren, ¿qué factores se asocian a la posibilidad de desarrollar un linfoma B?:
1. Fiebre y adenopatías.
  2. Anticuerpos anti-La y anti-Ro.
  3. Esplenomegalia y pancitopenia.
  4. Hipocomplementemia y crioglobulinemia.
- 179.** Mujer de 52 años con hipertensión arterial de difícil control que consulta por la aparición de lesiones eritematosas en las mejillas, el tórax y los brazos, junto a poliartralgias, tras iniciar tratamiento con hidralazina. Los análisis de autoinmunidad básica detectan positividad de los anticuerpos antinucleares de 1:160 (N <1:80). Ante la sospecha de lupus inducido por fármacos, ¿cuál de los siguientes autoanticuerpos debe investigarse?:
1. Anticuerpos antihistona.
  2. Anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo.
  3. Anticuerpos anticromatina.
  4. Anticuerpos antifosfolípidos.
- 180.** ¿Qué tipo de deseos del paciente NO pueden atenderse en una planificación anticipada de decisiones (o planificación compartida de la atención)?:
1. Rechazo de intervenciones con riesgo vital.
  2. Donación de órganos.
  3. Rechazo de intervenciones sin riesgo vital.
  4. Instauración de intervenciones fútiles, sin indicación clínica.
- 181.** Paciente de 48 años, diagnosticado de esclerosis lateral amiotrófica hace 3 años. Precisa ayuda para todas las actividades básicas de la vida diaria y sonda para mantener su alimentación. En el último año, ha tenido varios ingresos por infecciones respiratorias. Actualmente ingresa por una nueva infección respiratoria con insuficiencia respiratoria global asociada. El paciente requiere ventilación mecánica no invasiva como parte del tratamiento. Tras 5 días de ingreso, sin presentar mejoría clínica, el paciente manifiesta que está viviendo un sufrimiento intolerable, que no encuentra sentido a continuar viviendo en una situación así y solicita que se le retire la ventilación mecánica, aunque le provoque la muerte. Después de varias conversaciones, Vd. confirma con el paciente que este es su deseo y que su familia apoya la decisión. Esta se trata de una decisión de:
1. Rechazo de tratamiento.
  2. Limitación del esfuerzo terapéutico.
  3. Obstinación terapéutica.
  4. Eutanasia.
- 182.** Varón de 65 años traído al servicio de Urgencias intubado y sedado por un politraumatismo tras un accidente de tráfico. Tras la valoración inicial se objetiva una laceración esplénica que requiere intervención quirúrgica urgente. ¿Cómo se debería proceder con el proceso de consentimiento y la firma del formulario de consentimiento a la cirugía?:
1. No es posible realizar una intervención quirúrgica urgente cuando sólo se obtiene un consentimiento verbal de un representante del paciente.
  2. Si no se pudiera contactar con ningún familiar o allegado del paciente no podría realizarse la intervención quirúrgica.
  3. El médico responsable debe intentar contactar con los familiares del paciente y, tras explicar la situación, obtener de ellos el consentimiento para realizar la intervención.
  4. Sin un documento de consentimiento informado firmado por los familiares del paciente no es posible realizar la intervención.

- 183. Mujer de 89 años, institucionalizada en residencia desde hace 5 años por demencia tipo Alzheimer de 8 años de evolución. Es dependiente para todas las actividades básicas de la vida diaria y presenta deterioro cognitivo grave. No reconoce a sus familiares ni es capaz de emitir lenguaje. Ingrera por un cuadro de infección respiratoria de mecanismo aspirativo. Tras completar un ciclo antibiótico evoluciona favorablemente pero al intentar reintroducir la ingesta oral persiste disfagia con riesgo alto de aspiración. El médico responsable propone a los hijos no iniciar estrategias de alimentación enteral por sondas, sino dejar la enfermedad a su evolución natural, realizando un tratamiento sintomático de eventuales complicaciones. ¿Qué concepto ético subyace a esta decisión clínica?:**
1. Rechazo al tratamiento.
  2. Eutanasia activa.
  3. Limitación de esfuerzo terapéutico.
  4. Obstinación terapéutica.
- 184. En relación con el tratamiento de la depresión mediante fármacos antidepresivos en pacientes con enfermedades terminales. ¿Cuál de las siguientes es la mejor opción?:**
1. La dosis inicial de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina debe ser la misma que la utilizada en adultos sin enfermedad terminal.
  2. Se recomienda evitar los antidepresivos tricíclicos, a menos que se utilicen como complementos en el tratamiento del dolor.
  3. En pacientes en los que predominan síntomas como ansiedad o insomnio es preferible el uso de fluoxetina.
  4. La trazodona, incluso cuando se emplea a dosis bajas, está contraindicada por sus frecuentes efectos adversos.
- 185. En relación con el tratamiento del estreñimiento en los pacientes con enfermedades terminales, señale la respuesta INCORRECTA:**
1. En presencia de tratamiento con opioides son recomendables los suplementos de fibra vegetal.
  2. Los elementos fundamentales del tratamiento son los laxantes estimulantes y osmóticos, reblandecedores de heces, líquidos y enemas.
  3. Para evitar el estreñimiento causado por los opioides se debe recurrir a la combinación de un laxante y un reblandecedor de heces.
  4. Si no hay defecación tras varios días de tratamiento, se necesita el tacto rectal para extraer el material impactado.
- 186. Varón de 95 años que ingresa en el servicio de urgencias del hospital con el antecedente de traumatismo craneal por caída casual en el domicilio y en una TC craneal se observa hematoma epidural agudo. Fallece poco tiempo después del ingreso en el propio servicio de urgencias. Desde el punto de vista legal, el facultativo responsable tiene la obligación de cumplimentar solo uno de los siguientes documentos:**
1. Certificado ordinario de defunción.
  2. Boletín estadístico de defunción con intervención judicial (muerte violenta).
  3. Boletín estadístico de defunción.
  4. Parte de lesiones.
- 187. Si una persona que es menor de 18 años desea ser donante de órgano de vivo. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?:**
1. Si la persona tiene entre 16 y 18 años, la decisión corresponde a la persona menor si demuestra que es capaz de comprender el alcance del procedimiento, pero los padres o tutores deben ser consultados obligatoriamente.
  2. Si la persona tiene entre 16 y 18 años, la decisión corresponde a los padres o tutores legales, pero la persona menor debe ser consultada si demuestra que es capaz de comprender el alcance del procedimiento.
  3. En caso de conflicto entre el criterio del menor y el de sus padres o tutores legales, debe resolver un juez mediante la aplicación del principio del interés superior del menor.
  4. Los menores de 18 años no pueden ser donantes de órganos de vivo, según la Ley. No hay excepciones.
- 188. En pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento a largo plazo con el mismo fármaco, ¿cuál de los siguientes NO se asocia con una disminución de la probabilidad de complicaciones cardiovasculares?:**
1. Inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2).
  2. Agonistas de los receptores de glucagón tipo 1 (arGLP1).
  3. Insulina.
  4. Metformina.

- 189. aspecto de la escabiosis o sarna, señale la afirmación INCORRECTA:**
1. Es una infestación cutánea muy contagiosa causada por el *Sarcoptes scabiei*.
  2. Se trata de una erupción polimorfa en la que confluyen lesiones producidas por el propio ácaro que se localizan en los pliegues interdigitales y las muñecas, y en menor medida en las axilas, en las mamas y en el pene.
  3. En los casos muy persistentes del adulto las lesiones suelen generalizarse por el tronco y la cara.
  4. El análisis mediante dermatoscopia del final del trayecto de un surco puede poner en evidencia el ácaro, que se ve en forma de ala delta.
- 190. Varón de 70 años, con antecedentes de hipertensión arterial y dislipemia, que consulta a su médico de familia tras ingreso reciente por insuficiencia cardiaca. Actualmente se encuentra asintomático, en tratamiento con enalapril, furosemida, atorvastatina y ácido acetilsalicílico. En la exploración física se observa frecuencia cardíaca 78 lpm, sin signos de insuficiencia cardiaca. En el ecocardiograma realizado durante el ingreso se observa hipertrofia ventricular izquierda y fracción de eyección del 30 %. ¿Cuál es la actitud terapéutica más adecuada?:**
1. Añadir bisoprolol.
  2. Añadir diltiazem.
  3. Suspender enalapril e iniciar losartán.
  4. Ningún cambio en la medicación.
- 191. Varón de 50 años, sin antecedentes de interés salvo que es fumador de 20 cigarrillos al día. Realiza vida sedentaria y no toma medicación de forma crónica. A la exploración se observa: circunferencia abdominal 104 cm, presión arterial 136/89 mmHg. En la analítica destaca: triglicéridos 160 mg/dL, colesterol HDL 30 mg/dL y glucemia basal 88 mg/dL. Según los criterios diagnósticos de síndrome metabólico del ATPIII, 2001 (*Adult Treatment Panel III. The National Cholesterol Education Program*). ¿Cuántos criterios presenta?:**
1. Dos criterios.
  2. Tres criterios.
  3. Cuatro criterios.
  4. Cinco criterios.
- 192. Paciente de 50 años con diabetes mellitus en tratamiento con insulina. ¿Cuál es el objetivo recomendado para la concentración de glucosa plasmática capilar postprandial?:**
1. < 126 mg/dL.
  2. < 140 mg/dL.
  3. < 180 mg/dL.
  4. < 220 mg/dL.
- 193. Paciente de 50 años que consulta por presentar una adenopatía localizada. ¿Qué localización de las siguientes debe hacer sospechar un mayor riesgo de malignidad?:**
1. Retroauricular.
  2. Supraclavicular.
  3. Axilar.
  4. Inguinal.
- 194. Mujer de 49 años, hiperfrecuentadora, que acude a consulta refiriendo precisar un parte de baja laboral, por llevar varios días sin acudir al trabajo al estar todo este tiempo con mareos. Tras una exploración completa y una anamnesis detallada Ud. detecta que está siendo víctima de violencia por parte de su pareja, situación que nunca antes ella le había comentado y que Ud. ha detectado. En qué nivel de prevención sitúa Ud. la actuación del médico:**
1. Prevención primaria.
  2. Prevención secundaria.
  3. Prevención terciaria.
  4. Prevención cuaternaria.
- 195. En el manejo inicial de un paciente con un shock séptico en urgencias, señale la afirmación INCORRECTA:**
1. Se debe determinar el lactato sérico como un marcador de hipoperfusión tisular.
  2. Se debe realizar una toma precoz (1ª hora) de muestra para cultivos e inicio de antibioterapia de amplio espectro.
  3. La reposición del volumen se debe realizar con cristaloïdes dentro de las 3 primeras horas.
  4. Se recomienda la dopamina como el vasopresor de primera elección.
- 196. Varón de 70 años, sin hogar, expuesto durante horas a temperaturas elevadas, trasladado a urgencias por sospecha de golpe de calor. Presenta temperatura 40,5 °C, desorientación y disminución del nivel de conciencia. ¿Cuál de las siguientes es la actuación inicial más correcta?:**
1. Medidas generales de soporte y baño por inmersión para reducir la temperatura corporal.
  2. Medidas de soporte, enfriamiento con esponjas húmedas (a 15-20 °C) sobre la superficie corporal y asegurar una hidratación adecuada por vía intravenosa.
  3. El uso de mantas de enfriamiento es la medida más eficaz para la rápida reducción de la temperatura corporal.
  4. Medidas de soporte, enfriamiento con esponjas empapadas en alcohol aplicadas sobre la superficie corporal y antipiréticos.

- 197.** Varón de 59 años, sin antecedentes personales, que consulta por astenia y disnea de esfuerzo de varios meses de evolución. En su historia clínica previa se observa que no acude a consulta desde hace más de diez años. En la exploración física se detecta palidez conjuntival, siendo el resto normal. El electrocardiograma es normal y en el hemograma destaca: Hb 10,6 g/dL, Hcto 31 %, VCM 75 fl, ancho de distribución eritrocitaria 22 %. ¿Cuál de los siguientes sería el paso inicial apropiado?:
1. Tacto rectal y programar colonoscopia.
  2. Espirometría y programar broncoscopia.
  3. Medir haptoglobina y realizar test de Coombs.
  4. Medir vitamina B12 y programar biopsia de médula ósea.
- 198.** Mujer de 14 años que es llevada a urgencias por sus padres tras haber ingerido 12 horas antes múltiples comprimidos de paracetamol (no saben concretar la cantidad). Está nauseosa, pálida y sudorosa. Se solicitan niveles de paracetamol en sangre que se encuentran en rango de probable toxicidad hepática. Las pruebas de función hepática y coagulación son normales. ¿Cuál será la actitud a seguir?:
1. Observación y repetición de niveles de paracetamol en 4 horas.
  2. Iniciar tratamiento con N-acetilcisteína y mantenerlo durante 12 horas.
  3. Observación y repetición de niveles de paracetamol, pruebas hepáticas y coagulación en 4 horas.
  4. Iniciar tratamiento con N-acetilcisteína y mantenerlo en función de la evolución de los niveles de paracetamol, pruebas hepáticas y renales.
- 199.** Mujer de 65 años rescatada de un incendio de un almacén de envases de plástico y trasladada a urgencias con cuadro de cefalea, náuseas, vómitos y somnolencia tras inhalación de humo. De los siguientes, ¿cuál es el diagnóstico de sospecha y el tratamiento inicial más correcto?:
1. Intoxicación por cloro. Nebulización bicarbonatada (4 ml de suero salino 0,9% + 6 mL de bicarbonato sódico 1M) en las primeras 3 horas tras la exposición.
  2. Inhalación de vapores nitrosos. Tratamiento sintomático y de soporte.
  3. Intoxicación por monóxido de carbono y cianuro. Medidas de soporte junto con oxigenoterapia al 100 % e hidroxicobalamina con una dosis de 5 g IV en 10 min.
  4. Intoxicación por absorción cutánea de tóxicos. Medidas de soporte, oxigenoterapia, limpieza cutánea y atropina (1 mg IV) que se puede repetir cada 2-3 minutos hasta mejoría clínica.
- 200.** El SOFA rápido o qSOFA (*Quick Sequential Organ Failure Assessment*), es un índice pronóstico en pacientes con infección. Si un paciente acude a urgencias de un centro de salud por un cuadro infeccioso y en la exploración presenta 15 puntos en la escala de Glasgow, frecuencia cardíaca 110 lpm, frecuencia respiratoria 18 rpm, temperatura 38 °C y presión arterial sistólica de 92 mmHg. ¿Qué puntuación presenta si se utiliza el qSOFA?:
1. Un punto.
  2. Dos puntos.
  3. Tres puntos.
  4. Cuatro puntos.
- 201.** Los pacientes oncológicos pueden presentar complicaciones cardiovasculares como el síndrome de vena cava superior. Señale en cuál de las siguientes neoplasias es más frecuente dicha complicación:
1. Linfoma.
  2. Cáncer de mama.
  3. Cáncer de pulmón.
  4. Metástasis ganglionares mediastínicas de otros orígenes.
- 202.** Varón de 75 años que acude al hospital por insuficiencia renal rápidamente progresiva, anuria, mal estado general y fiebre. Los datos de laboratorio muestran ANCAs positivos y Ac anti-MBG negativos. Se realiza biopsia renal. En la tinción de hematoxilina-eosina se observa glomerulonefritis necrotizante con reacción epitelial extracapilar y formación de semilunas en el 80 % de los glomérulos. Las técnicas de inmunofluorescencia directa para IgA, IgG, IgM, C3, C1q, kappa y lambda son negativas. ¿Cuál es el diagnóstico anatomiopatológico?:
1. Glomerulonefritis postinfecciosa.
  2. Vasculitis pauciinmunitaria.
  3. Nefropatía IgA.
  4. Síndrome de Goodpasture.
- 203.** Varón de 30 años con antecedente de hemorragia digestiva alta hace 1 año. En la gastroscopia se observaron varias úlceras pépticas. Consulta por un episodio de cólico renal. En la analítica se objetiva calcio 11,1 mg/dL (N: 8,6-10,3 mg/dL), hormona paratiroides 150 ng/L (N: 8-51 ng/L) con niveles normales de albúmina y 25-OH vitamina D. ¿Con qué síndrome se relacionan estos datos clínicos y analíticos?:
1. Complejo de Carney.
  2. Síndrome poliglandular tipo 1.
  3. Neoplasia endocrina múltiple tipo 2A.
  4. Neoplasia endocrina múltiple tipo 1.

- 204.** El síndrome de lisis tumoral, frecuente en neoplasias hematológicas, se caracteriza por las siguientes complicaciones, EXCEPTO:
1. Hipercalcemia.
  2. Hiperuricemia.
  3. Hiporfosfatemia.
  4. Uremia.
- 205.** Varón de 35 años que presenta desde hace 3 meses dolor e inflamación en la 2<sup>a</sup> y 3<sup>a</sup> articulaciones metacarpofalángicas derecha y en la 3<sup>a</sup> y 4<sup>a</sup> interfalángicas de la mano izquierda. En la exploración física se observan lesiones cutáneas descamativas en las zonas extensoras de los dedos y en la rodilla derecha. Los primeros análisis muestran VSG 34 mm , PCR 1,8 mg/dL (N: 0-0,5), factor reumatoide y anticuerpos anti péptidos cílicos citrulinados negativos. Radiografías de manos: aumento de partes blandas sin erosiones. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos es el más probable?:
1. Artritis reumatoide.
  2. Lupus eritematoso sistémico.
  3. Artritis psoriásica.
  4. Artrosis.
- 206.** Mujer de 20 años que presenta en los meses de invierno lesiones violáceas sobrelevadas en la zona distal de los dedos de los pies. Refiere picor y aparición ocasional de heridas en los dedos que cicatrizan en pocos días. ¿Cuál de los siguientes es el diagnóstico más probable?:
1. Fenómeno de Raynaud.
  2. Eritema pernio.
  3. Acrocanosis.
  4. Eritromelalgia.
- 207.** Con respecto a las enfermedades torácicas relacionadas con la exposición al asbestos, señale la respuesta INCORRECTA:
1. La presencia de derrame pleural en paciente con exposición conocida a asbestos indica mesotelioma maligno.
  2. Las opacidades lineales irregulares en bases pulmonares son los signos radiográficos característicos de asbestosis.
  3. El cáncer pulmonar es la tumoración más frecuente relacionada con la exposición al asbestos.
  4. Las placas pleurales indican que hubo tan sólo exposición, pero no afectación pulmonar.
- 208.** Varón de 68 años que presenta afectación del estado general de 4 días de evolución con fiebre y tos con expectoración. Exploración física: crepitantes bibasales. Radiografía de tórax: infiltrados con patrón alveolo intersticial periférico. PCR para SARS-CoV 2 positiva. Relación entre presión parcial de oxígeno en sangre arterial y fracción inspiratoria de oxígeno es 250. ¿Cuál de los siguientes es el diagnóstico más probable?:
1. Hemorragia pulmonar secundaria a infección por SARS-CoV 2.
  2. Neumonía bacteriana en paciente positivo a SARS-CoV2.
  3. Neumonía por SARS-CoV 2 con síndrome de distrés respiratorio agudo.
  4. Infección grave por SARS-CoV 2 con hipovenitilación alveolar.
- 209.** Varón de 56 años con hernia de hiato y rinitis persistente por sensibilización a arizónicas que consulta por empeoramiento en las últimas semanas, con aparición de bloqueo nasal, lagrimeo, tos, disnea de esfuerzo y sibilancias inspiratorias, que no mejora con su broncodilatador y corticoide inhalado habituales. Convive con un perro desde hace 5 años. Utiliza un humidificador desde hace 3 meses durante la noche por sequedad de garganta. Auscultación pulmonar: crepitantes finos en bases. Espirometría: FVC 2740 (68 %), FEV1 2530 (79 %), FEV1/FVC 0,92. TC tórax: infiltrados de localización subpleural con fino patrón reticular en ambos lóbulos inferiores y algunos de forma parcheada en lóbulos superiores. ¿Cuál sería el diagnóstico más probable y la actitud a tomar?:
1. Neumonitis por hipersensibilidad. Se recomienda retirar humidificador y control evolutivo.
  2. Tos relacionada con reflujo gastroesofágico. Se recomienda comenzar con inhibidores de la bomba de protones.
  3. Crisis asmática en paciente con sensibilización al polen. Se recomienda añadir corticoides sistémicos.
  4. Alergia al pelo de animales. Se recomienda realizar pruebas de sensibilización.

210. Paciente de 62 años que consulta seis meses después de sufrir un infarto agudo de miocardio. Actualmente fuma 15 cigarrillos al día, tiene sobrepeso y hace vida sedentaria. Está en tratamiento con atorvastatina 80 mg/día y ramipril 5 mg/día. Aporta análisis con colesterol LDL 68 mg/dL, glucemia 115 mg/dL, Hb1Ac 5,7 %, ausencia de microalbuminuria, presión arterial en consulta de 140/85 mmHg. Señale la medida más eficaz, de las siguientes, para evitar un nuevo evento cardiovascular:

1. Optimizar el tratamiento de la hipertensión arterial, ya que está mal controlado.
2. Optimizar el tratamiento hipolipemiante, ya que está mal controlado.
3. Añadir un fármaco para la diabetes.
4. Abandonar el hábito tabáquico, caminar a diario y perder peso.

