



## PRUEBAS SELECTIVAS 2012

### CUADERNO DE EXAMEN

### MÉDICOS -VERSIÓN 0 -

---

#### ADVERTENCIA IMPORTANTE

ANTES DE COMENZAR SU EXAMEN, LEA ATENTAMENTE LAS SIGUIENTES

#### INSTRUCCIONES

1. **MUY IMPORTANTE** : Compruebe que este Cuaderno de Examen lleva todas sus páginas y no tiene defectos de impresión. Si detecta alguna anomalía, pida otro Cuaderno de Examen a la Mesa. **Realice esta operación al principio**, pues si tiene que cambiar el cuaderno de examen posteriormente, se le facilitará una versión "0", que **no coincide** con su versión personal en la colocación de preguntas y **no dispondrá** de tiempo adicional.
2. El cuestionario se compone de 225 preguntas más 10 de reserva. Tenga en cuenta que hay 34 **preguntas que están ligadas a una imagen**. Todas las imágenes están en un cuadernillo de imágenes separado
3. Compruebe que el **número de versión** de examen que figura en su "Hoja de Respuestas", **coincide** con el número de versión que figura en el cuestionario. Compruebe también el resto de sus datos identificativos
4. La "Hoja de Respuestas" está nominalizada. Se compone de tres ejemplares en papel autocopiativo que deben colocarse correctamente para permitir la impresión de las contestaciones en todos ellos. Recuerde que debe firmar esta Hoja.
5. Compruebe que la respuesta que va a señalar en la "Hoja de Respuestas" corresponde al número de pregunta del cuestionario. **Sólo se valoran** las respuestas marcadas en la "Hoja de Respuestas", siempre que se tengan en cuenta las instrucciones contenidas en la misma.
6. Si inutiliza su "Hoja de Respuestas" pida un nuevo juego de repuesto a la Mesa de Examen y **no olvide** consignar sus datos personales.
7. Recuerde que el tiempo de realización de este ejercicio es de **cinco horas improrrogables** y que están **prohibidos** el uso de **calculadoras** (excepto en Radiofísicos) y la utilización de **teléfonos móviles**, o de cualquier otro dispositivo con capacidad de almacenamiento de información o posibilidad de comunicación mediante voz o datos.
8. Podrá retirar su Cuaderno de Examen una vez finalizado el ejercicio y hayan sido recogidas las "Hojas de Respuesta" por la Mesa.

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

Hombre de 35 años, ex-fumador desde hace 3 meses, que presenta un cuadro de 1 mes de evolución de aumento del número de deposiciones, hasta 15 diarias, blandas, con sangre mezclada, así como molestias abdominales, urgencia defecatoria y tenesmo. En las últimas 48 horas presenta fiebre de hasta 38.5 °C, motivo por el cual acude a Urgencias. A la exploración destaca presión arterial de 85/50 mmHg y frecuencia cardíaca de 120 lpm. El hemograma muestra una cifra de hemoglobina de 8 g/dL, leucocitos 12.400 por microlitro, plaquetas 435.000 por microlitro. La PCR es de 9 mg/dL. El estudio microbiológico de las heces, incluyendo coprocultivo, examen de parásitos y determinación de toxina de *Clostridium difficile* es negativo. La endoscopia muestra a lo largo de todo el colon la imagen que se muestra en la imagen nº 1. El examen histológico demuestra la presencia de un proceso inflamatorio crónico, con áreas de infiltración polimorfonuclear, abscesos cripticos y depleción de células caliciformes. ¿Cuál es el tratamiento de primera elección del cuadro clínico que más probablemente presenta el paciente?

1. Mesalazina 4.5 gramos diarios v.o.
2. Mesalazina 4.5 gramos diarios v.o. y mesalazina 1 gramo diario rectal.
3. Metilprednisolona 1 mg/kg/día por vía oral si el paciente tolera esta vía.
4. Azatioprina 2.5 mg/kg/d por vía oral, repartidos en 3 tomas.
5. Infliximab 5 mg/kg, con dosis posteriores de mantenimiento cada 8 semanas.

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

El paciente del caso anterior, estando en remisión clínica y ante la elevación persistente de enzimas de colestasis es diagnosticado 4 años más tarde de colangitis esclerosante primaria mediante colangiografía magnética; ¿cuándo debe indicar iniciar un programa de cribado de carcinoma colorrectal mediante colonoscopia anual?

1. A la edad habitual del cribado en la población general, 50 años.
2. 10 años antes de la edad habitual recomendada para el cribado en la población general.
3. A los 20 años de evolución de la enfermedad.
4. Entre los 8 y 10 años de evolución de la enfermedad.
5. En el momento del diagnóstico de la colangitis esclerosante.

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

Hombre de 57 años que acude al Servicio de Urgencias por melenas. En endoscopia alta se objetiva a nivel de la segunda porción de duodeno una masa con ulceración de la superficie intestinal en varios puntos. En la imagen radiológica del TAC (imagen nº 2) se objetiva un gran tumor dependiente de intestino delgado, abigarrado, con zonas de necrosis en su interior, con un diámetro mayor de 13 cm. Así mismo se observan múltiples metástasis hepáticas. En la biopsia que se toma durante la gastroscopia, se aprecian células fusiformes con inmunohistoquímica positiva para CD117 (c-Kit). ¿Cuál es el diagnóstico del paciente?

1. Adenocarcinoma de intestino delgado estadio IV.
2. Tumor Neuroendocrino Gastrointestinal (Carcinoide).
3. Tumor de Krukenberg.
4. Tumor del estroma gastrointestinal (GIST).
5. Linfoma gástrico de tipo MALT.

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

En referencia al paciente del caso clínico anterior, señale cuál es la opción terapéutica más apropiada para el tratamiento sistémico de su tumor:

1. Imatinib.
2. Doxorrubicina.
3. Lapatinib.
4. Bevacizumab.
5. Cisplatino y paclitaxel.

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

Un hombre de 40 años de origen magrebí consultó por molestias inespecíficas en epigastrio de 6 meses de evolución. No tenía historia de consumo de alcohol. En la exploración presentaba una masa palpable epigástrica como único hallazgo. La serología de virus de hepatitis B y C fue negativa. La ecografía y tomografía computarizada hepáticas realizadas se muestran en la imagen nº 3. ¿Qué prueba diagnóstica contribuye a confirmar el diagnóstico?

1. Resonancia magnética nuclear.
2. Determinación de alfa-fetoproteína y antígeno carcinoembrionario.

3. Serología de Echinococcus granulosus.
4. Serología de Entamoeba histolytica.
5. Biopsia percutánea.

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

**Respecto al paciente de la pregunta anterior, ¿cuál de las siguientes alteraciones es más probable encontrar?**

1. Elevación marcada de los reactantes de fase aguda.
2. Déficit de alfa-1-antitripsina.
3. Anemia ferropénica.
4. Descenso del índice de Quick.
5. Eosinofilia.

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

**Dentro del protocolo preoperatorio de un neuroma de Morton en una paciente de 45 años, fumadora de 20 cigarrillos diarios hasta hace tres años, actualmente asintomática, se incluyen las radiografías de tórax que se muestran en la imagen n° 4. ¿Cuál es el hallazgo radiológico fundamental en este caso?**

1. Una consolidación pulmonar en lóbulo superior derecho.
2. Una tumoración broncopulmonar central, con adenopatías.
3. Un derrame pleural encapsulado cisternal.
4. Una masa mediastínica anterior.
5. Una impactación mucosa de bronquiectasias centrales.

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

**¿Cuál es el diagnóstico radiológico más probable en este caso?**

1. Una aspergilosis broncopulmonar alérgica.
2. Un timoma invasivo.
3. Un carcinoma indiferenciado de células pequeñas.
4. Una neumonía.
5. Un mesotelioma pleural.

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

**Hombre de 28 años, de 185 cm de estatura y peso de 80 Kg, jugador de baloncesto ocasional, fumador de 5 cigarrillos día, acude al servicio de urgencias refiriendo dolor brusco en hemitórax**

**izquierdo y ligera disnea. En la urgencia se le toman las constantes presentando TA 120/80 mm Hg, FC 80 lpm, pulsioximetría 87%, además se le ordena una radiografía de torax (imagen n° 5). Con respecto al caso anterior ¿cuál es el diagnóstico más probable entre los siguientes?**

1. Derrame pleural izquierdo.
2. Coartación aórtica.
3. Disección aórtica.
4. Neumotórax.
5. Neumonía izquierda.

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

**Con respecto al caso anterior. ¿Cuál es el manejo más indicado?**

1. Puncionar el hemitórax derecho para recoger muestras de líquido pleural.
2. Dar de alta al enfermo tras haber cumplido un ciclo de antibióticos y tras mejoría de la consolidación pulmonar izquierda.
3. Iniciar tratamiento con furosemida ya que el paciente esta haciendo un edema agudo de pulmón.
4. Colocar tubo intratorácico conectado a drenaje con sello de agua.
5. Ingresar al paciente a cirugía vascular porque lo más probable es que tenga un aneurisma aórtico y requiera de cirugía de urgencia.

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

**Hombre de 40 años, fumador, con antecedentes de neumotórax espontáneo izquierdo. Consulta por tos no productiva y disnea de mediano esfuerzo de instauración progresiva desde hace 5 meses. La auscultación pulmonar revela algunos estertores crepitantes difusos. Los hallazgos radiológicos se muestran en la imagen n° 6. ¿Cuál es la primera opción diagnóstica?**

1. Linfangioleiomiomatosis.
2. Enfisema pulmonar.
3. Silicosis.
4. Fibrosis pulmonar idiopática.
5. Histiocitosis X.

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

**¿Cuál de los siguientes perfiles espirométricos se ajustará más al cuadro clínico del paciente?:**

1. Relación FEV1/FVC 85%; FEV1 86%; FVC 65%.
2. Relación FEV1/FVC 57%; FEV1 51%; FVC 85%.
3. Relación FEV1/FVC 77%; FEV1 85%; FVC 82%.
4. Relación FEV1/FVC 79%; FEV1 105%; FVC 98%.
5. Relación FEV1/FVC 60%; FEV1 81%; FVC 120%.

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

Un paciente de 47 años, fumador, con antecedentes de hipercolesterolemia y diabetes, consulta por presentar en las últimas 48 horas intensos episodios de dolor torácico opresivo retroesternal, irradiados a hombros, de unos 15 minutos de duración, en reposo. En el electrocardiograma realizado durante una de las crisis se observa descenso transitorio del segmento ST de 1,5 mm en V2-V5. La analítica no presenta elevación de biomarcadores de necrosis y el ecocardiograma es normal. ¿Cuál es el diagnóstico que motivó la realización de la coronariografía de la imagen nº 7?

1. Angina estable.
2. Angina inestable de riesgo intermedio o alto.
3. Infarto agudo de miocardio.
4. Angina inestable de bajo riesgo.
5. Miocardiopatía de Tako-Tsubo.

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

Respecto a la anatomía coronaria de este paciente, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA?

1. El tronco de la coronaria izquierda es normal, sin placas de aterosclerosis.
2. El catéter llega a la coronaria izquierda por vía arterial, pudiendo emplearse diversas vías de acceso (femoral, radial...).
3. La necesidad de revascularización coronaria, percutánea o quirúrgica, depende de la gravedad de las lesiones, de los síntomas y de la extensión de la isquemia miocárdica.
4. Si se realiza tratamiento de la estenosis de la descendente anterior con angioplastia e implante de stent fármacoactivo, se debe mantener durante meses un tratamiento antiagregante plaquetario doble, con aspirina asociada a clopidogrel, prasugrel o ticagrelor.

5. Las lesiones responsables de los síndromes coronarios agudos son placas aterosclerosas que sufren roturas o erosiones.

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

Paciente de 58 años que acude a urgencias por presentar taquicardias frecuentes de comienzo brusco. El paciente no tiene antecedentes personales de interés salvo la historia de taquicardias desde hace unos años, sobre todo relacionada con cambios posturales acompañadas de mareo y dolor torácico. La figura muestra un trazado de ECG a su admisión en urgencias, donde el paciente manifestaba que la taquicardia estaba teniendo un comportamiento incesante, comenzando y finalizando de forma espontánea en múltiples ocasiones. En su opinión el diagnóstico más probable en este paciente es:

1. Taquicardia de reentrada aurículo ventricular mediada por una vía lenta intranodal.
2. Síndrome de Brugada asociado a taquicardias.
3. Síndrome de Wolff-Parkinson-White y fibrilación auricular.
4. Taquicardia ventricular.
5. Vía accesoria aurículo ventricular y taquicardia de reentrada ortodrómica.

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

Una vez controlado el episodio agudo, qué tratamiento es el más aconsejado en este caso:

1. Tratamiento quirúrgico.
2. Tratamiento con amiodarona.
3. Ablación con catéter de la vía accesoria.
4. Marcapasos antitaquicardia.
5. Desfibrilador automático.

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

¿Cuál de las lesiones cutáneas que aparecen en la imagen nº 9 debe ser extirpada de forma inmediata?

1. Lesión 1.
2. Lesión 2.
3. Lesión 3.
4. Lesión 4.
5. Lesión 5.

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

El informe histológico de la lesión extirpada es una proliferación compuesta por nidos irregulares de células melanocíticas atípicas. ¿Cuál es el factor pronóstico más importante en este tumor?

1. La edad del paciente.
2. Los antecedentes familiares.
3. La localización anatómica del tumor.
4. El espesor tumoral (índice de Breslow).
5. El tipo histológico de melanoma.

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

Hombre de 42 años de edad, fumador de unos 20 cigarrillos/día, camionero de profesión, bebedor de 1 litro de vino al día. Padre y madre muertos de accidentes cerebrovasculares. Entre sus antecedentes destaca Herpes zoster oftálmico hace un año y hernia de hiato diagnosticada hace dos años en tratamiento con omeprazol. Acude remitido a la consulta por su odontólogo, que está tratándolo por múltiples caries, por observar en mucosa yugal derecha, placa blanquecina, de unos 3 centímetros de diámetro, de contornos irregulares, geográficos, superficie lisa, no infiltrada al tacto, situada justo detrás de la comisura bucal (imagen n° 10). No se observaban otras alteraciones en el resto de las mucosas, ni en resto del tegumento cutáneo. La lesión no le provocaba ningún síntoma y no sabía precisar el tiempo de evolución al no habérsela visto personalmente. ¿Cuál es el diagnóstico más probable de este caso?

1. Candidiasis.
2. Leucoplasia.
3. Liquen plano.
4. Lupus eritematoso.
5. Chancro sifilítico.

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

¿Cómo confirmaría el diagnóstico?

1. Dermatoscopia digital.
2. Serología de virus hepatotropos.
3. Serología de lúes.
4. Anticuerpos antinucleares.
5. Examen histológico.

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

Mujer de 33 años de edad, trabajadora de la

limpieza en una ludoteca infantil y con antecedentes de frecuentes episodios de amigdalitis pultácea. 48 horas antes de la consulta inicia un cuadro de fiebre de hasta 38°C con odinofagia. Por este motivo se automedica con amoxicilina-clavulánico. A las 12 horas aparece un exantema pruriginoso generalizado motivo por el que consulta a su médico de familia que cambia el antibiótico a azitromicina y añade corticoides al tratamiento por sospecha de toxicodermia medicamentosa. 24 horas más tarde la fiebre persiste, se añade cierta sensación disneica y tos, motivo por el que consulta al servicio de urgencias hospitalario. La exploración física muestra una paciente con fiebre de 39°C, con estado general afectado, exantema en cara, tronco y espalda, pruriginoso, confluyente, con lesiones papulares, habonosas, diseminadas que afectan palmas y plantas. La exploración de la cavidad oral no muestra placas pultáceas amigdalares, pero sí unas lesiones eritematosas con centro blanquecino frente a ambas arcadas dentarias superiores (imagen n° 11). ¿Cuál sería la mejor manera de definir estas lesiones teniendo en cuenta el contexto de la paciente?

1. Muguet.
2. Manchas de Koplik.
3. Aftas.
4. Liquen.
5. Leucoplasia.

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

La paciente presentaba crepitantes bibasales y una saturación de O<sub>2</sub> del 90%. La radiografía de tórax mostró un aumento tenue de densidad bibasal de aspecto intersticial. La serología para VIH de urgencia fue negativa. Se cambió el tratamiento antibiótico a levofloxacino, se ingresó a la paciente y se solicitaron diversas pruebas complementarias. Al cuarto día la paciente quedó afebril, se recuperó de la disnea y las lesiones cutáneas se fueron aclarando progresivamente en sentido inverso a su aparición.

¿Cuál de las siguientes pruebas cree Ud. que permitió el diagnóstico definitivo?

1. Serología IgM del Mycoplasma.
2. Serología virus influenza H1N1.
3. Serología IgM del sarampión.
4. Serología IgM Parvovirus B-19.
5. Pruebas treponémicas y reagínicas para la lúes.

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

Un paciente de 25 años consulta por una clínica de fiebre de hasta 39°C y diarrea de unos 5 días de evolución. Explica que hace 2 meses realizó un viaje de tres semanas por diversas zonas rurales de la India. Asegura que hizo profilaxis con mefloquina semanal antes, durante y 4 semanas después del viaje, sin olvidar ninguna toma. Entre las diversas pruebas se realiza una extensión de sangre periférica cuyos hallazgos se muestran en la imagen n° 12. ¿Cuál es la mejor de las siguientes afirmaciones?

1. Se pueden apreciar 2 trofozoitos de *P. vivax*.
2. Se observan varios granulocitos en diferentes estadios de maduración.
3. Lo más sugestivo es que se trate de esquizontes de *P. falciparum*.
4. Se observan hematies fragmentados y cuerpos de Howell-Jolly.
5. Se trata de eritroblastos circulantes.

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

Supongamos que se establece el diagnóstico de paludismo. El tratamiento erradicador de los estadios hepáticos para prevenir las recurrencias debe considerarse en las parasitemias por:

1. *P. falciparum* y *P. malarie*.
2. *P. ovale* y *P. vivax*.
3. *P. falciparum* y *P. ovale*.
4. *P. malarie* y *P. vivax*.
5. *P. falciparum* y *P. malariae*.

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

En la fractura que puede verse en la imagen n° 13, ¿cuál es el nervio que puede verse afectado con mayor frecuencia?

1. Nervio musculocutáneo.
2. Nervio radial.
3. Nervio cubital.
4. Nervio mediano.
5. Nervio circunflejo.

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

¿En cuál de las siguientes circunstancias NO se aconseja el tratamiento quirúrgico como opción inicial en el manejo de esta fractura?

1. Paciente politraumatizado.

2. Fractura patológica.
3. Lesión asociada de la arteria braquial.
4. Angulación en el foco de fractura de 10 grados.
5. Lesión asociada ipsilateral del cúbito y radio (codo flotante).

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

Se trata de un enfermo de 42 años que presenta un dolor lumbar intenso, irradiado por glúteo, cara dorsal de muslo y dorsolateral de la pierna derecha. En la exploración (imagen n° 14) encontramos un pie derecho caído (foto 1) y ocurre lo que puede ver cuando le pedimos que levante las puntas de los pies (foto2). Debe sospechar:

1. Neuropatía del nervio ciático común.
2. Neuropatía del nervio ciático popliteo externo o peroneal.
3. Radiculopatía S1 derecha.
4. Radiculopatía L5 derecha.
5. Hernia discal L3-L4.

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

¿Qué otros hallazgos esperaría encontrar en la exploración física del paciente anterior?

1. Hipoestesia en la planta del pie derecho.
2. Pérdida del reflejo rotuliano derecho.
3. Debilidad en el músculo sóleo derecho.
4. Pérdida del reflejo aquileo derecho.
5. Pérdida de sensibilidad en la cara dorsal del pie derecho.

**29. Pregunta vinculada a la imagen n°15**

Mujer de 52 años asintomática que acude a un programa de detección precoz de cáncer de mama. Para completar el estudio se realiza una radiografía ampliada que se muestra en la imagen n° 15. ¿Cuál es el signo radiográfico que define mejor los hallazgos ?

1. Mamografía normal.
2. Nódulos con microcalcificaciones.
3. Lesiones microquísticas.
4. Microcalcificaciones segmentarias sospechosas de malignidad.
5. Microcalcificaciones groseras sugestivas de mastopatía fibroquística.

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

**A la vista de estos hallazgos, ¿cuál es la actitud a realizar?**

1. Control mamográfico en 6 meses para ver su estabilidad.
2. Biopsia con control esterotáxico.
3. Cirugía radical.
4. Tratamiento con antiestrógenos.
5. Control rutinario en el programa de cribado mamográfico.

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

**En la radiografía de la imagen nº 16 se observa:**

1. Lesiones líticas.
2. Lesiones blásticas.
3. Alteraciones en sal y pimienta.
4. Hiperostosis focal.
5. Craneoestenosis.

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

**¿Cuál de entre los siguientes es su diagnóstico?**

1. Hiperparatiroidismo.
2. Acromegalia.
3. Enfermedad de Paget.
4. Mieloma.
5. Hipervitaminosis D.

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

**Niño de 7 meses traído a Urgencias por presentar episodios intermitentes de llanto de aparición brusca con encogimiento de piernas, irritabilidad, sudoración y palidez. En las últimas horas ha comenzado con rechazo del biberón y deposiciones con sangre encontrándose muy aletargado. La exploración física es difícil debido a su irritabilidad. Introducción del gluten hace una semana. Se le realiza una ecografía de abdomen (imagen nº 17) donde se observa la imagen adjunta. ¿Cuál es su diagnóstico?**

1. Gastroenteritis aguda.
2. Apendicitis aguda.
3. Invaginación intestinal.
4. Posible intolerancia alimentaria.
5. Adenitis mesentérica.

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

**En el paciente del caso anterior, una de las siguientes medidas terapéuticas NO está indicada. Señale cuál.**

1. Reducción hidrostática con enema de bario.
2. Reducción hidrostática con insuflación de aire.
3. Antibioterapia de amplio espectro (ampicilina y gentamicina) durante al menos 24 horas.
4. Tratamiento conservador con dieta normal para su edad pero exenta gluten.
5. Tratamiento quirúrgico.

**35. En relación a la infección por H. pylori, señalar la respuesta FALSA:**

1. Se recomienda la erradicación de esta bacteria en personas con historia previa de enfermedad ulcerosa péptica, aunque se encuentren asintomáticas.
2. Es recomendable la realización de un amplio despistaje y tratamiento de esta infección en la población general para disminuir la incidencia de cáncer gástrico y de enfermedad ulcerosa péptica.
3. Para comprobar la eliminación de la infección por H. Pylori con la prueba del aliento con urea marcada tras el tratamiento se debe suprimir la toma de inhibidores de la bomba de protones al menos 2 semanas antes.
4. Se recomienda la erradicación de esta bacteria en familiares de primer grado de pacientes con cáncer gástrico.
5. En pacientes con úlcera gástrica se recomienda que la comprobación de la erradicación de esta bacteria se realice con endoscopia y toma de biopsias gástricas para asegurarse de la cicatrización ulcerosa.

**36. El diagnóstico de gastritis crónica se realiza fundamentalmente mediante:**

1. Valoración de Helicobacter Pylori.
2. Ecoendoscopia.
3. Determinación de la vitamina B12.
4. Estudio histológico.
5. Estudios radiológicos.

**37. Una mujer de 46 años de edad, diabética en tratamiento con insulina desde hace unos 12 años presenta sensación de saciedad, náuseas**

vómitos y pérdida de unos 3 kg de peso en el último mes, se sospecha una gastroparesia diabética siendo la mejor prueba para este diagnóstico una de las siguientes:

1. Estudio de vaciamiento gástrico de sólidos con isótopos radiactivos.
2. Manometría gástrica.
3. Gastroscoopia.
4. Electrogastrografía.
5. Rx con contraste baritado (tránsito gastrointestinal).

38. ¿Cuál de los siguientes supuestos cumple los criterios de Amsterdam-II para el diagnóstico del síndrome de Lynch?

1. Hombre diagnosticado de cáncer colorrectal (CCR) a la edad de 52 años. Padre diagnosticado de CCR a los 75 años. Hermano diagnosticado de CCR a los 61 años.
2. Mujer de 48 años diagnosticada de CCR. Madre diagnosticada de CCR a los 78 años. Prima materna diagnosticada de cáncer de mama a los 39 años.
3. Hombre de 70 años diagnosticado de CCR. Padre con CCR a los 45 años. Hermana con cáncer de cérvix uterino a los 61 años.
4. Mujer de 71 años diagnosticada de CCR. Hermana diagnosticada de cáncer de endometrio a los 48 años. Abuela materna diagnosticada de CCR a los 80 años.
5. Hombre diagnosticado de CCR a los 51 años. Padre diagnosticado de CCR a los 70 años. Hermano diagnosticado de CCR a los 45 años.

39. A un paciente de 75 años con cirrosis hepática que presenta ascitis moderada y tiene varices esofágicas grandes y una puntuación de Child-Pugh de 9 puntos (clase B), se le ha detectado en una ecografía abdominal una lesión hepática única de 3 cm. de diámetro que es hipervascular en fase arterial del angio-TAC. ¿Cuál es la actitud terapéutica más correcta en este caso?

1. Iniciar sorafenib oral.
2. Practicar una resección quirúrgica del tumor.
3. Realizar un tratamiento local mediante técnicas de ablación percutánea.
4. Proponer un trasplante hepático.
5. Tratar con quimioembolización arterial del tumor.

40. Hombre de 20 años previamente sano y sin antecedentes personales de interés que es llevado al servicio de urgencias por presentar agitación durante las últimas 24 horas. Durante la semana previa sus familiares le han notado coloración amarillenta de piel y de conjuntivas. Consumidor ocasional de cocaína y éxtasis y los fines de semana de alcohol (20 gramos). Mantiene relaciones sexuales de riesgo sin protección adecuada. Temperatura 37°C. Presión arterial 110/60 mmHg. En la exploración física se observa agitación psicomotriz y desorientación en tiempo y en espacio, asterixis e ictericia en piel y mucosas, gingivorragias y epistaxis. El resto de la exploración física sin datos patológicos. Las pruebas de laboratorio demuestran hiperbilirrubinemia (25 mg/dl), ALT (GPT) y AST (GOT) mayores de 1000 UI/L; prolongación del tiempo de protrombina (actividad < 40%, INR 1.5). Indique el diagnóstico más probable del cuadro que presenta el paciente:

1. Síndrome hemolítico urémico.
2. Hepatitis alcohólica (esteatohepatitis alcohólica grave).
3. Hepatitis aguda fulminante (insuficiencia hepática aguda grave).
4. Intoxicación por éxtasis.
5. Síndrome de abstinencia de cocaína.

41. En relación al virus de la hepatitis C, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?

1. Es un virus RNA.
2. El genotipo más frecuente en España es el genotipo 1.
3. El genotipo 3 responde mejor al tratamiento que el genotipo 1.
4. Puede ser causa de cirrosis hepática.
5. El tratamiento consiste en administrar ribavirina en monoterapia.

42. Mujer de 62 años que ingresa por ictericia franca. Se realiza una colangio-resonancia magnética nuclear que muestra una masa en la cabeza del páncreas y estenosis de colédoco adyacente a la masa pero también una estenosis de conducto hepático común. Una punción aspiración con aguja fina de la masa no muestra células malignas. Debido a una crisis de broncoespasmo no relacionada con el problema pancreático se administran corticoides. Curiosamente la ictericia



cede. Se realiza una TC abdominal y la masa ha disminuido de tamaño, apreciándose una menor dilatación de la vía biliar. ¿Qué prueba sería más útil para confirmar la causa más probable del cuadro?

1. Determinación serológica de IgG4.
2. PET-TAC.
3. Gammagrafía con octreótido marcado.
4. Radiografía de tórax.
5. Estudio serológico de Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).

43. Una mujer de 55 años ingresa en el hospital con el diagnóstico de pancreatitis aguda. ¿Cuál de las siguientes pruebas o determinaciones analíticas NO es útil para predecir la gravedad de esta enfermedad?

1. Tomografía axial computerizada (TAC) del abdomen.
2. Creatinina en sangre.
3. Niveles de amilasa y lipasa en sangre.
4. Hematocrito.
5. Nitrógeno ureico en sangre (BUN).

44. Paciente con pancreatitis aguda. En Tomografía Axial Computerizada (TAC) realizada a las 72 horas de ingreso se aprecia una necrosis del 50% del páncreas. A la 3ª semana de ingreso el paciente comienza con fiebre elevada y leucocitosis. Se solicita radiografía de tórax urgente y sedimento urinario, siendo ambos normales. Señale el siguiente paso a seguir:

1. Punción aspiración con aguja fina de necrosis pancreática guiada por ecografía o TAC.
2. Aspirado broncoalveolar, cultivo de orina y hemocultivos.
3. Resonancia Magnética Nuclear abdominal.
4. Colectomía urgente.
5. Ecoendoscopia con punción de la necrosis.

45. ¿En cuál de las siguientes entidades que se enumeran a continuación NO es característico la presencia de signos o síntomas de malabsorción?

1. Enfermedad de Whipple.
2. Linfangiectasia intestinal.
3. Esprúe celiaco.
4. Abetalipoproteinemia.

5. Enfermedad de Wilson.

46. Cúal de las siguientes entidades clínicas NO es objeto de estudios endoscópicos repetidos (de seguimiento) para el despistaje precoz de neoplasia digestiva.

1. Esófago de Barret.
2. Pólipos adenomatosos de colon.
3. Hernia hiatal en pacientes con reflujo clínico sintomático.
4. Familiares de primer grado con cáncer de colon.
5. Pancolitis ulcerosa de más de 10 años de evolución.

47. Mujer de 55 años, intervenida de apendicitis hace 24 años, que acude porque estando previamente bien, ha comenzado con vómitos de repetición tras desayunar, hace unas 12 horas, asociado a distensión abdominal. Ha presentado una deposición diarreica a las pocas horas de comenzar el cuadro. A la exploración se evidencia distensión abdominal, timpanismo y aumento de ruidos intestinales, pero no irritación peritoneal. La analítica no presenta alteraciones. En la radiografía de abdomen aparece dilatación de asas de intestino delgado, sin poder objetivarse gas en la ampolla rectal. Respecto a este caso es cierto que:

1. Se trata de un cuadro de obstrucción intestinal por bridas que requiere laparotomía de urgencia.
2. Lo más probable es que nos encontremos ante un caso de obstrucción a nivel de intestino grueso.
3. El hecho de que la paciente haya presentado una deposición diarreica nos permite excluir el diagnóstico de obstrucción intestinal. Son necesarios más estudios de imagen para asegurar un diagnóstico.
4. Deberíamos indicar la práctica de una colonoscopia descompresiva.
5. El manejo inicial debe ser conservador, con sueroterapia, aspiración nasogástrica y vigilancia clínica, analítica y radiográfica periódica.

48. Las complicaciones preoperatorias de mayor interés de la hernia inguinal son la estrangula-

**ción y la incarceration. ¿Qué hecho las diferencia?**

1. La hernia estrangulada se reduce con la manipulación y la incarceration no.
2. La hernia incarceration se caracteriza por cursar con interrupción del tránsito intestinal y la estrangulada no.
3. La hernia estrangulada cursa con alteración de la circulación sanguínea del contenido herniario.
4. La estrangulación es más frecuente en las hernias inguinales directas y la incarceration en las indirectas.
5. La hernia incarceration se caracteriza por cursar con dolor intenso y permanente.

**49. Respecto al insulinoma, señale la respuesta correcta:**

1. Se asocia a MEN tipo IIa.
2. Es un tumor endocrino pancreático cuya resección quirúrgica supone la curación en la mayoría de casos.
3. Suele ser un tumor multifocal y maligno en la mayoría de los casos.
4. Suele ser un tumor de localización extrapancreática.
5. El tratamiento de elección es la radiofrecuencia percutánea.

**50. Un paciente con EPOC grave acude agudizado a Urgencias y presenta una gasometría arterial extraída con FiO<sub>2</sub> del 31% a nivel del mar con una PaO<sub>2</sub> de 86 mm Hg, PaCO<sub>2</sub> 65 mm Hg, pH 7.13 y Bicarbonato 27 mmol/litro. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?**

1. El paciente está hiperventilando.
2. El gradiente alveolo-arterial de oxígeno está elevado.
3. El paciente está en acidosis respiratoria.
4. El nivel de bicarbonato es normal.
5. Se debería considerar iniciar ventilación mecánica.

**51. Acude a revisión a la consulta de alergia una mujer de 53 años de edad con asma bronquial. Refiere repetidas agudizaciones con clínica nocturna, utilización frecuente de medicación de rescate y disnea de esfuerzo al caminar en llano. Tiene una espirometría que muestra un cociente**

**prebroncodilatador del FEV<sub>1</sub>/FVC del 60% y un FEV<sub>1</sub> del 55%. Las pruebas cutáneas son positivas para ácaros y la IgE total de 150 UI/ml. La paciente está siendo tratada con una combinación de salmeterol/budesonida a dosis altas (50/500 mg: 2 inhalaciones dos veces al día), prednisona oral de mantenimiento (10 mg/día) y teofilina. De las siguientes opciones, ¿cuál es la actitud terapéutica más aconsejable?**

1. Añadir sulfato de magnesio.
2. Aumentar la dosis de prednisona a 30 mg/día.
3. Añadir omalizumab.
4. Pautar tratamiento nebulizado en el domicilio.
5. Cambiar a una combinación con dosis altas de budesonida y formoterol.

**52. Un hombre de 67 años consulta por disnea de moderados esfuerzos de aparición progresiva en los últimos años. Tiene expectoración blanquecina diaria y a veces ruidos respiratorios, especialmente en invierno con las infecciones respiratorias. Ha sido fumador de unos 20 cigarrillos diarios durante los últimos 45 años. En la exploración se encuentra eupneico, normocoloreado, con una saturación de oxígeno del 94%, y presenta disminución generalizada del murmullo vesicular en la auscultación torácica como únicos hallazgos de interés. La radiografía de tórax muestra una silueta cardíaca alargada, con signos de hiperinsuflación o atrapamiento aéreo pulmonar, sin otras alteraciones. Se realiza una espirometría el siguiente resultado: FVC 84%, FEV<sub>1</sub> 58%, FEV<sub>1</sub>/FVC 61%, sin cambios tras broncodilatador. Entre los señalados, indique el tratamiento más adecuado para este paciente.**

1. Corticoide inhalado diario.
2. Oxigenoterapia domiciliaria con fuente portátil de oxígeno para deambulación.
3. Antagonista de leucotrienos por vía oral.
4. Corticoide oral durante tres meses.
5. Tiotropio inhalado.

**53. Hombre de 71 años, camarero jubilado, no fumador, que consulta por ronquidos nocturnos. El paciente tiene un índice de masa corporal de 31,5 Kg/m<sup>2</sup> y refiere ligera somnolencia diurna postprandial (Escala de Somnolencia de Epworth de 3) sin otros síntomas, signos o antecedentes clínicos relevantes. El índice de apnea-hipopnea obtenido en la polisomnografía fue de 18. Con estos datos, ¿cuál es la medida a adop-**

**tar más adecuada en este paciente?**

1. Medidas higiénico-dietéticas y control evolutivo.
2. Uvulopalatofaringoplastia.
3. CPAP (Presión Positiva Continua en la Vía Aérea) nasal.
4. Ventilación mecánica no invasiva.
5. Oxigenoterapia nocturna.

**54. ¿Cuál es el índice más empleado para establecer la gravedad de la EPOC?**

1. Grado de disnea.
2. Índice de masa corporal.
3. Volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1).
4. Distancia recorrida en la prueba de la marcha de 6 minutos.
5. Puntuación obtenida en los cuestionarios de calidad de vida.

**55. Una capacidad vital normal en decúbito supino (es decir no inferior al 5% de la capacidad vital sentado) nos indica:**

1. Que el paciente no tiene un síndrome de apnea obstructiva del sueño.
2. La capacidad vital no se debe medir nunca en decúbito supino.
3. Que el paciente no tiene un síndrome hepatopulmonar.
4. Que el paciente no tiene enfisema clínicamente relevante.
5. Que el paciente no tiene una debilidad clínicamente relevante de los músculos inspiratorios.

**56. En la auscultación respiratoria se producen una serie de sonidos básicos que debemos reconocer y por ello propongo una serie de parejas (sonidos / posibles patologías) que se relacionan, salvo en un caso que no existe ninguna congruencia.**

1. Crepitantes finos - fibrosis intersticial.
2. Estridor – obstrucción bronquiolar.
3. Crepitantes gruesos – bronquitis aguda.
4. Una respiración superficial con difícil audición de los ruidos respiratorios - enfermedad neuromuscular.

5. Crepitantes que recuerdan al frote de dos trozos de cuero - inflamación pleural.

**57. Mujer de 56 años de edad, con antecedentes de esquizofrenia bien controlada, sin hábitos tóxicos. Ingresada por neumonía en lóbulo medio con un pequeño derrame pleural metaneumónico asociado y en tratamiento con levofloxacino 500 mg/24h. Presenta buena evolución clínica salvo por persistencia de febrícula y leucocitosis al sexto día de tratamiento. No se dispone de estudios microbiológicos. La conducta más adecuada es:**

1. La evolución es normal, debe mantenerse tratamiento hasta completar los 10 días.
2. Se considera un fracaso terapéutico y debe modificar el tratamiento antibiótico.
3. Realizar toracocentesis para descartar empiema.
4. Asociar corticoides a dosis de 0.5 mg/Kg/día al tratamiento antibiótico.
5. Realizar broncoscopia con biopsia, aspiración y lavado broncoalveolar.

**58. ¿Cuál de las siguientes situaciones NO es causa de un aumento de los requerimientos de insulina en un paciente diabético?**

1. Tratamiento con corticoides.
2. Infección urinaria.
3. Encamamineto por fractura.
4. Insuficiencia renal.
5. Estrés psíquico.

**59. Diabético tipo 1 que acude a Urgencias por disnea y malestar general. En la analítica presenta glucemia 450 mg/dl, Na 142 mEq/l, K 4 mEq/l, pH 7.15, bicarbonato 12 mmol/l. ¿Qué tratamiento NO estaría indicado?**

1. Suero fisiológico iv rápido.
2. Suero glucosado 5 % iv cuando la glucemia sea menor de 250 mg/dl.
3. Insulina rápida humana iv.
4. Cloruro potásico 100 mEq / día diluido en los sueros.
5. Bicarbonato sódico 1M 100 cc iv en 30 minutos.

60. ¿Cuál de las siguientes variables NO es característica del Síndrome Metabólico?
1. Triglicéridos > 150 mg/dL.
  2. Aumento de colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad (LDL).
  3. Descenso de colesterol ligado a lipoproteínas de alta densidad (HDL).
  4. Hipertensión arterial.
  5. Metabolismo de la glucosa alterado.
61. Una mujer de 76 años nos consulta porque está preocupada por su riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular ya que su madre falleció por esta causa hace un año. Está diagnosticada de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 por lo que sigue tratamiento con glipizida, aspirina, enalapril y atorvastatina. Fuma 20 cigarrillos al día y lleva una vida sedentaria. A la exploración se detecta una presión arterial de 150/80 mm de Hg. En la analítica destaca una hemoglobina A1C de 8% y un LDL colesterol de 110 mg/dL. ¿Cuál de las siguientes acciones se asocia con una mayor reducción del riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular?
1. Conseguir un óptimo control de la presión arterial.
  2. Conseguir unos niveles óptimos de hemoglobina A1C.
  3. Añadir al tratamiento un antioxidante.
  4. Abandonar el tabaco.
  5. Conseguir unos niveles de LDL inferiores a 100 mg/dL.
62. Entre las causas posibles de galactorrea se encuentran las siguientes, EXCEPTO:
1. Adenoma hipofisario.
  2. Hipertiroidismo.
  3. Tratamiento con paroxetina.
  4. Tratamiento con antagonistas del calcio.
  5. Producción ectópica de prolactina por un carcinoma broncogénico.
63. En relación con la neoplasia endocrina múltiple tipo 2 indique la afirmación cierta:
1. La presencia del gastrinoma condiciona la morbilidad y la mortalidad.
  2. La existencia de hiperparatiroidismo primario es infrecuente.
  3. El estudio de la mutación del protooncogen RET tiene importancia en su manejo.
  4. Es característico el feocromocitoma de localización extraadrenal.
  5. Suelen aparecer tumores carcinoides que se localizan en el timo.
64. Un paciente con soporte nutricional enteral, presenta a las 72 horas de iniciar la nutrición enteral, una analítica que muestra una hipofosforemia e hipopotasemia, con clínica de insuficiencia cardíaca. El paciente es diagnosticado de síndrome de realimentación. Indique cuál de los siguientes factores NO se considera de riesgo para que un paciente presente este cuadro:
1. Malnutrición calórica previa.
  2. Anorexia nerviosa.
  3. Obsesidad no mórbida.
  4. Ancianos.
  5. Vómitos y diarrea prolongados.
65. Remiten a su consulta a un paciente con obesidad (índice de masa corporal 38). En la historia clínica el paciente refiere que presenta obesidad desde los 17 años (en la actualidad tienen 36 años), habiendo realizado múltiples dietas con pérdidas ponderales que oscilan entre 5 y 10 kg pero que posteriormente ha recuperado el peso. En la actualidad el paciente realiza una dieta de 1500 Kcal (autoadministrada y no restringida en grasas) con un buen seguimiento de dicha dieta, realizando una hora de ejercicio aeróbico durante 4 días a la semana. Ha perdido 3 kg pero precisa una pérdida añadida de 7 kg más. Ante la posibilidad de añadir un fármaco frente a la obesidad, ¿cuál utilizaría para disminuir la absorción de grasas?
1. Orlistat.
  2. Topiramato.
  3. Sibutramina.
  4. Liraglutida.
  5. Metformina.
66. Un paciente de 74 años con resección intestinal tras una trombosis mesentérica, acude a consulta por cansancio y dolor óseo. Había sufrido una fractura de Colles tres meses antes. Los estudios analíticos ponen de manifiesto una anemia de 9.5 g/dL, microcítica, albúmina 3.5 g/dL, calcio 7.5

mg/dl, fosfato 2.0 mg/dl y fosfatasa alcalina 224 UI (normal hasta 120 UI/l). Las radiografías del fémur muestran unas bandas radiolúcidas perpendiculares a la cortical en el lado interno de su parte superior. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

1. Osteoporosis.
2. Enfermedad de Paget.
3. Osteitis fibrosa.
4. Metástasis de cáncer de próstata.
5. Osteomalacia.

67. Una paciente de 56 años consultó por dolores en columna dorso-lumbar y dificultad progresiva para realizar las tareas habituales. En los últimos 5 años aumentó de peso, tiene equimosis con facilidad y se detectó hipertensión arterial. Exploración física: Obesidad de predominio central, facies redondeada, aumento de la grasa supraclavicular, disminución de la fuerza muscular proximal y algunas estrías rojizas en abdomen. Tiene glucemia de 136 mg/dL y el estudio radiológico mostró osteoporosis y aplastamientos vertebrales. ¿Cuál le parece la interpretación y actitud más coherentes?

1. Osteoporosis post-menopáusica, diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial esencial, con disminución de fuerza por polineuropatía diabética.
2. Es necesario descartar enfermedad de Cushing mediante test de supresión con dexametasona y realizar una TC craneal.
3. Sugiere un Cushing. Determinar cortisol libre urinario y ACTH basal, que sirve para orientar su etiología y seleccionar la técnica de imagen más apropiada.
4. Parece un Cushing. Si la ACTH basal es alta, puede ser por el uso de corticoides o un tumor suprarrenal, debiendo realizar una resonancia magnética.
5. Probablemente tiene un Cushing. Si la ACTH basal es baja, probablemente tenga un microadenoma hipofisario, debiendo realizar una TC craneal.

68. Mujer de 52 años, natural de un pueblo de la Costa Brava que al ponerse crema en el cuello nota un bulto en la zona anterior, por lo demás asintomático; acude a su médico de cabecera que confirma la presencia de una masa firme de 2 cm. de diámetro máximo, liso, que asciende con la deglución. No adenopatías palpables. ¿Qué

pruebas solicitaría de entrada?

1. Una determinación de tiroglobulina en sangre.
2. Una TC cervical.
3. Una determinación de anticuerpos antitiroideos (antitiroglobulina y antiperoxidasa) circulante.
4. Una punción con aguja fina.
5. Una determinación de T3 libre.

69. Un cuadro de cefalea que empeora con los esfuerzos, cursa con empeoramientos y mejorías a lo largo del día y se asocia con edema de papila, es típico del síndrome de hipertensión intracreal. Los estudios de TC/RM son normales, confirmando se trata de un síndrome de hipertensión intracreal benigna o pseudotumor cerebrii. ¿A qué tipo de personas afecta este proceso con más frecuencia?

1. Mujeres delgadas de 30-40 años de edad.
2. Hombres obesos de 50-60 años de edad.
3. Mujeres obesas de 20-40 años de edad.
4. Mujeres obesas de 60-70 años de edad.
5. Hombres delgados de 30-40 años de edad.

70. En un paciente diagnosticado de esclerosis múltiple podemos encontrar todos los siguientes hallazgos en el líquido cefalorraquídeo EXCEPTO:

1. Leve elevación de proteínas.
2. Aumento de inmunoglobulinas tipo IgM e IgG.
3. Bandas oligoclonales en el LCR y no en el suero.
4. Número de linfocitos hasta 100-200 por ml.
5. LCR bioquímicamente normal.

71. Niño de 10 años con episodios breves de distracciones (< 1 minuto) en los que no responde a llamadas y parpadea. Un EEG muestra descargas de punta-onda a 3 ciclos por segundo. El tratamiento electivo de primera línea lo haría con:

1. Valproato.
2. Carbamacepina.
3. Fenitoína.
4. Gabapentina.

5. Clonazepam.

72. En un paciente con parkinsonismo, cuál de las siguientes situaciones le parece MENOS probable que ocurra en la enfermedad de Parkinson:

1. Ausencia de respuesta a la levodopa.
2. Disquinesias coreicas bajo tratamiento con levodopa.
3. Distonía en el pie.
4. Alucinaciones visuales bajo tratamiento.
5. Antecedentes familiares de parkinsonismo.

73. Un hombre de 77 años con antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 2, fue diagnosticado hace 2 años de deterioro cognitivo leve. En aquel momento se practicó un Minimental (Folstein) 28/30, Test de Yesavage abreviado 14/15, una analítica con TSH y factores de maduración normales junto con serologías de LUES y VIH negativas y una resonancia magnética (RM) que mostraba atrofia cortical difusa predominante en zona posterior. El paciente acude acompañado de su esposa que refiere evolución progresiva y lenta del deterioro de la memoria (p.e. en ocasiones se ha confundido con las dosis de insulina). No existen alucinaciones ni trastorno conductual. El Minimental actual es de 24/30 y el Test de Yesavage 14/15, no existe focalidad neurológica, temblor ni trastornos del tono o de la marcha a la exploración física. Hace 2 meses acudió a Urgencias tras un traumatismo craneoencefálico leve por caída accidental (la única en 2 años) y se realizó una tomografía que no aportaba nueva información respecto a la RM previa. ¿Cuál es el diagnóstico más probable en este paciente?

1. Demencia frontotemporal.
2. Enfermedad de Alzheimer.
3. Demencia vascular.
4. Enfermedad por cuerpos de Lewy.
5. Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.

74. En un paciente que se presenta en la segunda década de su vida con un cuadro progresivo de parkinsonismo, temblor, distonía y alteración de conducta, usted debe siempre realizar un estudio para descartar la presencia de una enfermedad cuyo tratamiento adecuado puede mejorar los síntomas neurológicos y detener el curso clínico. ¿De qué enfermedad se trata?

1. Enfermedad de Huntington.
2. Enfermedad de Wilson.
3. Síndrome de Tourette.
4. Corea de Sydenham.
5. Enfermedad de Parkinson de inicio juvenil.

75. Mujer de 75 años que consulta por insomnio. Refiere que desde hace años se despierta por la noche con sensación de hormigueo, quemazón en las piernas y a veces en los brazos; estos síntomas se presentan también por la tarde. Nota mejoría al mover las piernas, pero los síntomas recurren durante el reposo, por lo que no puede volver a conciliar el sueño. Este cuadro nos podría orientar al diagnóstico de un síndrome de piernas inquietas ¿Cuál de las siguientes es FALSA?

1. El diagnóstico de esta afectación se basa en criterios clínicos.
2. Habría que realizar una analítica básica que incluyera perfil férrico, hormonas tiroideas y B12 y ácido fólico.
3. El tratamiento estaría indicado en pacientes que presentan alteración del sueño o de la calidad de vida pero no altera el curso de la enfermedad.
4. El diagnóstico se confirma con biopsia muscular.
5. El pramipexol y el ropirinol se utilizan en el tratamiento.

76. Ante un paciente que presenta problemas para la comprensión del lenguaje tanto hablado como escrito, incapacidad para denominar objetos y repetir palabras que se le dicen, habla fluida incomprensible con parafasias semánticas y fonémicas. Se trata de una:

1. Afasia global.
2. Afasia de Wernicke.
3. Afasia de Broca.
4. Afasia transcortical sensitiva.
5. Afasia transcortical motora.

77. Indique, entre las siguientes, cuál es la manifestación clínica MENOS frecuente de los infartos lacunares:

1. Hemiplejía.

2. Disartria.
3. Ataxia.
4. Afasia.
5. Déficit sensitivo.

**78. ¿En cuál de las siguientes situaciones estaría indicada la fibrinólisis endovenosa para tratar un infarto cerebral?**

1. Hombre de 73 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial, con clínica de hemiparesia derecha y afasia de 2,5 horas de evolución y TC craneal normal.
2. Hombre de 91 años de edad con antecedentes de demencia tipo Alzheimer y dependiente para la mayoría de las actividades de la vida diaria, con clínica de hemiparesia derecha y afasia de 1 hora y 30 minutos de evolución. En el TC craneal se evidencia discreta atrofia cerebral global.
3. Hombre de 37 años de edad sin ningún antecedente de interés con clínica de cefalea, hemiparesia y hemihipoestesia izquierda de 30 minutos de evolución en el que no se puede realizar TC craneal por motivos técnicos.
4. Mujer de 53 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 y hemiparesia e hemihipoestesia derecha acompañada de disartria de instauración brusca y que a partir de 1 hora y 50 minutos de inicio de los síntomas inicia una mejoría espontánea del déficit neurológico hasta su total resolución.
5. Hombre de 73 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial y con clínica de hemiparesia derecha y afasia de 2.5 horas de evolución y TC craneal con lesión ocupante de espacio que capta contraste en anillo, con edema perilesional y herniación subfalcial incipiente.

**79. La estenosis espondilótica del canal vertebral lumbar se caracteriza por:**

1. Lesiones medulares hiperintensas en el estudio de resonancia magnética.
2. Dolor en las pantorrillas que aparece en decúbito y mejora al caminar.
3. Paraplejía espástica de evolución crónica-progresiva.
4. Mielopatía transversa aguda con incontinencia de esfínteres.
5. Lumbalgia irradiada a nalgas y muslos inducida en bipedestación prolongada que desaparece en reposo.

**80. El 90% de los aneurismas del ventrículo izquierdo, como complicación de un infarto de miocardio transmural, son secundarios a una oclusión aguda de la arteria coronaria:**

1. Tronco común de la arteria coronaria izquierda.
2. Arteria descendente anterior.
3. Arteria circunfleja.
4. Arteria descendente posterior.
5. Arteria coronaria derecha.

**81. Un hombre de 73 años hipertenso, con fracción de eyección de ventrículo izquierdo de 30% y lesión del 95 % en tronco común izquierdo, es intervenido de doble bypass aortocoronario. Precisa balón de contrapulsación al final de la intervención que se puede retirar 8 horas después. Al día siguiente presenta desorientación, livedo reticularis y lesiones violáceas parcheadas en los dedos de los pies. Señale la respuesta FALSA:**

1. El diagnóstico diferencial incluye la anginitis de Churg Strauss y la Panarteritis.
2. En este caso no hay evidencia de beneficio para el tratamiento con corticoides.
3. La insuficiencia renal aparece generalmente de una a cuatro semanas tras el evento desencadenante.
4. El órgano más frecuentemente afectado es el intestino.
5. Al microscopio de luz polarizada se observarán cristales birrefringentes.

**82. Mujer de 45 años que presenta hipertensión arterial (190/120 mm Hg ) acompañada de K 2.5 mEq/l. Se realiza ecografía abdominal que muestra estenosis de ambas arterias renales. Indique que tratamiento está contraindicado:**

1. Enalapril.
2. Propanolol.
3. Amiloride.
4. Prazosin.
5. Amlodipino.

**83. Mujer de 80 años, que acude al Servicio de Urgencias a las 4 de la madrugada por referir dis-**

nea de reposo de aparición súbita con tos seca y dolor torácico opresivo irradiado a cuello. Antecedentes de HTA esencial de larga evolución e infarto agudo de miocardio. A la exploración: TA 220/130 mm Hg, Fc 100 lpm. Fr 30 rpm. Saturación de O<sub>2</sub> 70%. Auscultación: ruidos rítmicos, rápidos, con crepitantes y sibilancias generalizados en ambos hemitórax. ECG: Taquicardia sinusal a 110 lpm, con inversión de la onda T en V1-V6. Radiografía de tórax: patrón en "alas de mariposa". Analítica: péptido natriurético (pro-BNP) 400 pg/ml (normal <100 pg/ml). Señale lo FALSO respecto a las medidas terapéuticas:

1. Le colocaría ventilación no invasiva pues mejora la oxigenación, la función cardíaca y reduce la necesidad de intubación orotraqueal.
2. Le administraría morfina porque reduce la precarga y mejora la disnea y la ansiedad.
3. Le administraría nitroglicerina intravenosa por sus efectos venodilatadores y vasodilatadores coronarios.
4. El nitroprusiato es el vasodilatador recomendado.
5. Al administrar furosemida se reducirá la precarga antes de iniciar su efecto diurético.

84. ¿Que alteración ecocardiográfica es sugestiva de taponamiento cardíaco?

1. Alternancia eléctrica.
2. Alternancia mecánica.
3. Colapso diastólico de cavidades derechas.
4. Colapso sistólico de cavidades derechas.
5. Colapso sistólico de cavidades izquierdas.

85. Si en un paciente con insuficiencia cardíaca crónica detectamos unas ondas v prominentes en el pulso venoso yugular y en la auscultación cardíaca se ausculta un soplo holosistólico en el área del apéndice xifoides que se acentúa con la inspiración profunda. Cuál es la valvulopatía responsable de esta exploración física?

1. Insuficiencia mitral.
2. Insuficiencia pulmonar.
3. Insuficiencia tricúspide.
4. Insuficiencia aórtica.
5. Estenosis aórtica.

86. ¿Qué exploración aconsejaría en primer lugar a un paciente de 82 años que refiere angina de esfuerzo y que a la auscultación presenta un soplo sistólico eyectivo de intensidad 3/6?

1. Una prueba de esfuerzo.
2. Una coronariografía.
3. Un Ecocardiograma de ejercicio.
4. Un TAC coronario.
5. Un Ecocardiograma-Doppler.

87. Mujer de 70 años, hipertensa y diabética que ha trabajado de dependiente toda su vida. Consulta por una lesión maleolar interna en la pierna derecha con intenso dolor durante todo el día que empeora durante la noche. A la exploración destacan cordones varicosos no complicados en ambas extremidades y pulsos femorales y poplíteos normales con ausencia de distales. ¿Qué exploración deberíamos realizar en primer lugar?

1. Eco-doppler venoso de miembros inferiores.
2. Angiorresonancia de miembros inferiores.
3. Arteriografía.
4. Índice tobillo-brazo.
5. AngioTC.

88. Ante un paciente de 50 años con sospecha clínica de disección aguda de aorta tipo A (clasificación de Stanford) en situación inestable (dolor precordial agudo, hipotensión arterial ligera y ansiedad intensa), indique el estudio diagnóstico pertinente para confirmar el diagnóstico e identificar los detalles anatómicos previo a la cirugía.

1. Tomografía computarizada.
2. Ecocardiografía transesofágica.
3. Ecocardiografía transtorácica.
4. Resonancia magnética.
5. Aortografía.

89. Un paciente de 62 años de edad, portador de una bioprótesis de pericardio en posición mitral desde hace dos años. Ingresa de urgencia por presentar un síndrome coronario agudo. Dos días después y tras una evolución favorable, presenta de forma súbita un cuadro de insuficiencia cardíaca con edema agudo de pulmón. Señale cuál es la opción diagnóstica en este caso



**entre las siguientes posibilidades:**

1. Insuficiencia mitral aguda posinfarto.
2. Aneurisma ventricular izquierdo.
3. Comunicación interventricular aguda.
4. Comunicación interauricular posinfarto.
5. Disfunción de la bioprótesis por probable endocarditis aguda.

**90. En relación a la cirugía de revascularización coronaria, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?**

1. La angina desaparece o mejora de forma importante en cerca del 90% de los pacientes que reciben una revascularización completa.
2. La permeabilidad a largo plazo es mayor con injerto de arteria mamaria que con injerto de vena safena.
3. Los pacientes con enfermedad de tres vasos y disfunción ventricular izquierda suelen recibir como primera opción de revascularización la cirugía coronaria.
4. En los pacientes diabéticos es preferible la revascularización percutánea a la cirugía de revascularización coronaria.
5. La edad avanzada y la disfunción ventricular izquierda son factores que incrementan el riesgo operatorio en la cirugía coronaria.

**91. ¿Qué tipo de estimulación eléctrica mejora la morbilidad y mortalidad en los pacientes con miocardiopatía dilatada, en ritmo sinusal con QRS ancho y morfología de bloqueo de rama izquierda del haz de His?**

1. La estimulación en aurícula derecha.
2. La estimulación en ventrículo derecho.
3. La estimulación aurículo-ventricular.
4. La estimulación biventricular.
5. La estimulación en ventrículo izquierdo.

**92. Los siguientes hallazgos están presentes tanto en la deficiencia de ácido fólico como en la deficiencia de vitamina B12, EXCEPTO uno:**

1. Hematíes macrocíticos.
2. Neuropatía periférica.
3. Maduración megaloblástica en la médula ósea.

4. Niveles elevados de lactato deshidrogenasa (LDH) y bilirrubina indirecta.
5. Hipersegmentación de neutrófilos.

**93. A una mujer de 30 años, asintomática, en un examen rutinario se le detecta anemia. En la exploración física se aprecia ictericia conjuntival y esplenomegalia. La paciente refiere historia familiar de litiasis biliar en edades tempranas. Todo ello sugiere el diagnóstico más probable de:**

1. Déficit de glucosa 6-fosfato deshidrogenasa.
2. Talasemia menor.
3. Deficiencia de vitamina B12 y/o ácido fólico.
4. Déficit familiar de piruvatokinas.
5. Esferocitosis hereditaria.

**94. Niño de 18 meses de edad, con calendario vacunal completo hasta la fecha, que consulta en el Servicio de urgencias por tumefacción de la rodilla derecha tras jugar en el parque, sin traumatismo evidente. En la anamnesis dirigida, la madre refiere que un tío de ella tenía problemas similares. La exploración ecográfica es compatible con hemartros y en la analítica que se realiza sólo destaca un alargamiento del APTT de 52" (normal 25-35"). ¿Cuál es la hipótesis diagnóstica más probable?**

1. Síndrome de Marfan.
2. Enfermedad de Von Willebrand.
3. Enfermedad de Ehlers-Danlos.
4. Hemofilia A.
5. Enfermedad de Bernard-Soulier.

**95. Una mujer de 63 años de edad, ingresada en el hospital para tratamiento quirúrgico de un cáncer de colon presenta dolor pleurítico en hemitórax izquierdo y disnea de comienzo brusco. A la exploración la enferma está taquipneica, con signos de mala perfusión periférica y TA sistólica de 70 mm Hg. Un ECG muestra inversión de la onda "T" de V1 a V4. ¿Cuál es la conducta clínica más adecuada para realizar a continuación?**

1. Pautar morfina, furosemida y dopamina y vigilar evolución.
2. Se debe solicitar determinación de dímero D para confirmar o descartar el diagnóstico de embolia de pulmón.

3. Hay alta sospecha de embolia de pulmón y se debe iniciar tratamiento con heparina de bajo peso molecular sin realizar más estudios.
4. Existe alta sospecha de embolia de pulmón masiva y se debe realizar angioTC para confirmarla y valorar tratamiento fibrinolítico.
5. Se debe solicitar determinación de NT-proBNP y Troponinas y conocer el resultado antes de realizar un nuevo procedimiento diagnóstico.

**96. Un hombre de 58 años, no fumador y sin antecedentes personales relevantes, es ingresado en la planta de neurología por un accidente cerebrovascular agudo isquémico. Su hemograma muestra 18.5 g/dl de hemoglobina con un hematocrito de 60%. Todos los siguientes datos concuerdan con el diagnóstico de Policitemia Vera EXCEPTO uno. Señálelo:**

1. Niveles de eritropoyetina séricos elevados.
2. Presencia de la mutación V617F del gen JAK-2.
3. Esplenomegalia moderada.
4. Presencia de prurito "acuágeno" y eritromelalgia.
5. Presencia de leucocitosis neutrofílica y trombocitosis.

**97. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta respecto a los linfomas de la zona marginal tipo MALT gástrico?**

1. Se presentan frecuentemente con grandes masas adenopáticas diseminadas.
2. Algunos casos se curan con tratamiento anti-biótico.
3. La cirugía radical es el tratamiento de elección hoy día.
4. Presentan un curso clínico agresivo.
5. Se caracterizan por el reordenamiento del gen bcl-1.

**98. Una mujer de 33 años consulta por epistaxis de repetición, petequias y equimosis. Las pruebas de laboratorio muestran trombocitopenia con un recuento plaquetario de 4000 plaquetas/microlitro. El diagnóstico de presunción inicial es de púrpura trombocitopénica inmunitaria crónica (PTI). ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA respecto al diagnóstico de PTI?**

1. La presencia de adenopatías o esplenomegalia en la exploración física sugiere un diagnóstico diferente de PTI.
2. El análisis de médula ósea muestra un número disminuido de megacariocitos, sin otras alteraciones.
3. El hemograma completo muestra trombocitopenia aislada con plaquetas a menudo grandes, sin anemia salvo que exista una hemorragia importante o hemólisis autoinmune asociada (síndrome de Evans).
4. El diagnóstico de PTI se establece por exclusión de otros procesos causantes de trombocitopenia.
5. La determinación de anticuerpos antiplaquetarios no es precisa para establecer el diagnóstico.

**99. En la macroglobulinemia de Waldeström se producen todas las manifestaciones que se indican EXCEPTO una:**

1. Lesiones osteolíticas.
2. Proliferación de linfoplasmocitos.
3. Componente monoclonal IgM.
4. Hiperviscosidad.
5. Adenopatías y esplenomegalia.

**100. Mujer de 58 años, con antecedentes personales de Diabetes Mellitus no insulín dependiente y gonartrosis derecha. Tratada mediante infiltraciones con corticoides en esa rodilla, la última hace seis días. Acude a Urgencias por un cuadro de dolor intenso, inflamación progresiva e impotencia funcional en la rodilla, y fiebre en los dos últimos días. En la exploración hay un derrame a tensión, intenso dolor que impide cualquier maniobra exploratoria, y aumento de temperatura local. La radiología simple muestra cambios degenerativos, y un derrame articular con aumento de partes blandas. La artrocentesis obtiene líquido purulento. ¿Cuál de las siguientes es la conducta diagnóstica y terapéutica más correcta?**

1. Antibioterapia empírica IV con cobertura para S. aureus, y específica cuando se disponga de cultivo y antibiograma
2. Análisis bioquímico del líquido obtenido, y cultivo del mismo. Si los resultados confirman el diagnóstico de artritis séptica, realizar el drenaje quirúrgico y la antibioterapia específica.

3. Realización de punción articular guiada por ecografía para desbridamiento y antibioterapia local intrarticular.
4. Artrocentesis de repetición hasta lograr la reducción de los síntomas inflamatorios.
5. Drenaje quirúrgico urgente, y antibioterapia IV empírica hasta disponer de antibiograma.

**101. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta respecto a los anticuerpos antipéptidos cíclicos citrulinados?**

1. Comienzan a detectarse en sangre en el debut de la Artritis Reumatoide.
2. Son igual de específicos, para Artritis Reumatoide, que el Factor Reumatoide.
3. Se asocian a un peor pronóstico de la Artritis Reumatoide.
4. Son menos sensibles que el factor reumatoide.
5. Su presencia se asocia al HLA-DR2.

**102. Paciente de 50 años, bebedor importante que presenta desde hace 9 meses episodios de una semana de duración de artritis en 1ª metatarsofalángica, tobillo y/o tarso. Elija la opción correcta:**

1. Es necesario realizar tomografía axial computarizada abdominal para descartar pancreatitis crónica.
2. Realizaría análisis del líquido sinovial de una articulación afectada.
3. Trataría las crisis agudas con alopurinol.
4. El diagnóstico más probable es una artritis reactiva.
5. Está indicado iniciar tratamiento con metotrexato.

**103. Joven de 22 años de edad que consulta por dolor abdominal acompañado de fiebre. Ha tenido varios episodios similares, siempre autolimitados, en los últimos 4-5 años. Además refiere un episodio de monoartritis en rodilla derecha un año antes. En los antecedentes familiares se recoge que un hermano, de 24 años, fue ingresado dos años antes por pericarditis. En la exploración se aprecia dolor a la palpación abdominal, con signos de peritonismo. En las pruebas complementarias destacar: leucocitosis (13.000/mL) con neutrofilia (85%); PCR 15 mg/dL (normal < 5 mg/dL). Con esta historia Vd. sospecha un diagnóstico. ¿Qué prueba pedi-**

**ría para establecer el diagnóstico definitivo?**

1. Una tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen.
2. Un estudio genético.
3. Unos anticuerpos antinucleares.
4. Una resonancia magnética nuclear (RMN) de rodilla.
5. Una velocidad de sedimentación globular (VSG).

**104. Varón de 48 años de edad, conserje de un hotel, consulta por cefalalgias resistentes al tratamiento analgésico habitual. En la anamnesis se recoge que desde hace varios años tiene que cambiar su gorra de trabajo porque precisa cada vez tallas mayores. En el estudio analítico tiene una fosfatasa alcalina con niveles séricos cuatro veces mayor de lo normal. ¿Qué enfermedad es más probable?**

1. Tumor cerebral.
2. Acromegalia.
3. Vasculitis aislada del sistema nervioso central.
4. Enfermedad de Paget.
5. Arteritis de células gigantes.

**105. Mujer de 32 años con clínica de una semana de evolución consistente en febrícula, eritema nodoso, inflamación periarticular de tobillos y uveítis anterior. En la radiografía de tórax presenta adenopatías hiliares bilaterales. ¿Cuál es el diagnóstico?**

1. Síndrome de Sjögren.
2. Tuberculosis ganglionar mediastínica.
3. Sarcoidosis tipo síndrome de Löfgren.
4. Lupus eritematoso sistémico.
5. Poliarteritis nodosa.

**106. En relación con la arteritis de células gigantes, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?**

1. El tratamiento con corticosteroides invalida rápidamente el resultado de la biopsia de la arteria temporal.
2. Si se sospecha, en caso de síntomas visuales o si la biopsia se va a retrasar, se debe iniciar de inmediato el tratamiento con corticosteroides.

3. La ausencia de cambios inflamatorios en el segmento de arteria temporal biopsiado descarta el diagnóstico.
4. Es suficiente con mantener el tratamiento con corticosteroides durante dos o tres meses.
5. Si durante la reducción progresiva de los corticosteroides sube lo más mínimo la velocidad de sedimentación globular, debe subirse la dosis, aunque el paciente esté asintomático.

**107. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA respecto a las fracturas del istmo del axis?**

1. Se localiza entre las apófisis articulares superior e inferior de C2.
2. El mecanismo de producción usual es la hiperextensión.
3. La resonancia magnética es de utilidad para determinar si existe una lesión discoligamentosa asociada.
4. En más del 90% de casos la lesión es inestable y se precisa tratamiento quirúrgico.
5. El pronóstico de consolidación con tratamiento conservador es excelente en la fractura por extensión.

**108. Un paciente de 27 años es incapaz de impedir el desplazamiento anterior del fémur sobre la tibia cuando la rodilla está flexionada. ¿Cuál de los siguientes ligamentos está dañado?**

1. Cruzado anterior.
2. Colateral peroneo.
3. Rotuliano.
4. Colateral tibial.
5. Cruzado posterior.

**109. Paciente de 28 años, que tras sufrir un accidente de tráfico frontal de gran energía, presenta deformidad del miembro inferior derecho en aducción y rotación interna de la cadera. Llama la atención que cualquier intento de manipulación le produce intenso dolor. Debemos pensar que el paciente tiene:**

1. Fractura subtrocantérea de fémur.
2. Fractura subcapital de fémur.
3. Luxación coxofemoral anterior.
4. Luxación coxofemoral posterior.
5. Fractura pertrocanterea de fémur.

**110. Hombre de 60 años, con antecedentes de comi-surotomía mitral por estenosis mitral reumática. Ingresa por fiebre de 10 días de evolución, en 3 hemocultivos se aísla Streptococcus del grupo viridans y en un ecocardiograma se observa una vegetación mitral. Se inicia tratamiento con penicilina G y gentamicina. Una semana después de iniciar tratamiento, persiste la fiebre, presenta disnea de pequeños esfuerzos, la presión venosa yugular es de 6 cm y se auscultan estertores húmedos en bases pulmonares. En este momento, ¿cuál sería la actitud más correcta?:**

1. Continuar con el mismo tratamiento hasta completar el tiempo recomendado.
2. Continuar con el mismo tratamiento y realizar valoración de cirugía cardiovascular.
3. Cambiar el tratamiento antimicrobiano a vancomicina y rifampicina, y realizar valoración de cirugía cardiovascular.
4. Cambiar el tratamiento antimicrobiano a vancomicina y rifampicina.
5. Cambiar el tratamiento antimicrobiano a ceftriaxona.

**111. Hombre de 72 años, no fumador ni bebedor, diabético controlado con metformina. Acude al Servicio de Urgencias por presentar un cuadro de dos días de evolución de tos, expectoración purulenta y fiebre de 38,5°C. En la exploración física el paciente está consciente y orientado en tiempo y espacio, y presenta una TA 100/70 mm Hg, una frecuencia cardíaca de 110 lpm y una frecuencia respiratoria de 30 rpm. La auscultación pulmonar pone de manifiesto la presencia de estertores crepitantes gruesos y un soplo tubárico en el campo anterosuperior derecho. El hemograma muestra la existencia de 18.000 leucocitos por mm<sup>3</sup> con desviación a la izquierda. Las determinaciones bioquímicas de urgencia, incluida función renal e iones, son normales, a excepción de una glucemia de 180 mg/dL. ¿Cuál de los siguientes pautas terapéuticas le parece más correcta?**

1. Paracetamol 1 gramo por vía oral cada 8 horas y vigilancia en su domicilio.
2. Claritromicina oral, 1 gr cada 24 horas.
3. Ceftriaxona intravenosa, 1 gramo cada 24 horas asociada a azitromizina intravenosa, 500 mg/24 horas.
4. Amoxicilina/ácido clavulánico oral, 875/125 mg cada 8 horas.

5. Cefotazidima intravenosa, 1 gramo cada 8 horas asociada a tobramicina intravenosa, 6 mg/Kg cada 24 horas.
112. Un paciente con infección VIH se presentó con 40 linfocitos CD4/ $\mu$ L y una carga viral de 2 millones de copias/mL en el momento del diagnóstico. Inició tratamiento antirretroviral con efavirenz, tenofovir y emtricitabina, y 3 semanas más tarde desarrolló un cuadro de fiebre, malestar general y adenopatías cervicales bilaterales. El Mantoux fue negativo, en la Rx de tórax se observaban múltiples adenopatías mediastínicas y en los análisis más recientes presentaba 77 linfocitos CD4/ $\mu$ L y una carga viral de VIH-1 de 1000 copias/mL. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?
1. Tuberculosis ganglionar como síndrome de reconstitución inmune.
  2. Linfoma de alto grado.
  3. Reacción adversa al tratamiento antirretroviral.
  4. Criptococosis sistémica.
  5. Infección por *Pneumocystis jirovecii*.
113. Joven de 26 años natural de Guayaquil (Ecuador), residente en España desde hace 10 años, diagnosticado de psoriasis severa que ha recibido diversos tratamientos en Dermatología con falta de respuesta por lo que deciden en sesión clínica iniciar tratamiento con infliximab (anticuerpo monoclonal dirigido contra el factor de necrosis tumoral alfa). Por este motivo, se le realiza una prueba de tuberculina con una induración de 16 mm., una radiografía de tórax que es normal y es remitido a la consulta de Medicina Interna para valoración. ¿Cuál es el manejo más adecuado con este paciente?
1. Iniciar tratamiento con isoniacida durante 9 meses.
  2. Iniciar tratamiento con isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol.
  3. Remitir nuevamente el paciente a dermatología por el bajo riesgo de desarrollo de enfermedad tuberculosa en este caso.
  4. Realizar prueba de imagen con tomografía computerizada del tórax y posteriormente fibrobroncoscopia para obtención de muestras microbiológicas para cultivo de micobacterias.
  5. Iniciar tratamiento con rifampicina y pirazinamida durante 9 meses.
114. Hombre de 72 años de edad. Antecedentes: Ex-fumador importante. Hipertenso. Diabetes Mellitus tipo 2 en tratamiento con antidiabéticos orales. Infección dentaria que precisó extracción de pieza dental 1 año antes del episodio actual. Ingresa en el Servicio de Infecciosas por presentar fiebre y tumoración en ángulo de la mandíbula; refería haber presentado tumefacción en dicha localización en varias ocasiones en el último año, por lo que había acudido al dentista y había recibido varias pautas de tratamiento antibiótico con amoxicilina, con disminución de la tumefacción mientras tomaba el tratamiento antibiótico y reaparición posterior. ¿Qué etiología le sugiere el cuadro clínico del paciente?
1. Osteomielitis mandibular por *Candida*.
  2. Tuberculosis ósea.
  3. Actinomicosis.
  4. Celulitis facial.
  5. Carcinoma epidermoide.
115. Entre los siguientes fluidos corporales sin contenido hemático, cuál de ellos NO se considera potencialmente infeccioso para la transmisión del VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana).
1. Líquido cefalorraquídeo.
  2. Semen.
  3. Secreciones vaginales.
  4. Orina.
  5. Líquido pleural.
116. Paciente de 48 años que consulta por un cuadro de fiebre, cefalea frontal intensa y sensación nauseosa de 48 horas de evolución. A la exploración física presenta un estado general conservado. No tiene lesiones cutáneas. Se aprecia una discreta rigidez de nuca con signo de Kernig positivo. Ante la sospecha de meningitis se practica una punción lumbar que da salida a un líquido de aspecto claro, con proteínas 170 mg/dl, glucosa 54 mg/dl (glucosa plasmática 98 mg/dl) y células 280 con un 89% de linfocitos. ADA 4 UI/L. ¿Cuál es la causa más probable de la meningitis de este paciente?
1. *Neisseria meningitidis*.
  2. *Mycobacterium tuberculosis*.
  3. *Streptococcus pneumoniae*.

4. Enterovirus.
5. Virus herpes 6.

**117. Hombre de 35 años que presenta hematuria tras infecciones respiratorias desde hace varios años, en la analítica de sangre presenta creatinina 1 mg/dl sin otras alteraciones y en la orina aparecen hematíes 50/campo siendo el 80% dismórficos, con proteinuria de 0.8 gramos en 24 horas. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?**

1. Nefropatía de cambios mínimos.
2. Glomerulonefritis membranosa.
3. Nefropatía Ig A.
4. Glomerulonefritis proliferativa difusa.
5. Glomeruloesclerosis focal y segmentaria primaria.

**118. Una enferma de 60 años diagnosticada de broncopatía crónica, diabetes mellitus, hipertensión arterial y tratada desde hace 4 meses con Omeprazol, Metformina, Salbutamol, Bromuro de Ipratropio y Enalapril 20 mg + Hidroclorotiazida 25 mg. Acude a su médica por cansancio, disminución de apetito, con ligera disnea y tos ocasional, deposiciones variables, a veces blandas y sin síntomas urinarios. Unos análisis muestran leucocitos 10.000/mm<sup>3</sup>, Hto 35%, VCM 80, Glucosa 150 mg/dl, Urea 80 mg/dl, Creatinina 1,6 mg/dl, Sodio 133 meq/l y Potasio 2,9 mEq/l. ¿Cuál es la causa más probable de la hipopotasemia?**

1. Insuficiencia renal.
2. Hiponatremia.
3. Deficit de aporte de potasio.
4. Antihipertensivo.
5. Metformina.

**119. En cuanto a los índices urinarios en el diagnóstico del fracaso renal agudo prerrenal, indique la afirmación INCORRECTA:**

1. La osmolalidad urinaria es superior a 400 mOsm/Kgr.
2. El sodio urinario es inferior a 20 mEq/l.
3. El índice de fallo renal (IFR) es superior a 1.
4. El cociente entre la urea urinaria y la urea plasmática es superior a 10.
5. La excreción fraccional de Sodio (EFNa) es inferior al 1 %.

**120. Un paciente con insuficiencia renal crónica estadio IV (filtrado glomerular renal 25 ml/min) presenta una hemoglobina de 8.6 g/dL. El estudio de anemia muestra un volumen corpuscular medio de 78 fl y los niveles de ferritina en sangre son de 48 ng/mL (valor normal 30-300 ng/mL). ¿Cuál de las siguientes opciones es más adecuada?**

1. Iniciar tratamiento sustitutivo con hemodiálisis.
2. Administrar darbopoyetina alfa 0.70 microgramos vía subcutánea cada 2 semanas.
3. Indicar realización de un aspirado medular para completar el estudio.
4. Reponer el déficit de hierro y si persiste la anemia iniciar tratamiento con un agente eritropoyético.
5. Realizar una endoscopia digestiva para descartar sangrado gastrointestinal.

**121. Un paciente de 52 años con enfermedad renal crónica estadio V, secundaria a poliquistosis autosómica dominante, recibe un injerto renal de donante cadáver. Un hermano suyo de 34 años acude a visitarle y refiere desconocer si padece la enfermedad por no haber acudido nunca a un médico desde la adolescencia. ¿Qué actitud o prueba le parece más adecuada para recomendarle en ese momento?**

1. Estudio genético mutacional y de ligamiento.
2. Ecografía abdomino-pélvica.
3. Tomografía axial computarizada helicoidal con contraste yodado.
4. Resonancia nuclear magnética abdominal y cerebral.
5. Controles clínicos periódicos.

**122. Hombre de 66 años con antecedente de espondilitis anquilosante de larga evolución. Presenta proteinuria de 6 gramos al día con hipoalbuminemia y edemas. En el sedimento urinario no se detecta hematuria. Su creatinina plasmática es de 1,6 mg/dL y su filtrado glomerular de 45 mL/min. Glucemia 110 mg/dl. Su severa deformidad de columna vertebral dificulta realizar biopsia renal percutánea ¿Qué actitud inicial es la correcta?**

1. Iniciar corticoides por sospecha de enfermedad glomerular a cambios mínimos.

2. Tratarle con ciclofosfamida por sospechar glomerulopatía membranosa.
3. Biopsia de grasa subcutánea.
4. Iniciar diálisis.
5. Realizar una prueba de sobrecarga con glucosa para descartar nefropatía diabética.

**123. Un paciente de 80 años con historia de hipertensión y en tratamiento con enalapril y espironolactona acude al hospital por astenia y debilidad muscular severa. La presión arterial es de 110/70 mm Hg. En el ECG destacan ondas T picudas y elevadas, extrasístoles ventriculares y QT corto. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?**

1. Hipercalcemia.
2. Hiperpotasemia.
3. Hipomagnesemia.
4. Hipocalcemia.
5. Hipernatremia.

**124. Los fármacos, finasteride y dutasteride, inhibidores de la 5-alfa-reductasa, están indicados en el tratamiento único o combinados con alfa-bloqueantes de los síntomas producidos por:**

1. Adenocarcinoma de próstata.
2. Adenocarcinoma renal de células claras.
3. Hiperplasia prostática benigna.
4. Litiasis urinaria infectiva.
5. Infección urinaria recidivante.

**125. Lactante de 13 meses que acude a urgencias por fiebre de hasta 39° C de 48 horas de evolución sin otra sintomatología asociada. Exploración por órganos y aparatos sin hallazgos significativos, destacando buen estado general. Usted le iba a entregar el alta domiciliaria pero el adjunto de Pediatría que está de guardia le pide un sistemático de orina y un urocultivo por sondaje. En la orina destaca leucocituria ++, hematuria + y nitritos ++ y en el Gram de orina se observan bacilos Gram negativos. En la analítica de sangre no existe leucocitosis y la proteína C reactiva es de 50 mg/L. El adjunto le dice ahora que no es preciso que el niño ingrese y que le pauten un antibiótico oral. Señale el tratamiento empírico menos adecuado en este caso:**

1. Amoxicilina.
2. Amoxicilina-clavulánico.
3. Cefuroxima axetilo.

4. Cotrimoxazol.
5. Cefixima.

**126. Hombre de 60 años de edad que acude a urgencias por presentar hematuria macroscópica asintomática. ¿En qué patología deberíamos pensar en primer lugar?**

1. Hiperplasia benigna de próstata.
2. Carcinoma de próstata.
3. Infección urinaria.
4. Carcinoma vesical.
5. Litiasis renal.

**127. De los tumores renales, el de mayor agresividad es:**

1. Variedad papilar.
2. Variedad cromófoba.
3. Variedad de células claras.
4. Variedad sarcomatoide.
5. Variedad oncocítica.

**128. Ante un varón de 30 años, casado sin hijos, diagnosticado mediante exploración física y confirmado ecográficamente de tumor sólido en el testículo derecho, ¿cuál es la actitud más correcta?**

1. Intentar cirugía parcial para salvaguardar parte del testículo.
2. Orquiectomía radical desde incisión inguinal.
3. Radioterapia seguida de orquiectomía.
4. Orquiectomía por incisión escrotal.
5. Quimioterapia y posteriormente orquiectomía.

**129. Paciente de 93 años diagnosticado de adenocarcinoma de colon ascendente con carcinomatosis peritoneal, metástasis hepáticas y pulmonares. Encamado en su domicilio el 90% del día. Sigue tratamiento con morfina de liberación retardada, dexametasona 8 mg/día, lactulosa, parafina y un zolpidem a las 22 horas. Comienza con dolor cólico periumbilical, náuseas y vómitos alimentarios. Tras su evaluación es diagnosticado de obstrucción intestinal. ¿Cuál es el tratamiento más apropiado?**

1. Suspender fármacos por vía oral y preparar para realización de colonoscopia.
2. Administrar metoclopramida intravenosa para el control de vómitos y suspender laxantes y morfina hasta reevaluar evaluación clínica.
3. Suspender fármacos por vía oral y administrar morfina, haloperidol, dexametasona y bromuro de hioscina por vía subcutánea para el control del síntomas.
4. Suspender fármacos por vía oral y realizar tomografía axial computerizada para valorar cirugía urgente.
5. Suspender fármacos por vía oral y administrar fentanilo transdérmico para control del dolor y metoclopramida y dexametasona por vía intravenosa para control de vómitos.

**130. En un paciente en situación terminal de enfermedad que precisa morfina para un correcto control sintomático, ¿cuál de las siguientes actuaciones, encaminadas al control del estreñimiento, está contraindicada?**

1. Pautar laxantes osmóticos.
2. Pautar laxantes estimulantes de la motilidad colónica.
3. Pautar fibra.
4. Pautar laxantes reblandecedores de heces.
5. Pautar laxantes vía rectal.

**131. Usted es el responsable de la unidad de observación de urgencias, donde tiene a su cargo cinco pacientes a los que acaba de pasarles visita. ¿A quien de ellos deberá dejar necesariamente en dieta absoluta?**

1. A un hombre de 64 años con una infección urinaria baja, que presenta glucemias capilares mantenidas entre 250 y 300 mg/dL y que está recibiendo ceftriaxona endovenosa, insulina rápida subcutánea cada 6 horas y 500 cc de suero fisiológico cada 4 horas.
2. A una mujer de 44 años con sospecha de trombosis venosa profunda en la extremidad inferior derecha, que ha iniciado heparina de bajo peso molecular subcutánea a dosis anticoagulantes y que está pendiente de una ecografía-doppler.

3. A una mujer de 71 años con antecedentes de hipertensión arterial, con unas cifras de presión arterial sistólica y diastólica persistentemente mantenidas por encima de 210 y 110 mmHg, respectivamente, y en la que acaba de prescribir el inicio de una perfusión con nítroprusiato sódico.
4. A una mujer de 32 años con una fibrilación auricular de inicio hace menos de 24 horas, en la que el intento de cardioversión farmacológica ha fracasado y que está esperando para una cardioversión eléctrica en urgencias las próximas horas.
5. A un varón de 66 años con una neumonía en el lóbulo inferior derecho, en tratamiento con levofloxacino oral y oxigenoterapia con mascarilla facial con una concentración de oxígeno del 24% que le proporciona una saturación arterial de oxígeno por pulsioximetría del 97%-98%.

**132. Un hombre de 58 años ingresa inconsciente en Urgencias en situación de parada cardiorrespiratoria, procediéndose de forma inmediata a la aplicación de maniobras de RCP avanzada. Se objetiva en el monitor Fibrilación ventricular (FV), por lo que se realiza desfibrilación monofásica con carga de 300 Julios. La FV persiste, motivo por el que se reinician nuevos bucles de masaje cardiaco-ventilación. ¿Cuándo considera que está indicada la administración de Amiodarona en este paciente?**

1. En caso de continuar la FV después del 3º choque desfibrilatorio.
2. Debe aplicarse desde el inicio en RCP avanzada, cuando se detecte FV.
3. Tras el primer choque desfibrilatorio, en caso de persistencia de la FV.
4. No está indicada su administración en RCP avanzada.
5. Sólo debe administrarse si se objetiva taquicardia ventricular polimorfa.

**133. Un hombre de 50 años de edad acude por dolor torácico a Urgencias. A la llegada, sufre pérdida de conciencia súbita. A la exploración, coma arreactivo, ausencia de respiración y de pulso. ¿Cuál es la primera medida que debe tomar?**

1. Aislamiento de la vía aérea mediante intubación orotraqueal y ventilación con bolsa autohinchable.



2. Iniciar maniobras de reanimación cardiopulmonar básica durante 2 min y posteriormente conexión al monitor desfibrilador.
  3. Canalización de una vía venosa periférica para administrar adrenalina.
  4. Desfibrilación inmediata con la máxima energía.
  5. Monitorización del ritmo cardíaco y desfibrilación si fibrilación ventricular o taquicardia ventricular.
134. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta con respecto a las características clínicas de la neumonía que presenta un anciano frágil comparado con un adulto con el mismo diagnóstico?
1. Ambos tipos de pacientes, por lo general, presentan un grado de comorbilidad similar.
  2. Puede presentarse clínicamente en forma de delirium.
  3. Tienen el mismo riesgo de sufrir pérdida en sus capacidades de autocuidado.
  4. En el anciano frágil requiere mayor grado de reposo o permanencia en cama para evitar complicaciones.
  5. La edad modifica la antibioterapia empírica de la neumonía adquirida en la comunidad.
135. Atendemos en la consulta externa por primera vez a una mujer de 76 años con historia de obesidad, hipertensión, diabetes mellitus, hiperlipidemia, cardiopatía hipertensiva en fibrilación auricular con disfunción diastólica e hipotiroidismo. Tuvo una fractura de muñeca hace cinco años. Toma atorvastatina, acenocumarol, furosemida, hidroclorotiazida y levotiroxina. ¿Cuál de estos fármacos es eficaz para aumentar la masa ósea y disminuir el riesgo de fractura?
1. Atorvastatina.
  2. Warfarina.
  3. Furosemida.
  4. Hidroclorotiazida.
  5. Levotiroxina.
136. Con respecto de las quemaduras ¿qué manifestaciones clínicas presentan las quemaduras de segundo grado?
1. Eritema, dolor intenso y sequedad.
  2. Superficie dura y dolor escaso o ausente.
  3. Dolor intenso, formación de ampollas y exudado.
  4. Dolor escaso o ausente, exudado y ampollas.
  5. Eritema, dolor y superficie costrosa y seca.
137. Un paciente de 56 años de edad va a ser intervenido por un cáncer de esófago en las próximas cuatro semanas. Entre sus antecedentes personales destaca una cardiopatía isquémica que precisó de la implantación, 11 meses antes, de 4 endoprótesis coronarias (“stents”) recubiertas con fármacos. Por ese motivo se encuentra en tratamiento con doble antiagregación plaquetaria con 100 mg de ácido acetilsalicílico y 75 mg de clopidogrel al día. ¿Qué decisión se debería tomar sobre la antiagregación preoperatoria del paciente?
1. Suspender ambos antiagregantes plaquetarios 7 días antes de la operación, por el riesgo de hemorragia durante la intervención.
  2. Sustituir la doble antiagregación 7 días antes de la intervención, por heparina de bajo peso molecular, a una dosis de 0,5 mg por Kg de peso cada 12 horas, administrando la última dosis 12 horas antes de la intervención quirúrgica.
  3. Suspender el clopidogrel 7 días antes de la operación y mantener el ácido acetil salicílico hasta el día de la intervención, para prevenir la obstrucción de los “stents” coronarios sin aumentar en exceso el riesgo de hemorragia intraoperatoria.
  4. Mantener los dos antiagregantes plaquetarios 7 días antes de la intervención, dado que existe un riesgo muy elevado de obstrucción de los “stents” coronarios.
  5. Suspender el ácido acetil salicílico, mantener el clopidogrel hasta la intervención y complementar con heparina de bajo peso molecular hasta 12 horas antes de la misma.
138. Una paciente de 65 años de edad, sin antecedentes de interés, es intervenida de forma urgente por presentar una colecistitis aguda. Se decide proceder a la inducción anestésica mediante 200 mg de propofol y 100 mg de succinilcolina, seguida de un mantenimiento mediante isoflurano y una perfusión de remifentanilo. Poco después del comienzo de la cirugía, los niveles de dióxido de carbono telespiratorio comienzan a subir. Minutos más tarde la paciente presenta taquicardia de 140 latidos por minuto, con frecuentes extrasístoles ventriculares, y descenso de la saturación de oxígeno medida por el pulsioxímetro.

tro, a la vez que se aprecia una mayor dificultad para la ventilación mecánica pero sin disminución del volumen minuto. Se obtiene una gasometría arterial que muestra hipoxemia, hiper-capnia y acidosis metabólica. Se mide la temperatura, obteniendo 39 grados centígrados. ¿Cuál es la actitud adecuada?

1. La paciente tiene un despertar intraoperatorio que causa la taquicardia y el resto de los hallazgos. El procedimiento adecuado es aumentar la proporción de isoflurano en el gas inhalado, además de administrar un opiáceo para reforzar la analgesia.
2. El diagnóstico más probable es una sepsis de origen biliar. Se deben obtener hemocultivos, administrar un antibiótico de amplio espectro, paracetamol intravenoso y aumentar la proporción inhalada de isoflurano para profundizar la anestesia.
3. La taquicardia y las extrasístoles ventriculares sugieren que la paciente presenta un síndrome coronario agudo que causa el resto del cuadro clínico. Se debe realizar urgentemente un electrocardiograma y administrar betabloqueantes y nitroglicerina intravenosa.
4. Probablemente es una reacción anafilactoide a alguno de los fármacos anestésicos. El tratamiento correcto incluye administrar antihistamínicos y corticoides, además de otras medidas de soporte vital avanzado que se puedan precisar.
5. El cuadro clínico podría corresponder a una hipertermia maligna y es una urgencia vital. Se deben descartar otras causas de hipertermia, suspender el isoflurano y administrar oxígeno al 100%, además de prepararse para la administración urgente de dantroleno sódico si se confirma el diagnóstico.

**139. Paciente de 17 años que acude al servicio de urgencias por fiebre y odinofagia intensa, con disfonía y rinorrea serosa. En la exploración se aprecian amígdalas palatinas hipertróficas y eritematosas. ¿Cuál es el tratamiento inicial?**

1. Paracetamol.
2. Corticoterapia.
3. Amoxicilina.
4. Bencilpenicilina benzatina.
5. Oseltamivir.

**140. La asociación, en un mujer de 42 años, de una parálisis de IX y X pares craneales izquierdos**

**(disfonía y disfagia) con acúfenos pulsátiles en el oído izquierdo, debe hacer descartar en primer lugar una de las siguientes enfermedades:**

1. Linfoma de la orofaringe.
2. Neurinoma del acústico.
3. Carcinoma papilar de tiroides.
4. Paraganglioma yugulo-timpánico.
5. Angiofibroma de nasofaringe.

**141. Le toca ayudar a sacar de quirófano a una paciente después de una tiroidectomía total. Cuando le retiran el tubo de intubación, la paciente inicia una clínica de obstrucción respiratoria con estridor. La herida está bien. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos debe considerar en primer lugar?**

1. Edema de glotis.
2. Edema agudo de pulmón.
3. Parálisis bilateral de las cuerdas vocales.
4. Laringitis subglótica.
5. Estenosis subglótica post intubación.

**142. Mujer de 45 años sin ningún antecedente de interés, que desde hace 1 mes presenta clínica de pesadez en región malar derecha, obstrucción nasal y rinorrea fétida derecha. Ha seguido tratamiento antibiótico con amoxicilina-clavulánico durante 15 días sin mejorar la clínica. Se practica una TC de senos paranasales que evidencia una ocupación del seno maxilar derecho, el resto de senos y fosas nasales se encuentran libres. La ocupación del seno maxilar es heterogénea con calcificaciones en su interior. El seno no se encuentra dilatado ni presenta erosiones óseas. Ante este cuadro ¿cuál es el diagnóstico más probable?**

1. Mucocelo de seno maxilar.
2. Sinusitis bacteriana aguda.
3. Adenocarcinoma de seno maxilar.
4. Poliposis nasosinusal.
5. Bola fúngica.

**143. Mujer de 56 años que presenta en los últimos años clínica de vértigo rotatorio, recurrente, en forma de episodios que se inician con sensación de plenitud ótica derecha, que duran entre 2 y 3 horas y que posteriormente durante unos días cursa con inestabilidad. Asimismo la paciente refiere acúfenos en oído derecho e hipoacusia**

**fluctuante. A la paciente se le ha practicado una RM craneal informada como normal y una audiometría que evidencia una hipoacusia neurosensorial moderada en oído derecho. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?**

1. Vértigo de origen central.
2. Enfermedad de Ménière.
3. Vértigo posicional paroxístico benigno.
4. Neuritis vestibular.
5. Schwannoma del nervio vestibular.

**144. ¿Cuál es el tratamiento de primera elección de la degeneración macular húmeda asociada a la edad?**

1. Triamcinolona intravítrea.
2. Plasmina intravítrea.
3. Somatostatina intravítrea.
4. Terapia fotodinámica.
5. Ranibizumab intravítreo.

**145. Mujer de 30 años y antecedentes patológicos de esclerosis múltiple que acude por miodesopsias en ambos ojos de una semana de evolución. La exploración de fondo de ojo muestra vitritis, conglomerados inflamatorios en forma de "bolas de nieve" en cavidad vítrea inferior y periflebitis periférica en ambos ojos. ¿Cuál es su diagnóstico?**

1. Uveítis intermedia.
2. Síndrome de manchas blancas.
3. Neuritis óptica.
4. Uveítis anterior.
5. Coroiditis punteada interna.

**146. Paciente de 61 años con antecedentes de HTA y Diabetes Mellitus que consulta por diplopia de inicio brusco. En la exploración oftalmológica presenta ptosis ojo derecho, limitación de la adducción, supra e infraducción y movimientos pupilares conservados. El diagnóstico mas probable es:**

1. Aneurisma de la arteria comunicante posterior.
2. Parálisis postraumática.
3. Isquemia microvascular.
4. Neoplasia.
5. Migraña oftalmopléjica.

**147. Una conjuntivitis con aparición de papilas con un infiltrado difuso de celulas inflamatorias crónicas que incluyen linfocitos, celulas plasmáticas y eosinófilos puede aparecer en las siguientes patologías excepto una:**

1. Blefaritis crónica.
2. Queratoconjuntivitis límbica superior.
3. Abuso en la utilización de lentes de contacto.
4. Uveítis anterior aguda.
5. Queratoconjuntivitis vernal.

**148. Una mujer de 65 años, previamente sana, consulta por metrorragia escasa de tres semanas de evolución. El examen ginecológico y la ecografía son normales. ¿Qué actitud tomaría?**

1. Realizar estudio de coagulación.
2. Solicitar exploración pélvica con TC.
3. Tratamiento de prueba con anovulatorios.
4. Histerectomía.
5. Biopsia endometrial.

**149. El estadiaje del adenocarcinoma de endometrio se realiza en la actualidad con:**

1. Realización de tomografía axial computarizada.
2. Realización de resonancia nuclear magnética.
3. Estudio histológico del material de legado.
4. Realización de histeroscopia y biopsia legado.
5. Histerectomía y doble anexectomía, citología peritoneal y linfadenectomía pelvi-aórtica.

**150. En relación al síndrome de ovario poliquístico, es cierto que:**

1. Es una endocrinopatía muy poco frecuente en mujeres en edad reproductiva.
2. Existe un mayor riesgo a largo plazo de desarrollar diabetes mellitus y carcinoma endometrial.
3. Clínicamente, es típico en este síndrome la polimenorrea, obesidad e hirsutismo.
4. Habitualmente la concentración sérica de FSH es mayor que la de LH.

5. No existe una imagen ecográfica ovárica característica.

**151. ¿Cuál de éstas NO sería una indicación directa para la realización de un ciclo de Fecundación in Vitro?.**

1. Obstrucción tubárica bilateral.
2. Endometriosis severa.
3. Oligoastenoteratozoospermia moderada.
4. Cinco ciclos fallidos de inseminación intra-conyugal.
5. Síndrome de ovario poliquístico.

**152. Gestante de 36 semanas, primigesta, es trasladada al hospital para valoración tras accidente de coche en cadena en la autopista, presentando dolor cervicodorsal. Durante la exploración la paciente inicia dolor abdominal intenso, leve sangrado vaginal oscuro y aumento mantenido del tono uterino. ¿Qué diagnóstico le parece el más probable?**

1. Rotura esplénica con hemoperitoneo.
2. Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera.
3. Amenaza de parto prematuro.
4. Rotura uterina.
5. Rotura de vasa previa.

**153. Mujer de 26 años, primigesta de 32 semanas acude a urgencias por dolor cólico y lumbalgia. No refiere pérdida de líquido. A la exploración no se observan sangrado ni líquido amniótico en vagina. Se confirma latido cardíaco fetal normal y la ecografía vaginal nos informa de un acortamiento cervical del 60%. En los primeros 10 minutos de vigilancia cardiotocográfica presenta 3 contracciones. ¿Qué pensaría como primera opción en esta paciente?**

1. Antibióticos.
2. Sulfato de Magnesio.
3. Hidratación intravenosa.
4. Corticoesteroides y tratamiento tocolítico.
5. Ecografías seriadas.

**154. ¿Cuál es el tratamiento antibiótico ambulatorio de elección en la enfermedad inflamatoria pélvica leve/moderada?**

1. Clindamicina y gentamicina.
2. Metronidazol.
3. Azitromicina.
4. Amoxicilina-clavulánico y doxicilina.
5. Ceftriaxona y doxiciclina.

**155. Gestante de 32 semanas, secundigesta, con antecedente de pre-eclampsia en la gestación anterior. Presenta altura uterina y biometría ecográfica fetal menor que amenorrea (desfase -3 semanas). ¿Qué exploración diagnóstica solicitaría?**

1. Curva de glucemia.
2. Flujiometría Doppler feto-placentaria.
3. Test de nitracina.
4. Hematocrito.
5. Valoración cervical ecográfica.

**156. En relación a la Neoplasia Trofoblástica Gestacional, no es cierto que:**

1. Engloba una serie de neoplasias que tienen en común una producción aumentada de Beta-HCG.
2. El síntoma más frecuente de la mola total es la hemorragia genital.
3. En la etiología de la mola completa, el origen es paterno.
4. En la mola parcial, el cariotipo embrionario es diploide en el 90% de los casos.
5. En la mola total es frecuente la aparición de hiperemesis gravídica muy precoz y severa.

**157. En relación al aumento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población infantil, todas las siguientes afirmaciones son ciertas EXCEPTO una:**

1. La prevalencia es mayor en quienes toman un desayuno escaso o lo omiten.
2. La medición de obesidad y sobrepeso se realiza mediante el cálculo del índice de masa corporal.
3. El bajo nivel educativo de los padres y las condiciones económicas negativas, se consideran factores de riesgo.

4. El empleo de los estándares de crecimiento de la Organización Mundial de la Salud facilita la comparación entre estudios realizados en distintos países.
5. El rápido aumento de la prevalencia experimentado en últimas décadas es atribuido a causas genéticas.

**158. A un adolescente asintomático se le practica un ECG que muestra ritmo sinusal y bloqueo de rama derecha. En la exploración física se ausculta un segundo ruido desdoblado y en la radiografía de torax se objetiva un arco pulmonar prominente. ¿Cuál sería su sospecha diagnóstica?**

1. Tetralogía de Fallot.
2. Estenosis pulmonar.
3. Comunicación interauricular.
4. Persistencia de ductus arterial.
5. Comunicación interventricular.

**159. La leche humana es el alimento natural y apropiado durante el primer año de vida. ¿Cuál de las siguientes aseveraciones al respecto NO es cierta?**

1. La leche humana contiene anticuerpos bacterianos y víricos.
2. La lactancia natural se asocia con una menor incidencia de alergia o intolerancia a la leche de vaca.
3. Están bien reconocidas las ventajas psicológicas de la lactancia al pecho tanto para la madre como para el niño.
4. No se ha documentado la transmisión de infección por VIH por la leche materna.
5. La leche humana contiene lactoferrina, que tiene un efecto inhibitorio en el crecimiento de E. coli.

**160. Los padres de un lactante de 5 meses acuden porque su hijo, que asiste a guardería, presenta desde hace 3 días, coincidiendo con una infección respiratoria de vías altas, heces líquidas en número de 4 al día, algún vómito alimentario ocasional y temperatura axilar de 38.3°C. Es alimentado con lactancia mixta. A la exploración, el lactante tiene buen estado general, está bien nutrido e hidratado y su respiración es eupnéica; su peso es de 4.730 g y ha descendido 70 g respecto al de la semana anterior. El abdomen está blando y depresible, sin masas ni mega-**

**lias, y la fontanela, normotensa. Salvo la presencia de rinorrea acuosa, el resto de la exploración por órganos y aparatos es normal. De las siguientes afirmaciones, señale la respuesta que considera CORRECTA:**

1. Se debe realizar una estimación de las pérdidas, recomendar un ayuno de 4 horas y rehidratar durante este tiempo con solución rehidratante oral.
2. Es aconsejable la introducción de cereales de arroz por su efecto astringente.
3. Se debe realizar coprocultivo tan pronto como sea posible para excluir un origen bacteriano.
4. Se debe recomendar el empleo de fórmula sin lactosa.
5. Se ha de aconsejar reponer las pérdidas tras cada deposición, con solución rehidratante oral, y continuar con su alimentación habitual.

**161. En un lactante de 3 meses de edad todas las manifestaciones clínicas reseñadas a continuación obligarían a descartar una Fibrosis Quística, EXCEPTO:**

1. Retraso en la evacuación del meconio.
2. Sabor salado de la piel.
3. Aislamiento en secreciones de Pseudomonas aeruginosa.
4. Deterioro/detención de la curva ponderal.
5. Deshidratación hipernatrémica.

**162. Niña de 3 años, procedente de Bangladesh, que consulta por episodios febriles intermitentes de 3 semanas de evolución, asociados a debilidad y pérdida de apetito. A la exploración física llama la atención esplenomegalia marcada y palidez mucocutánea. En las pruebas complementarias destaca: hemoglobina 8,5 mg/dL, hematocrito 26%, VCM 86 fL, HCM 29 pg, leucocitos 2800/mL con 300 neutrófilos/mL, plaquetas 54000/mL, GOT 85 U/L, GPT 92 U/L e hipergammaglobulinemia policlonal en proteinograma de suero. Señale el diagnóstico más probable con los datos disponibles hasta este momento:**

1. Leucemia linfoblástica aguda.
2. Linfoma de Burkitt.
3. Leishmaniasis visceral.
4. Tuberculosis miliar.
5. Malaria crónica.

**163. Acude de urgencia al centro de salud, un niño de 15 meses de edad, que durante la cena, tras ingerir un bocado de tortilla, presenta de forma súbita: enrojecimiento facial de predominio perioral, lesiones habonosas en tronco y extremidades, y tos. A su llegada al centro se encuentra consciente y se objetiva, además de lo descrito: tiraje supraesternal, rinorrea acuosa abundante, hipoventilación bilateral sin sibilancias, y relleno capilar inferior a 2 segundos. De las siguientes afirmaciones, señale la respuesta CORRECTA:**

1. Lo prioritario es canalizar una vía venosa.
2. La metilprednisolona por vía intramuscular es el tratamiento de elección.
3. Se trata de un cuadro de urticaria asociado a asma, y debe ser tratado con antihistamínicos y broncodilatadores inhalados.
4. Se debe recomendar a los padres su traslado a un Servicio de Urgencias hospitalario
5. Se debe administrar sin más dilación, adrenalina por vía intramuscular.

**164. Niño de 4 años de edad que consulta por aparición a lo largo de los últimos tres días, de lesiones cutáneas en piernas y glúteos. Sus padres referían que su pediatra le había diagnosticado una infección de vías respiratorias superiores 10 días antes. En las últimas 12 horas presenta dolor abdominal intenso tipo cólico, y ha realizado dos deposiciones diarreicas. Afebril. No pérdida de peso. A la exploración presenta numerosas petequias y lesiones purpúricas palpables de predominio en glúteos y extremidades inferiores. Buen estado general aunque tiene dolor abdominal intenso. La palpación abdominal es difícil de valorar por dolor difuso. No visceromegalias. No otros hallazgos de interés a la exploración. ¿Cual de los siguientes datos NO apoya su sospecha diagnóstica?**

1. Artritis de rodillas y tobillos.
2. Hematuria.
3. Plaquetopenia.
4. Sangre oculta en heces.
5. Edema escrotal.

**165. ¿Cuándo se aconseja intervenir quirúrgicamente la hernia umbilical infantil?**

1. Se debe intervenir cuanto antes para evitar el riesgo de estrangulación.
2. A partir de los 3 ó 4 años de vida, al ser frecuente su cierre espontáneo antes de esa edad.
3. Con el fin de utilizar prótesis en la cirugía, se recomienda esperar a que el paciente sea mayor.
4. Si el niño presentara vómitos durante los accesos febriles.
5. Ante la sospecha de que se trate de un onfalocele.

**166. Señale cuál de los siguientes psicofármacos NO requiere control de los niveles en sangre:**

1. Clozapina.
2. Carbonato de litio.
3. Acido valproico.
4. Imipramina.
5. Carbamacepina.

**167. La existencia de alucinaciones y de alteraciones de la conciencia es propia de:**

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

**168. ¿Cuál de los siguientes hallazgos biológicos no es propio en una persona con bulimia nerviosa que presenta episodios de atracones y vómitos auto-inducidos?**

1. Peso normal.
2. Hiperpotasemia.
3. Hipertrofia parotídea.
4. Sobrepeso.
5. Miocardiopatía.

**169. Muchacha de 19 años estudiante, sin antecedentes personales somáticos ni psiquiátricos relevantes que es llevada a urgencias hospitalarias por su familia por ingesta masiva de pastillas. El intento autolítico no había tenido providencia de rescate, siendo la paciente encontrada por su madre casualmente al volver a su casa antes de lo que tenía previsto. Una vez estabilizada orgá-**

nicamente la paciente refería presentar desde unas 4 semanas atrás un cuadro de tristeza, anhedonia, desesperanza, sentimientos de culpa y deseos de muerte, inhibición psicomotriz y enlentecimiento del pensamiento, dificultad de concentración y rendimiento en los estudios, aislamiento social, hipersomnias diurna y empeoramiento matutino de los síntomas. Así mismo la paciente refería tener la sensación de que sus vecinos la espiaban, hablaban de ella cuando salía y se reían de ella lo que había incrementado su angustia. No sabía el motivo por el que la gente se fijaba en ella pero estaba convencida de que no eran imaginaciones suyas. Señale el diagnóstico:

1. Esquizofrenia.
2. Trastorno de ideas delirantes persistentes.
3. Trastorno depresivo con síntomas psicóticos.
4. Trastorno de personalidad esquizoide.
5. Trastorno distímico.

**170.** Al servicio de urgencias hospitalario acude un joven de 24 años de edad, sin antecedentes somáticos ni psiquiátricos relevantes, por presentar un cuadro de aparición brusca que se inició mientras compraba en una gran superficie y que se caracteriza sintomáticamente por: dolor torácico, palpitaciones, dificultad subjetiva para respirar con hiperventilación, sensación de mareo, temblor, escalofríos y sensación de extrañeza con el entorno (desrealización). El diagnóstico diferencial debería incluir todos los siguientes cuadros excepto:

1. Síndrome de abstinencia a sustancias.
2. Feocromocitoma.
3. Intoxicación por anfetaminas.
4. Crisis de pánico.
5. Trastorno de estrés post-traumático.

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

1. Reducen el efecto del alcohol en el organismo, disminuyendo el posible efecto positivo de un nuevo consumo.
2. Incrementan el efecto tóxico del alcohol, desmotivando al paciente de cara a nuevos consumos.
3. Anulan el efecto del alcohol en el organismo, actuando como antagonistas.

4. Por su efecto estabilizador del ánimo posibilitan un mayor control del consumo.
5. Ocupan los receptores GABA, reduciendo el ansia de consumo.

**172.** Lo más probable es que las preguntas específicas directas acerca del suicidio planteadas al comienzo de una entrevista con un paciente deprimido:

1. Alarmen al paciente.
2. Refuercen una ganancia secundaria.
3. Aumenten la resistencia al cambio terapéutico.
4. Sean más eficaces si se realizan de manera prudente e indirecta.
5. Carezcan de influencia en la probabilidad de un intento de suicidio.

**173.** En el diagnóstico diferencial entre paranoia y esquizofrenia, es FALSO que:

1. Los temas persecutorios aparecen en ambas entidades.
2. El delirio es más comprensible en la paranoia.
3. El Yo está más desestructurado en la esquizofrenia.
4. Ambas entidades aparecen clásicamente en las mismas edades.
5. Los síntomas disociativos son típicos de la esquizofrenia.

**174.** En un contraste de hipótesis estadístico, ¿a qué definición corresponde con más exactitud el valor "p"?

1. La probabilidad de observar los resultados del estudio, u otros más alejados de la hipótesis nula, si la hipótesis nula fuera cierta.
2. La probabilidad de que la hipótesis nula sea cierta.
3. La probabilidad de observar los resultados del estudio si la hipótesis nula fuera cierta.
4. La probabilidad de que los resultados observados sean debidos al azar.
5. La probabilidad de observar los resultados del estudio, u otros más alejados de la hipótesis nula, si la hipótesis alternativa fuera cierta.

**175. En una población, el valor medio del colesterol total es de 216 mg/dL, con una desviación típica de 5 mg/dL. El porcentaje de personas cuyo nivel de colesterol es mayor de 226 mg/dL es, aproximadamente:**

1. El 0,025%.
2. El 0,5%.
3. El 2,5%.
4. El 5%.
5. El 10%.

**176. La prueba kappa o test de Cohen:**

1. Mide la validez interna de una prueba diagnóstica.
2. Mide la validez externa de una prueba diagnóstica.
3. Se mantiene estable para una misma prueba diagnóstica al modificar la frecuencia de la enfermedad.
4. Se mantiene estable para una misma prueba diagnóstica tanto si se utiliza como cribado o prueba clínica.
5. Tiende a disminuir su valor al aumentar el número de categorías de la prueba diagnóstica.

**177. ¿Cuál de los siguientes parámetros mide el apuntamiento de una distribución?**

1. El coeficiente de Fisher.
2. Los cuartiles.
3. La varianza.
4. La curtosis.
5. La amplitud.

**178. Durante los meses de octubre a diciembre de 2011 se procedió a la selección de 200 pacientes diagnosticados de EPOC a partir de los registros del programa correspondiente en el centro de salud, mediante un muestreo aleatorio sistemático. Las pacientes fueron evaluados mediante una espirometría, y respondieron a un cuestionario de calidad de vida y a otro sobre adherencia terapéutica. ¿Qué tipo de estudio epidemiológico se ha realizado?**

1. Ensayo clínico aleatorizado.

2. Estudio de cohortes.
3. Estudio de casos y controles.
4. Serie de casos.
5. Estudio transversal.

**179. Un grupo de 1000 pacientes diagnosticados de Síndrome del Aceite Tóxico (SAT) fueron seguidos desde 1981 hasta 1995 junto con un número similar de vecinos sin dicho diagnóstico. Entre los pacientes con SAT se observó en 1995 un 20% con signos de neuropatía periférica frente a un 2% en los vecinos. Según el diseño descrito ¿de qué tipo de estudio se trata?**

1. Estudio transversal.
2. Estudio de cohortes.
3. Estudio de casos y controles.
4. Estudio cuasiesperimental.
5. Ensayo clínico controlado.

**180. Se plantea comparar la eficacia de dos medicamentos antiepilépticos, ambos comercializados desde hace más de 5 años, en la epilepsia parcial refractaria. ¿Cuál de los siguientes diseños elegiría por implicar un menor riesgo de sesgos y para garantizar mejor que las distintas poblaciones de estudio son comparables?**

1. Ensayo clínico controlado aleatorizado.
2. Estudio de cohortes.
3. Estudio de casos y controles.
4. Estudio prospectivo de dos series de casos expuestos a ambos medicamentos.
5. Estudio retrospectivo del tratamiento de los casos de epilepsia refractaria y los resultados obtenidos.

**181. En un estudio prospectivo en que compara un nuevo antiagregante (grupo experimental) frente al tratamiento habitual con ácido acetilsalicílico (grupo control) se han obtenido los siguientes resultados en la prevención de infartos de miocardio (IAM) a los 2 años de tratamiento: nuevo tratamiento, 25 IAM sobre 500 pacientes; tratamiento habitual, 50 IAM sobre 500 pacientes. ¿Cuál es el riesgo relativo de padecer un IAM con el nuevo tratamiento respecto al tratamiento habitual?**

1. 0,75.
2. 0,5.
3. 60%.



4. 5%.
5. 2.

**182. En un estudio en el que compara un nuevo antiagregante (grupo experimental) frente al tratamiento habitual con ácido acetil-salicílico (grupo control) se han obtenido los siguientes resultados en la prevención de infartos de miocardio (IAM) a los 2 años de tratamiento: nuevo tratamiento, 25 IAM sobre 500 pacientes; tratamiento habitual, 50 IAM sobre 500 pacientes. ¿Cuál es el número de pacientes necesario a tratar (NNT) que obtenemos para evitar un IAM si usamos el nuevo fármaco en lugar del ácido acetil-salicílico?**

1. 50.
2. 100.
3. 20.
4. 25.
5. 5.

**183. En 2005, Goosens et al publicaron un estudio en el que observaron una buena correlación entre el uso poblacional de antibióticos y la tasa de resistencia a antimicrobianos. En dicho estudio la unidad de análisis fue cada uno de los 26 países europeos que participaron, ¿a qué tipo de diseño correspondería este estudio?**

1. Estudio sociológico.
2. Estudio de intervención comunitaria.
3. Estudio de cohorte de base poblacional.
4. Estudio ecológico.
5. Estudio transversal.

**184. ¿Qué es un estudio de casos y controles anidado?**

1. Es el tipo de estudio de casos y controles en el que la serie de controles está apareada con los casos en posibles factores de confusión.
2. Es el tipo de estudio de casos y controles en el que la serie de controles está muestreada aleatoriamente de la cohorte que da origen a los casos.
3. Es el tipo de estudio de casos y controles en el que tanto los casos como los controles se extraen del mismo hospital o centro de estudio.

4. Es el tipo de estudio de casos y controles que se realiza para estudiar los factores etiológicos de las malformaciones congénitas y que se llevan a cabo en las unidades de neonatología.
5. Es el tipo de estudio de casos y controles que se realiza en poblaciones estáticas o cerradas en las que no se permita la entrada o salida de la misma.

**185. ¿Qué principio ético requiere la solicitud de consentimiento informado del paciente para su participación en un ensayo clínico?**

1. Autonomía.
2. No maleficencia.
3. Equidad.
4. Beneficencia.
5. Justicia.

**186. Respecto a los estudios de cohortes es cierto que:**

1. Los sujetos son seleccionados en virtud de padecer o no la enfermedad sometida a estudio.
2. El análisis de los datos consiste en determinar si la proporción de expuestos en el grupo de pacientes con la enfermedad difiere de la de los controles.
3. Se obtiene la prevalencia como medida de la frecuencia de la enfermedad.
4. El azar decide la distribución de la exposición en los sujetos del estudio.
5. Pueden ser retrospectivos.

**187. ¿Cómo se denomina al ensayo clínico en el que los pacientes, los investigadores y los profesionales sanitarios implicados en la atención de los pacientes desconocen el tratamiento asignado?**

1. Enmascado.
2. Triple ciego.
3. Abierto.
4. Simple ciego.
5. Doble ciego.

**188. En los ensayos clínicos con frecuencia se analizan los datos según el principio de "análisis por intención de tratar" lo que significa que:**

1. Se analizan sólo los datos de los pacientes que terminan el estudio.
2. Se analizan sólo los datos de los pacientes que cumplen el protocolo.
3. Se excluyen del análisis a los pacientes que abandonan el estudio por presentar efectos adversos.
4. Se analizan los datos de todos los pacientes como pertenecientes al grupo al que fueron asignados, con independencia del tratamiento que hayan recibido.
5. Se excluyen a los pacientes que abandonan el estudio por cualquier motivo antes de finalizar el estudio.

**189. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre un ensayo clínico que evalúa la eficacia de un nuevo medicamento en el tratamiento de las crisis de migraña es FALSA?**

1. Podría emplearse un diseño cruzado.
2. Está justificado emplear placebo como brazo control si está previsto un tratamiento de rescate.
3. No es necesario que el estudio sea doble ciego.
4. El ensayo debe llevarse a cabo inicialmente en adultos y posteriormente, si procede, realizar otros en ancianos y en población pediátrica.
5. La asignación a los grupos que se comparan debe ser aleatoria.

**190. Los ensayos clínicos de fase II (señale la respuesta cierta):**

1. Se suelen realizar en grupos de pacientes no muy numerosos.
2. Regulatoriamente son estudios observacionales.
3. Su objetivo principal es confirmar la efectividad de un medicamento en una patología concreta.
4. Su objetivo principal es evaluar la seguridad y tolerabilidad de un medicamento.
5. Constituyen la evidencia fundamental del beneficio-riesgo del medicamento.

**191. ¿A qué tipo de ensayo clínico nos referimos cuando los criterios de inclusión se ajustan a las indicaciones, con criterios de exclusión menos**

**restrictivos para incluir una amplia representación de la enfermedad en estudio y fundamentar así el registro de un medicamento?**

1. Estudio piloto.
2. Estudio en fase I.
3. Estudio en fase II.
4. Estudio en fase III.
5. Estudio en fase IV.

**192. ¿En qué tipo de evaluación económica, tanto los costes como los resultados en salud se van a medir en unidades monetarias (euros, dólares, libras, etc.)?**

1. Análisis coste-beneficio.
2. Análisis coste-efectividad.
3. Análisis coste-utilidad.
4. Análisis de minimización de costes.
5. Análisis de impacto presupuestario.

**193. ¿Cómo clasificaría los costes de los análisis de sangre y de las pruebas complementarias efectuadas en un paciente para el tratamiento de su enfermedad?**

1. Costes indirectos sanitarios.
2. Costes intangibles.
3. Costes directos sanitarios.
4. Costes no sanitarios indirectos.
5. Costes estructurales sanitarios.

**194. Una de las siguientes afirmaciones sobre el meta-análisis de ensayos clínicos es cierta:**

1. La posible heterogeneidad de los estudios incluidos se suele examinar con el método conocido como el gráfico en embudo (funnel plot).
2. Una de las desventajas de los modelos de efectos aleatorios es que conceden un peso excesivo a los estudios con pequeño tamaño muestral.
3. El meta-análisis consiste en el análisis estadístico del conjunto de resultados obtenidos en un ensayo clínico sobre diferentes cuestiones.
4. El análisis de sensibilidad no sirve para evaluar el sesgo de publicación.
5. No es necesario valorar la calidad de los estudios incluidos.

**195. Si aplicamos una prueba de laboratorio para el diagnóstico de una determinada enfermedad que es dos veces más frecuente en hombres que en mujeres, ¿cuál de los siguientes parámetros será más elevado en la población femenina que en la masculina?**

1. La prevalencia de la enfermedad.
2. La sensibilidad de la prueba.
3. La especificidad de la prueba.
4. El valor predictivo positivo de la prueba.
5. El valor predictivo negativo de la prueba.

**196. En la evaluación de una prueba diagnóstica de una enfermedad hemos encontrado una razón de verosimilitud positiva (RVP) de 7. ¿Qué indica este resultado?:**

1. Que el resultado negativo es proporcionalmente 7 veces más frecuente en los enfermos que en los no enfermos.
2. Que el resultado positivo es proporcionalmente 7 veces más frecuente en los enfermos que en los no enfermos.
3. Que el resultado positivo es proporcionalmente 7 veces más frecuente en los no enfermos que en los enfermos.
4. Que la sensibilidad y la especificidad son  $< 0,5$ .
5. Que la contribución del resultado positivo de la prueba es pobre en el diagnóstico de la enfermedad.

**197. La prueba diagnóstica que se aplica para el cribado de una enfermedad requiere las siguientes características, EXCEPTO:**

1. Alta prevalencia de la enfermedad.
2. Alta especificidad de la prueba.
3. Alta sensibilidad de la prueba.
4. Existencia de recursos de diagnóstico y tratamiento de los sujetos positivos en la prueba.
5. Aceptable para la población.

**198. Una prueba diagnóstica tiene una sensibilidad del 95%, ¿qué nos indica este resultado?**

1. La prueba dará, como máximo, un 5% de falsos negativos.
2. La prueba dará, como máximo, un 5% de falsos positivos.
3. La probabilidad que un resultado positivo corresponda realmente a un enfermo será alta.
4. La probabilidad que un resultado negativo corresponda realmente a un sano será alta.
5. La prueba será muy específica.

**199. En relación a la vacuna del sarampión, todas las afirmaciones siguientes son ciertas EXCEPTO una:**

1. En los lactantes vacunados antes de los 12 meses, no se debe contabilizar la dosis administrada, y han de recibir dos dosis adicionales: a los 12-15 meses y a los 4-6 años de edad, respectivamente.
2. La lectura del Mantoux no resulta interferida por la administración de la vacuna dos semanas antes de la prueba.
3. La vacuna puede prevenir o atenuar el curso de la enfermedad cuando se administra a personas no vacunadas, en las 72 horas siguientes a la exposición a un caso de sarampión.
4. La vacunación protege frente al desarrollo de panencefalitis esclerosante subaguda.
5. No está contraindicada en pacientes alérgicos al huevo.

**200. Juan tiene 60 años, fuma 2 paquetes/día desde hace años y refiere desde hace 6 meses tos persistente. Comprueba que su párpado izquierdo está más caído y que la pupila de ese ojo es más pequeña. Juan refiere que la parte medial de su mano izquierda está adormecida y con menos fuerza. Su médico comprueba la ptosis palpebral y la miosis izquierdas; comprueba que puede cerrar con fuerza ambos párpados simétricamente y que las dos pupilas responden correctamente a la luz. Además comprueba que no suda por la hemicara izquierda, que siente menos el pinchazo en la superficie interna de dicha mano y que tiene menos fuerza en la prensión de dicha mano. ¿A qué nivel tiene el enfermo lesionada la mano izquierda?**

1. A nivel del pedúnculo cerebral ipsilateral tras la decusación de las pirámides bulbares, por invasión tumoral o absceso.
2. A algún nivel del tracto corticoespinal derecho, por metástasis pulmonar.

3. A nivel de las raíces espinales cervicales inferiores al entrar en el plexo braquial izquierdo, por invasión de un tumor del vértice pulmonar.
4. A nivel del nervio mediano izquierdo, por invasión de un tumor del vértice pulmonar.
5. A nivel bulbar lateral izquierdo, por un infarto de la arteria cerebelosa postero-inferior.

**201. La vena porta está formada por la confluencia de varias venas. De las respuestas que se ofrecen ¿Cuál es la verdadera?**

1. Vena mesentérica superior, vena gástrica izquierda y vena gastro-omental izquierda.
2. Vena mesentérica inferior, vena gástrica izquierda y vena renal.
3. Vena esplénica, vena mesentérica superior y vena mesentérica inferior.
4. Vena esplénica, venas pancreato-duodenales y vena omental izquierda.
5. Venas pancreato-duodenales, vena mesentérica superior y vena mesentérica inferior.

**202. En relación al carcinoma inflamatorio de mama, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?**

1. Las células tumorales muestran infiltración epidérmica.
2. Corresponde a formas de carcinoma in situ.
3. Tiene abundante infiltrado inflamatorio en el estroma del tumor.
4. Tiene buen pronóstico.
5. Muestra invasión de los linfáticos dérmicos por células tumorales.

**203. Un niño de 14 años tiene una lesión permeativa en la diáfisis femoral. La biopsia muestra un crecimiento neoplásico difuso de células uniformes, redondas y de un tamaño ligeramente superior a un linfocito. El citoplasma es escaso y claro por la presencia de glucógeno. ¿Cuál es el diagnóstico?**

1. Osteosarcoma.
2. Sarcoma de Ewing/Tumor neuroectodérmico primitivo.
3. Linfoma.
4. Condrosarcoma.
5. Condroblastoma.

**204. Acude a su consulta una mujer de 45 años con un bulto no palpable en la mama izquierda. La mamografía indica un BI-RADS 4 (sospechosa de malignidad). El ginecólogo decide operar sin hacer más pruebas y enviar la muestra intraoperatoriamente para que el patólogo le confirme la sospecha de carcinoma. ¿Cómo tiene que enviar la muestra?**

1. En formol.
2. En fresco.
3. En un envase lleno de suero fisiológico.
4. En alcohol.
5. Da igual en que medio fijador, lo importante es que se mande inmediatamente.

**205.Cuál o cuáles son las principales características histopatológicas indicadoras de progresión crónica en una enfermedad glomerular:**

1. Proliferación extracapilar con formación de semilunas.
2. Nefritis intersticial asociada.
3. Porcentaje de glomeruloesclerosis y fibrosis intersticial.
4. Proliferación endocapilar y presencia de leucocitos polimorfonucleares.
5. Presencia de arterioesclerosis.

**206. Usted desea calcular el aclaramiento de creatinina de un paciente de 75 años para ajustar la dosis del antibiótico que ha de prescribirle para su cuadro de infección respiratoria. La fórmula de Cockcroft-Gault permite la estimación del aclaramiento de creatinina usando lo siguientes parámetros.**

1. Edad, peso (en Kg), género y creatinina plasmática.
2. Edad, etnia, género y creatinina plasmática.
3. Edad, etnia, peso (en Kg) y creatinina plasmática.
4. Edad, peso (en Kg), etnia y género.
5. Peso (en Kg), edad, superficie corporal y género.

**207. En una nefrona, el 60% del cloruro de sodio es reabsorbido en:**

1. Túbulo proximal.
2. Rama descendente del asa de Henle.
3. Rama ascendente del asa de Henle.
4. Túbulo contorneado distal.
5. Conducto colector.

**208. ¿Cuál es base funcional a nivel medular del dolor referido?**

1. La activación exclusiva de neuronas específicas de la nocicepción.
2. La convergencia de información cutánea y visceral en neuronas de gama dinámica ancha.
3. El bloqueo de sustancia P desde las aferencias primarias.
4. La interrupción de las fibras del tracto espinotalámico lateral.
5. La separación de la información medular de acuerdo al principio de divergencia.

**209. Carmen y Pedro tienen 3 hijos, Enrique de 5 años, Isabel de 4 años y Pablo de 1 año. Recientemente han notado que Enrique tiene ciertos problemas para subir las escaleras y se cansa mucho cuando corre. Después de unas pruebas médicas, le han diagnosticado una enfermedad genética llamada distrofia muscular de Duchenne. Señale la alternativa correcta sobre el tipo probable de herencia de esta enfermedad.**

1. La madre es la que le ha transmitido la enfermedad.
2. El padre es el que ha transmitido la enfermedad.
3. Ambos padres le han transmitido la enfermedad.
4. Si tienen una nueva hija puede presentar la enfermedad.
5. Si tienen un nuevo hijo no puede heredar la enfermedad.

**210. ¿Cuál es la definición correcta de ONCOGEN?**

1. Gen de ARN transferente implicado en la aparición de tumores.

2. Gen que controla el ciclo celular evitando el crecimiento celular. Cuando se produce una mutación en estos genes, sus proteínas no se expresan o dan lugar a proteínas no funcionantes, favoreciendo la aparición del proceso de carcinogénesis.
3. Sustancia detectable en líquidos orgánicos, especialmente en sangre, producida por la célula neoplásica o sus metástasis.
4. Es un gen anormal o activado que procede de la mutación de un alelo de un gen normal llamado proto-oncogén. Origina proteínas con expresión/función alterada que favorecen el crecimiento y/o la invasión tumoral.
5. Gen de herencia autosómica dominante que condiciona la aparición de cáncer en la descendencia.

**211. Una mujer asintomática de 62 años tiene dos hermanos menores varones diagnosticados de la enfermedad de Huntington, ambos con mutaciones expansivas en el gen IT15 (huntingtina, cromosoma 4p16.3) de 51 y 68 repeticiones CAG; que iniciaron la enfermedad a los 35 y 29 años, respectivamente. La mujer había rehusado las pruebas genéticas ante el temor de conocer si había heredado una mutación, como sus hermanos (diagnóstico molecular pre-sintomático). Actualmente está angustiada ante la posibilidad de haber transmitido la enfermedad a sus descendientes. Antes de efectuar un diagnóstico molecular el genetista le informa de los riesgos de ser portadora de una mutación. ¿Qué información es la correcta?**

1. Por la herencia autosómico dominante, el riesgo de ser portadora y padecer la enfermedad es siempre del 50%.
2. Por la herencia autosómico recesiva, el riesgo de ser portadora y padecer la enfermedad es del 25%.
3. Al ser una enfermedad ligada al sexo, ella es portadora obligada y la transmitirá al 50% de su descendencia.
4. Por la herencia mitocondrial, si la enfermedad procedía de su madre el riesgo es del 100%, y nulo si procedía de su padre.
5. Al permanecer asintomática, el riesgo de ser portadora es claramente inferior al 50%.

**212. Las inmunoglobulinas circulantes constituyen las principales moléculas efectoras de la respuesta inmune humoral. Señale la respuesta INCORRECTA con respecto a las mismas.**

1. El isotipo de una inmunoglobulina viene determinado por el tipo de cadena pesada y de cada ligera que la configuran.
  2. Las inmunoglobulinas circulantes son sintetizadas por las células dendríticas en los órganos linfoides secundarios.
  3. Los genes que codifican las regiones variables de las cadenas de las inmunoglobulinas sufren un reordenamiento somático V(D)J durante el desarrollo de los linfocitos B.
  4. La inmunoglobulina G (IgG) es la predominante en el suero y en el espacio extravascular.
  5. La IgG es la única inmunoglobulina que atraviesa la placenta.
- 213. En el caso de un trasplante de órganos sólidos, si queremos inhibir la enzima calcineurina en las células del paciente trasplantado, ¿qué inmunosupresor deberíamos utilizar?**
1. Ciclofosfamida.
  2. Sirolimus.
  3. Azatioprina.
  4. Micofenolato mofetilo.
  5. Ciclosporina.
- 214. Neonato con cardiopatía, tetania e hipocalcemia, linfopenia profunda de células T (inmunofenotipo T-B+NK+) y delección 22q11; ¿cuál de los siguientes procedimientos constituiría el único tratamiento curativo de su inmunodeficiencia?**
1. Trasplante de células de timo.
  2. Transplante de progenitores hematopoyéticos HLA-idéntico.
  3. Tratamiento sustitutivo con gammaglobulinas.
  4. IL-2 recombinante por vía subcutánea.
  5. Terapia génica (linfocitos T autólogos transfectados con IL-2).
- 215. ¿Qué tipo de linfocitos son los más abundantes en sangre periférica?**
1. Linfocitos B CD5+ (B1a).
  2. Linfocitos T colaboradores CD4+.
  3. Linfocitos T citotóxicos CD8+.
  4. Linfocitos T gamma/delta.
  5. Linfocitos NK (Natural Killer o asesinos naturales).
- 216. Paciente politraumatizado ingresado en la UCI que presenta neumonía asociada a ventilación mecánica. El hemocultivo es positivo a *Acinetobacter baumannii* resistente a carbapenem y ampicilina/sulbactam. ¿Cuál de los siguientes antibióticos sería de elección?**
1. Cefepima.
  2. Vancomicina.
  3. Linezolid.
  4. Amikacina.
  5. Colistina.
- 217. ¿Cuál de los siguientes virus puede permanecer en latencia después de la infección primaria y reactivarse frecuentemente en un paciente trasplantado?**
1. Virus de la hepatitis A.
  2. Virus respiratorio sincitial.
  3. Citomegalovirus.
  4. VIH.
  5. Rotavirus.
- 218. Durante el postoperatorio de una cirugía programada por adenocarcinoma de colon, un paciente portador de catéter venoso central presenta fiebre y escalofríos. La exploración es normal con excepción de signos inflamatorios en la zona de tunelización del catéter central. En los hemocultivos se identifican cocos Gram positivos. Señale cuál sería el patógeno más probable:**
1. *Staphylococcus aureus*.
  2. *Streptococcus pneumoniae*.
  3. Meningococo.
  4. *Streptococcus viridans*.
  5. *Streptococcus pyogenes*.
- 219. Señale cuál de los siguientes factores NO se asocia a un mayor riesgo de candidemia invasora en un paciente con cáncer:**
1. Nutrición parenteral.
  2. Neutropenia post-quimioterapia.

3. Portador de reservorio venoso central.
4. Antibioterapia previa de amplio espectro.
5. Candidiasis orofaríngea.

**220. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es la correcta?**

1. Los glicopéptidos son unos antibióticos de amplio espectro, con una más que aceptable actividad frente a bacterias Gram (+) y Gram (-).
2. Ciprofloxacino es un buen antibiótico para tratar todas las infecciones producidas por bacterias Gram (+).
3. Los aminoglucósidos son unos antibióticos con una magnífica biodisponibilidad oral.
4. La Rifampicina es un medicamento que hay que administrarlo con otros antibióticos, para reducir el riesgo de una rápida selección de resistencias.
5. Las cefalosporinas son unos magníficos antibióticos con una buena actividad frente a *Enterococcus faecalis*.

**221. ¿Cuál de los siguientes fármacos antihipertensivos sería el menos indicado en un paciente hipertenso con antecedentes de artritis gotosa?**

1. Hidroclorotiazida.
2. Amlodipino.
3. Losartán.
4. Enalapril.
5. Diltiazem.

**222. En un tratamiento farmacológico sistémico en el que se administran repetidas dosis de un fármaco, ¿qué factores determinan el tiempo necesario para que las concentraciones plasmáticas alcancen el estado de equilibrio estacionario?**

1. La semivida de eliminación del fármaco.
2. La semivida de eliminación del fármaco y la dosis.
3. La semivida de eliminación del fármaco y el intervalo posológico.
4. La semivida de eliminación del fármaco, el intervalo posológico y la dosis.
5. La semivida de eliminación del fármaco, el intervalo posológico y el número de dosis.

**223. ¿Cuál de los siguientes cambios ocurre habitualmente en las personas ancianas y modifica la farmacocinética de los medicamentos?**

1. Aumento del volumen plasmático.
2. Disminución del pH (acidificación) gástrico.
3. Aumento de la motilidad gastrointestinal.
4. Disminución de la albúmina sérica.
5. Aumento del filtrado glomerular.

**224. Todos los anticonvulsivantes que aparecen a continuación, EXCEPTO uno que debe señalar, bloquean los canales de sodio dependientes de voltaje:**

1. Lamotrigina.
2. Carbamazepina.
3. Gabapentina.
4. Fenitoína.
5. Ácido Valproico.

**225. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA respecto a los antibióticos betalactámicos?**

1. Actúan inhibiendo la formación de la pared celular.
2. Su principal vía de excreción es la renal.
3. El principal mecanismo de resistencia frente a ellos es su inactivación por betalactamasas.
4. La amoxicilina tiene una biodisponibilidad por vía oral cercana al 100%.
5. En general son bacteriostáticos.

**226. Paciente varón de 26 años de edad, deportista de competición, es estudiado porque su hermano ha tenido una muerte súbita. Las pruebas complementarias detectan la existencia de una miocardiopatía hipertrófica obstructiva. Señale la opción FALSA respecto a dicha patología:**

1. El tratamiento con betabloqueantes ayuda a reducir los síntomas.
2. Se debe recomendar el abandono del deporte de competición.
3. La digoxina es útil para reducir el gradiente subaórtico.
4. Los diuréticos se deben evitar o utilizar con gran cuidado.
5. Dado el carácter hereditario de la patología se debe realizar estudio de despistaje en el resto de familiares directos.

**227. ¿Cuál de las siguientes NO puede ser considerada una condición premaligna de cáncer del aparato digestivo?**

1. Adenoma de colon.
2. Esofagitis cáustica.
3. Úlcera gástrica.
4. Anemia Perniciosa.
5. Esófago de Barrett.

**228. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta en relación al tratamiento con un Anti-TNF?:**

1. No se pueden emplear en diabéticos.
2. No se puede utilizar en combinación con Metotrexato.
3. No se puede utilizar en combinación con corticoides.
4. Hay riesgo de reactivar una tuberculosis latente.
5. La presencia de una enfermedad desmielinizante no contraindica su uso.

**229. Mujer de 58 años, peso 130 Kg, talla 155 cm, índice de masa corporal > 30 con hipertensión arterial leve, glucemia 108 mg/dL y ausencia de edemas en miembros inferiores. En analítica de sangre presenta Cr 2.0 mg/dL, Urea 86 mg/dL, Alb 3.8 g/L, Na 142 mEq/L, K 4 mEq/L. En analítica de orina: sedimento sin alteraciones y en orina de 24 h proteinuria de 6.3 gr/ 24 h. ¿Cuál de las siguientes entidades presentará con mayor probabilidad?**

1. Glomerulonefritis membranosa secundaria.
2. Glomerulonefritis focal y segmentaria.
3. Nefropatía IgA.
4. Glomerulonefritis rápidamente progresiva.
5. Nefropatía de cambios mínimos.

**230. Un paciente de 57 años tuvo un infarto agudo de miocardio y presenta en la analítica colesterol de 312 mg/dL (normal<220), LDL colesterol 241 mg/dL (normal<150), HDL colesterol 29 mg/dL (normal 35-90), y triglicéridos normales. Fumador de 30 cigarrillos/día, no obesidad, presión arterial de 145/90 mm Hg y no tenía diabetes. Interrogado sobre antecedentes familiares refirió que un tío por línea materna falleció de forma brusca a los 53 años. ¿Con qué respuesta está más de acuerdo?**

1. Tratar con estatinas hasta que se normalice el colesterol y recomendar hábito de vida saludable (dieta, ejercicio y no fumar).
2. Descartar hipotiroidismo u otra enfermedad sistémica, recomendar hábito de vida saludable y tratar con fibratos para normalizar el colesterol.
3. No precisa descartar dislipemia secundaria por ser infrecuente. Se debe realizar perfil lipídico familiar.
4. Descartar dislipemia secundaria, tratar con resinas (resincolestiramina) y fibratos y recomendar hábito de vida saludable. Prohibir alcohol.
5. Descartar dislipemia secundaria, solicitar estudio familiar y tratar con estatinas para mantener un buen perfil lipídico. Control de otros factores de riesgo.

**231. Entre las comorbilidades asociadas a la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) se encuentran todas EXCEPTO:**

1. Síndrome de apnea del sueño.
2. Hipotiroidismo.
3. Osteoporosis.
4. Anemia.
5. Ansiedad/depresión.

**232. Un paciente de 29 años acude a su consulta con diagnóstico de aplasia medular severa. ¿Cuál es el tratamiento de elección?**

1. Transfusiones periódicas y antibióticos.
2. Andrógenos y transfusiones de plaquetas.
3. Trasplante de médula ósea alogénico si hermano HLA idéntico.
4. Trasplante autólogo de médula ósea para evitar rechazo.
5. Ciclosporina A y globulina antitímocítica.

**233. ¿Qué fármaco NO estaría indicado en el tratamiento preventivo de la migraña?**

1. Sumatriptan.
2. Topiramato.
3. Propranolol.
4. Flunarizina.



5. Ácido Valproico.

**234. Qué hallazgo, de los siguientes, en la exploración que se realiza en las primeras 24 horas a un recién nacido obliga a realizar exámenes complementarios para aproximar su diagnóstico.**

1. Acabalgamiento de sutura parieto-occipital.
2. Edema palpebral bilateral.
3. Eritema tóxico en tronco y extremidades.
4. Mancha mongólica en espalda y extremidades superiores.
5. Mechón de pelo en zona de columna lumbosacra.

**235. ¿Cuál de las siguientes asociaciones fármaco antihipertensivo - efecto indeseado es INCORRECTA?**

1. Hidroclorotiazida - hipopotasemia.
2. Enalapril - hiperpotasemia.
3. Amlodipino - edemas maleolares.
4. Doxazosina - hipotensión ortostática.
5. Verapamilo - taquicardia.