



## PRUEBAS SELECTIVAS 2013

### 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 n°1**

**Hombre de 40 años sin antecedentes de interés. Desde hace 4 semanas, refiere cuadro de deposiciones diarreicas, asociado a ictericia de piel y mucosas, coluria, hipocolia y dolor en hipocondrio derecho, acompañado de pérdida de peso (10 kg aprox) y prurito intenso. En la analítica destaca: Bilirrubina total: 15,3 mg/dl. Alanina-aminotransferasa: 70 U/l. Aspartato-aminotransferasa: 85 U/l. Serología para hepatitis negativa y elevación del CA 19-9. Se realiza TC abdominal. Se muestran 3 secciones axiales. En relación a los hallazgos de la prueba radiológica, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?**

1. Se observa una masa tumoral en cabeza de páncreas que condiciona dilatación biliar y ductal compatible con adenocarcinoma.
2. Presencia de engrosamiento difuso del páncreas con Wirsung arrosariado compatible con pancreatitis linfoplasmocitaria.
3. Se identifica una masa tumoral en infundíbulo vesicular compatible con adenocarcinoma vesicular.
4. Se observan voluminosas adenopatías tumorales en hilio hepático que producen dilatación de la vía biliar.
5. Presencia de múltiples lesiones focales hepáticas sólidas compatibles con metástasis hepáticas difusas.

**2. Pregunta vinculada a la imagen n°1**

**En el paciente anterior ¿cuál de los siguientes tratamientos está indicado?**

1. Drenaje biliar por vía endoscópica retrógrada y quimioterapia sistémica.
2. Duodenopancreatometomía cefálica con resección vascular.
3. Embolización hepática con esferas cargadas de quimioterapia.
4. Drenaje biliar transparieto-hepático y quimioterapia sistémica.
5. Tratamiento con corticoides.

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

**Mujer de 67 años con antecedentes de HTA mal controlada, en tratamiento con insulina por diabetes mellitus y controlada por un servicio de hematología para estudio de síndrome mielodisplásico. Hace 3 semanas inicia una lesión pustulosa de bordes necróticos que ha crecido hasta condicionar una gran úlcera con el aspecto que muestra la imagen adjunta. Dolor intenso. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos le parece más probable?**

1. Infiltración cutánea específica de su proceso mieloproliferativo.
2. Necrobiosis lipídica.
3. Úlcera por microangiopatía diabética.
4. Pioderma gangrenoso.
5. Úlcera hipertensiva.

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

**El mismo tipo de patología puede darse en otros contextos. Señale en cuál de ellos es más probable:**

1. Hipotiroidismo.
2. Hipertiroidismo.
3. Colitis ulcerosa.
4. Esclerodermia.
5. Glucagonoma.

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

**Mujer de 64 años de edad, sin antecedentes de interés, con disnea progresiva de varias semanas de evolución, cuya radiografía frontal de tórax sugiere un diagnóstico radiológico prácticamente definitivo. ¿Cuál sería éste?**

1. Tromboembolismo pulmonar con infartos.
2. Neumonía por *Pneumocystis jirovecii*.
3. Proteínosis alveolar.
4. Edema pulmonar.
5. Neumonía eosinófila crónica.

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

**En relación con el diagnóstico de sospecha que ha establecido, ¿cuál sería la prueba de confirmación más indicada?**

1. Determinación de presión capilar pulmonar, mediante catéter de Swan-Ganz.
2. Lavado broncoalveolar.
3. Tomografía computarizada torácica (arterias pulmonares).
4. Determinación de eosinófilos en sangre periférica.
5. Determinación de anticuerpos anti VIH.

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

**Hombre de 70 años de edad, fumador activo, al que se realiza un estudio radiológico de tórax como protocolo preoperatorio de hipertrofia prostática. ¿Cuál sería el hallazgo semiológico fundamental de esta imagen radiológica?**

1. Derrame pleural izquierdo encapsulado.
2. Tumoración de las partes blandas anteriores del tórax.
3. Colapso del lóbulo superior izquierdo.
4. Masa mediastínica anterior.
5. Elevación de la cúpula diafragmática izquierda.

**8. Pregunta vinculada a la imagen nº4**

**¿Cuál sería el diagnóstico radiológico más probable para justificar ese hallazgo?**

1. Carcinoma broncogénico central.
2. Parálisis frénica izquierda.
3. Absceso de pared torácica anterior.
4. Mesotelioma pleural izquierdo.
5. Linfoma mediastínico anterior.

**9. Pregunta vinculada a la imagen nº5**

**Hombre de 41 años remitido por presentar desde hace más de 5 años dolor glúteo bilateral alternante de predominio nocturno, que interfiere el sueño y alivia con la movilización. Se acompaña de rigidez de más de 1 hora tras la inactividad. Niega dolor, tumefacción o deformidad a otro nivel. Aporta analítica elemental sin alteraciones excepto PCR 11.5 mg/dl (N<5) y la radiografía adjunta. La alteración radiológica objetivada y el diagnóstico más probable sería:**

1. Fractura de Looser- Osteomalacia.
2. Sacroileítis bilateral - Espondilitis anquilosante.
3. Coexistencia de lesiones líticas y blásticas - Enfermedad de Paget.
4. Lesiones blásticas - Adenocarcinoma prostático con metástasis óseas.
5. Osteoesclerosis -Linfoma.

**10. Pregunta vinculada a la imagen nº5**

**En relación a este paciente, ¿cuál de los siguientes tratamientos no sería de utilidad?**

1. Indometacina.
2. Etoricoxib.
3. Corticoides sistémicos.
4. Fisioterapia.
5. Adalimumab.

**11. Pregunta vinculada a la imagen nº6**

**Una amiga suya de 37 años le enseña la foto-**

**grafía de su propia mano derecha que se muestra en la imagen A. Se la había realizado un día de frío del mes de noviembre y le cuenta que al cabo de unos minutos recuperó su coloración normal. Con una lupa de gran aumento observa, en el lecho ungueal, la imagen B. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?**

1. Esclerosis sistémica.
2. Acrocianosis.
3. Livedo reticularis.
4. Enfermedad de Raynaud.
5. Enfermedad por aglutininas frías.

**12. Pregunta vinculada a la imagen nº6**

**Cuál de los siguientes medicamentos no recomendaría:**

1. Nifedipino.
2. Sildenafil.
3. Prazosin.
4. Atenolol.
5. Losartan.

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

**Una paciente de 31 años de edad, sin antecedentes previos de interés, consulta por debilidad muscular de unos meses de evolución que progresivamente le ha llegado a dificultar el subir y bajar escaleras. A la exploración física llama la atención las lesiones papuloeritematosas descamativas que se observan en la figura. Para lograr el diagnóstico se practica, entre otras pruebas, una biopsia muscular que puede observarse en la figura. ¿Cuál le parece a Ud. el diagnóstico más probable?**

1. Vasculitis tipo panarteritis nudosa.
2. Lupus eritematoso sistémico.
3. Dermatomiositis.
4. Miositis con cuerpos de inclusión.
5. Sarcoidosis.

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

**Entre las pruebas complementarias que nos podrían ayudar a definir mejor el cuadro clínico de la paciente se encuentran todas las siguientes menos una. Señálela.**

1. TC toracoabdominal.
2. Exploración ginecológica.
3. Autoanticuerpos que incluyan ANA y anti-sintetasa.
4. Electromiografía.

5. Arteriografía de las arterias renales.

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

**Paciente de 75 años con antecedentes de hipertensión arterial e hiperuricemia. En tratamiento con IECAs y alopurinol 100 mg diarios. Acude a urgencias por un cuadro de varios días de evolución de dolor de ritmo inflamatorio en las pequeñas articulaciones de las manos de curso progresivo junto con fiebre diaria de hasta 37.8°C. Presenta lesiones sobrelevadas amarillentas en la piel alrededor de las articulaciones interfalángicas y metatarsofalángicas que en los últimos días han dejado salir un líquido amarillento a través de la piel. En la exploración presenta signos inflamatorios a nivel de las interfalángicas proximales y distales de ambas manos. Se realiza una radiografía simple de ambas manos (ver imagen). ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta en relación al diagnóstico de este paciente?**

1. El drenaje de material blanquecino amarillento a través de la piel es sinónimo de infección y requiere el inicio de tratamiento antibiótico de forma inmediata.
2. Si en el análisis del líquido sinovial presentara un recuento de células de entre 2000 y 60.000 / $\mu$ l se trataría de una poliartritis séptica y se debería iniciar tratamiento específico de inmediato.
3. Para establecer el diagnóstico de gota tofácea es imprescindible que los niveles de ácido úrico se encuentren muy por encima del rango de referencia en todas las determinaciones.
4. Para confirmar el diagnóstico es recomendable un estudio completo del líquido.
5. La técnica diagnóstica de elección es la artroresonancia.

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

**En relación al caso anterior ¿cómo abordaría el tratamiento inicial de este paciente?**

1. El tratamiento es el empleo de alopurinol a dosis mínimas de 800 mg diarios por lo que se debe incrementar de forma precoz la dosis que empleaba el paciente.
2. Durante la fase aguda el tratamiento son los AINE, que se pueden asociar a colchicina.
3. Dada la gravedad de las lesiones se debe emplear la colchicina intravenosa.

4. Si el líquido sinovial presenta un recuento celular superior a 3000 cel / $\mu$ l se debe iniciar tratamiento con antibioterapia parenteral con cobertura frente a *Staphylococcus Aureus* y *Streptococcus spp* y mantenerla al menos 6 semanas.
5. En esta enfermedad los esteroides sistémicos o intraarticulares no han demostrado su eficacia.

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

**Una paciente de 64 años de edad consulta por fatigabilidad fácil de unos meses de evolución y pérdida del apetito, aunque no ha objetivado pérdida de peso. Nos llama la atención, al observarla, la facies que presenta (ver imagen). Antes de proseguir con el interrogatorio y la exploración clínica, se nos ocurre una hipótesis diagnóstica.**

**¿Cuál de las siguientes pruebas analíticas cree que nos orientaría mejor en nuestra sospecha diagnóstica?**

1. TSH.
2. CK.
3. Hemograma, hierro, ferritina.
4. Proteinuria.
5. ANA.

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

**Para descartar situaciones que puedan simular las manifestaciones de la paciente y establecer un diagnóstico diferencial deberemos proseguir con el interrogatorio. Uno de los siguientes hábitos o antecedentes sería difícilmente relacionable con las alteraciones faciales observadas. Señale cuál.**

1. Hábito de estirarse los pelos (tricotilomanía).
2. Una enfermedad de transmisión sexual.
3. Contacto con personas o áreas geográficas con lepra.
4. Ingesta de fármacos.
5. Antecedentes de hiperuricemia.

**19. Pregunta vinculada a la imagen nº10**

**Hombre de 74 años, asintomático, que en una analítica de rutina tiene leucocitos 37.000 / mL, hemoglobina 15,7 g/dL, plaquetas 190.000/mL. En la exploración no se aprecian adenopatías ni organomegalias. Se hace una extensión de sangre periférica (imagen). ¿Cuál es el diagnóstico más probable?**

1. Viriasis.
2. Leucemia mieloide crónica.
3. Gammapatía monoclonal de significado incierto.
4. Leucemia linfática crónica.
5. Síndrome mielodisplásico.

**20. Pregunta vinculada a la imagen nº10**

**Ante este cuadro clínico, ¿cuál sería el tratamiento más indicado?**

1. No tratar; esperar y ver.
2. Interferón.
3. Clorambucilo y prednisona.
4. Inhibidores de bcr/abl (imatinib).
5. Ciclofosfamida, vincristina y prednisona.

**21. Pregunta vinculada a la imagen nº11**

**La imagen ecográfica que se le presenta corresponde a una mujer de 37 años que consultó por dolor lumbar derecho no traumático asociado a fiebre. En base a esos antecedentes y a los hallazgos ecográficos, señale la respuesta correcta:**

1. Se observa una vesícula biliar aumentada de tamaño con signo de doble pared.
2. Los hallazgos sugieren absceso perinefrítico con líquido libre perirrenal.
3. La imagen no aporta datos suficientes que ayuden al diagnóstico.
4. La imagen sugiere un quiste parapiélico de gran tamaño; es un hallazgo sin importancia.
5. La ecografía sugiere obstrucción de la vía urinaria.

**22. Pregunta vinculada a la imagen nº11**

**En relación al tratamiento de esta paciente señale la respuesta correcta:**

1. Sería preciso realizar punción evacuadora guiada por TAC de la colección perinefrítica y prescribir antibioterapia de amplio espectro.
2. La derivación urinaria es la clave en el manejo inicial de los casos con hidronefrosis y deterioro de la función renal o infección. El tratamiento definitivo dependerá de la etiología.
3. Antes de tomar decisiones terapéuticas debemos proseguir el estudio mediante TC abdominal.
4. Se trata de una colecistitis alitiásica y requiere una colecistectomía urgente.

5. En el momento actual, el nivel de evidencia sugiere que los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) ya no representan el primer escalón analgésico en el tratamiento del paciente con cólico nefrítico que acude a un servicio de urgencias.

**23. Pregunta vinculada a la imagen nº12**

**Una mujer de 88 años de edad con antecedentes de demencia tipo Alzheimer, insuficiencia mitral y fibrilación auricular persistente, ingresa en un hospital por un deterioro de su estado general que se atribuye a una infección urinaria. Las vías venosas periféricas no son accesibles y se opta por canalizar una vena central a través de una vena periférica (vena cefálica) guiado por ecografía. Una vez realizada la técnica, se comprueba que por el catéter refluye la sangre de forma normal. La paciente no ha presentado complicaciones durante la maniobra y posteriormente se realiza una radiografía de control del catéter. ¿Dónde le parece que se ha ubicado el extremo distal del catéter?**

1. Vena subclavia derecha.
2. Vena yugular derecha.
3. Vena cava superior.
4. Vena basilica derecha.
5. Tronco braquiocéfálico.

**24. Pregunta vinculada a la imagen nº12**

**¿Cuál es la actitud más razonable en este momento?:**

1. Retirar todo el catéter y volverlo a introducir.
2. Extraer unos 10 cm el catéter e instaurar el tratamiento oportuno.
3. Canalizar otra vía venosa central por la yugular.
4. Dejarlo como está porque se puede utilizar para monitorizar presión venosa central.
5. No podemos utilizar el catéter porque ha perforado la vena y se localiza en pulmón.

**25. Pregunta vinculada a la imagen nº13**

**Niño de 12 años que acude a consulta de Pediatría de Atención Primaria por cuadro de fiebre, vómitos, dolor abdominal y diarrea. En la auscultación cardiopulmonar presenta soplo sistólico eyectivo II/VI en foco pulmonar con segundo ruido desdoblado fijo, siendo el resto de la exploración física normal.**

**Para la valoración del soplo el pediatra le realiza un ECG que se muestra a continuación. En relación con la interpretación del mismo, indi-**

**que a continuación la respuesta correcta:**

1. Es un ECG normal.
2. Presenta un bloqueo auriculoventricular de primer grado como única alteración.
3. Presenta un eje del QRS extremo izquierdo.
4. Presenta un eje del QRS desviado hacia la derecha con patrón rsR'.
5. Hay signos claros de hipertrofia ventricular izquierda.

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

**¿Cuál sería la sospecha del pediatra y qué otras pruebas complementarias se le realizarían para confirmarlo?**

1. Sospecharía un soplo inocente y no le haría más pruebas.
2. Dado que presenta un hemibloqueo anterior izquierdo podría tratarse de un canal auriculoventricular parcial (CIA ostium primum y cleft mitral) por lo que se le realizarían una Rx tórax y un ecocardiograma.
3. Dado que presenta un eje derecho y un patrón rsR' podría tratarse una comunicación interauricular tipo ostium secundum y se le realizaría una Rx tórax y un ecocardiograma para confirmarlo.
4. Sería preciso plantear la implantación de un marcapaso.
5. Como existen datos de hipertrofia ventrículo izquierdo le realizaría estudio familiar para descartar miocardiopatía hipertrófica.

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

**Mujer de 75 años que consulta por dolor abdominal e incremento del perímetro abdominal. No refiere antecedentes previos de hepatopatía. En la exploración física el abdomen está abombado con timpanismo central y matidez cambiante en flancos. No se aprecian masas ni visceromegalias. En la analítica destaca únicamente una cifra de hemoglobina de 10,9 g/dl, VCM 92 fl, con leucocitos y plaquetas normales. Bioquímica y perfil hepático normal. Mediante paracentesis se extrae líquido ascítico ambarino con gradiente de albúmina de 0,7 y citología sospechosa de malignidad. Se aporta TAC (imagen). ¿Cuál el diagnóstico más probable?**

1. Pseudomixoma peritoneal.
2. Tumor de Krukenberg.
3. Mesotelioma peritoneal.
4. Adenocarcinoma de ovario.
5. Adenocarcinoma de colon.

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

**Una vez confirmado el diagnóstico de sospecha. ¿Cuál es la conducta terapéutica más correcta?**

1. Cirugía citoreductora y quimioterapia con taxol-carboplatino.
2. Gastrectomía con doble anexectomía.
3. Laparoscopia con lavados peritoneales e infusión de mitomicina y 5-fluoracilo.
4. Quimioterapia sistémica con cisplatino y pemetrexed.
5. Cirugía laparoscópica y quimioterapia con oxaliplatino y 5-fluoracilo (FOLFOX).

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

**Paciente de 67 años que refiere disminución de agudeza visual unilateral y metamorfopsia de rápida evolución. La retinografía adjunta presenta la imagen del ojo afecto. El diagnóstico más probable sería:**

1. Degeneración macular asociada a la edad exudativa.
2. Desprendimiento de retina.
3. Retinosis pigmentaria.
4. Trombosis vena central de la retina isquémica.
5. Melanoma coroideo ecuatorial.

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

**La siguiente prueba diagnóstica más adecuada a realizar en este paciente es:**

1. Angiofluoresceingrafía.
2. Potenciales evocados visuales.
3. Toma de muestra vítrea mediante vitrectomía.
4. Resonancia Magnética Nuclear.
5. Campimetría computarizada.

**31. Pregunta vinculada a la imagen n°16**

**Paciente de 48 años fumador. Consulta por crisis de enrojecimiento simétrico y bilateral en ambos pies acompañado de dolor urente (imagen). La exploración general, el examen neurológico y los pulsos periféricos son normales. En la analítica destaca: Hb 16,8 g/dl, leucocitos 12.400/mm<sup>3</sup>, plaquetas 720.000/mm<sup>3</sup>. Bioquímica: Glucosa 87 mg/dl, Creatinina 0,7 mg/dl, Proteínas 7,5 g/dl, Calcio 9,4 mg/dl, GOT 40 U/L, GPT 35 U/L, GGT 64 U/L, FA 124 U/L, LDH 187 U/L, VSG 24 mm/h. Hemostasia e inmunoglobulinas normales. Serología frente a**

**virus de hepatitis B y C negativa. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?**

1. Livedo reticularis.
2. Eritromelalgia.
3. Enfermedad de Buerger.
4. Mastocitosis sistémica.
5. Crioglobulinemia mixta.

**32. Pregunta vinculada a la imagen n°16**

**¿Cuál de las siguientes apoyará el diagnóstico de la enfermedad de base?**

1. Biopsia cutánea.
2. Microangiografía.
3. Determinación de crioglobulinas.
4. Triptasa sérica.
5. Estudio de mutación JAK 2.

**33. Pregunta vinculada a la imagen n°17**

**La siguiente figura describe la función de supervivencia de la variable progresión libre de enfermedad (Progression-free Survival, PFS) mediante el método de Kaplan-Meier de dos grupos de pacientes. Grupo A: pacientes tratados con el mejor tratamiento de soporte (Best Supportive Care, BSC). Grupo B: pacientes que además de BSC reciben Panitumumab. Datos complementarios a la figura: pacientes con progresión de enfermedad: Grupo A=184/232 (79%), Grupo B=161/231 (70%). Porcentaje de censuras: Grupo A=24/232 (10%), Grupo B=38/231(16%). Prueba de log-rank  $p<0.0001$ . Hazard Ratio [95%CI]: 0.54 [0.44-0.66].** ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta:

1. La ganancia en términos de mediana de tiempo hasta la progresión en el Grupo B, no llega a superar dos semanas en relación al Grupo A.
2. Para interpretar los resultados de estas dos curvas de supervivencia es necesario y suficiente la evaluación y contraste de los porcentajes de progresión, es decir 79% en el Grupo A versus 70% en el Grupo B.
3. El ratio de las medianas en el tiempo hasta progresión de los dos grupos de tratamiento es 0.54.
4. La prueba de log-rank evalúa la diferencia promedio en el tiempo de seguimiento.
5. Los resultados de la prueba de log-rank y la estimación del Hazard Ratio (intervalo de confianza al 95%, IC95%), no son compatibles puesto que el primero indica que las diferencias son significativas mientras que el segundo que no lo son.

**34. Pregunta vinculada a la imagen n°17**

**Cual de las siguientes afirmaciones es correcta:**

1. Todos los pacientes del estudio excepto uno han presentado progresión de la enfermedad a las 50 semanas de seguimiento.
2. Dado que al final del tiempo de seguimiento se solapan las curvas de supervivencia, no se debería describir los resultados como estadísticamente significativos.
3. La reducción del riesgo de progresión de la enfermedad en el grupo B (BSC + panitumumab) es del 46% con respecto al grupo A (BSC solo).
4. El promedio de tiempo hasta la progresión es el mejor estimador del efecto de los tratamientos y la diferencia entre grupos debería indicarse para evaluar su relevancia.
5. El análisis de Hazard Ratio no es aceptable puesto que el porcentaje de censuras es distinto entre grupos,  $p<0.0001$ .

**35. La placenta es un derivado de:**

1. La zona pelúcida.
2. El trofoblasto.
3. El ectodermo.
4. El mesodermo.
5. La línea primitiva.

**36. Juan tiene 60 años, fuma de 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 izquierda; 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. Respecto a la sintomatología ocular, ¿dónde se localiza la lesión?**

1. Las fibras simpáticas, en algún nivel que abarcaría desde el hipotálamo a la columna de Clark intermedio-lateral de la médula dorsal.
2. El nervio motor ocular común izquierdo en el mesencéfalo.

3. El núcleo de Edinger-Westphal, encima del núcleo del nervio motor ocular común izquierdo.
4. Las fibras parasimpáticas, en algún nivel que abarcaría desde el núcleo de Edinger-Westphal hasta el músculo constrictor de la pupila izquierda.
5. El músculo tarsal exclusivamente.

**37. ¿De qué raíz depende predominantemente la innervación sensitiva del primer dedo del pie?**

1. L3.
2. L4.
3. L5.
4. S1.
5. L2.

**38. El papiloma virus humano (HPV) está implicado en la patogenia del:**

1. Cáncer de cérvix.
2. Cáncer de endometrio.
3. Cáncer de ovario.
4. Cáncer de mama.
5. Linfoma de Burkitt.

**39. Los hepatocitos en vidrio esmerilado son característicos de:**

1. Hepatitis crónica por VHB.
2. Hepatitis crónica por VHC.
3. Hepatitis crónica por VH delta.
4. Hepatitis por tóxicos.
5. Hepatitis por alcohol.

**40. El cáncer de páncreas más frecuente es:**

1. El tumor papilar mucinoso intraductal.
2. El carcinoma neuroendocrino de páncreas.
3. El cistoadenocarcinoma de páncreas.
4. El insulinoma maligno.
5. El adenocarcinoma ductal de páncreas.

**41. Un joven de 20 años, con clínica de ataxia, cefaleas y masa sólido-quística en hemisferio cerebeloso derecho, es intervenido quirúrgicamente, resecándose una lesión que histológicamente muestra células con procesos citoplasmáticos largos y finos, patrón fascicular y microquístico, numerosos vasos y fibras de Rosenthal. El dia-**

**gnóstico automopatológico más probable es:**

1. Astrocitoma pilocítico.
2. Xantoastrocitoma pleomórfico.
3. Neurocitoma central.
4. Liponeurocitoma.
5. Enfermedad por priones.

**42. Mujer de 70 años con antecedentes de hipertensión e insuficiencia cardiaca moderada que acude a la consulta por presentar tos persistente y seca que se inicia como una sensación de picor en la garganta. En la analítica se observa hiperpotasemia. ¿Cuál es el fármaco sospechoso de causar la clínica y la alteración analítica de la paciente?**

1. Hidroclorotiazida.
2. Bisoprolol.
3. Furosemida.
4. Enalapril.
5. Hidralazina.

**43. ¿De qué factores depende el volumen aparente de distribución de un fármaco?:**

1. De su grado de unión a las proteínas plasmáticas y tisulares y de su semivida de eliminación.
2. De su coeficiente de reparto y de su semivida de eliminación.
3. De su semivida de eliminación y de su constante de eliminación.
4. De su grado de unión a las proteínas plasmáticas y tisulares y de su coeficiente de reparto.
5. De su constante de eliminación y de su aclaramiento.

**44. ¿Qué es un profármaco?**

1. Un fármaco cabeza de serie de una clase terapéutica.
2. Un fármaco que ha sido retirado del mercado.
3. Un producto inactivo que se convierte enzimáticamente en un fármaco activo.
4. Un compuesto de origen natural del que se obtienen uno o más fármacos por hemisíntesis.
5. Un fármaco que carece de actividad pero potencia la acción de otros.



**45. ¿Cuál de los siguientes emparejamientos entre fármaco anticoagulante y mecanismo de acción es INCORRECTO?**

1. Heparina - cofactor de la antitrombina III.
2. Acenocumarol - inhibe la vitamina K epóxido reductasa.
3. Dabigatrán - inhibe la trombina.
4. Rivaroxabán - inhibe el factor Xa.
5. Warfarina - inhibe la absorción de la vitamina K.

**46. Los fármacos inhibidores de la bomba de protones administrados por vía oral:**

1. Neutralizan el ácido clorhídrico de la secreción gástrica.
2. Tiñen las heces de color negro.
3. Bloquean el receptor histaminérgico.
4. Bloquean el receptor de la gastrina.
5. Requieren cubierta entérica.

**47. Señale cuál de las siguientes afirmaciones sobre el músculo liso vascular es FALSA:**

1. Su principal función es mantener el tono de los vasos.
2. Se contrae por un aumento en la concentración intracelular de calcio.
3. Su contracción está controlada por la unión del calcio a la troponina.
4. Su tono está controlado por el sistema nervioso autónomo.
5. El endotelio modula el tono del músculo liso vascular.

**48. En un ensayo clínico de un fármaco antineoplásico se observa un importante aumento de los niveles plasmáticos de LDL (lipoproteínas de baja densidad). Señalar de entre las siguientes afirmaciones cuál es correcta en la interpretación y consecuencias de este hecho:**

1. Las LDL representan la forma de transporte del colesterol del intestino al hígado. Por tanto, reflejan una mayor incorporación de colesterol desde la ingesta lipídica.
2. Las LDL están implicadas en el transporte reverso del colesterol desde los tejidos periféricos hacia el hígado. Por tanto, unos niveles elevados son beneficiosos para disminuir los niveles plasmáticos de colesterol.

3. Las LDL son ricas en triglicéridos y pobres en colesterol. Un aumento de LDL en plasma refleja un aumento de síntesis de novo y/o de ingesta de triglicéridos.
4. Un aumento de los niveles de LDL en plasma es beneficioso porque protege a las arterias de la formación de placas ateroscleróticas.
5. Las LDL transportan colesterol desde el hígado a los tejidos periféricos, donde entran en las células mediante procesos de endocitosis.

**49. La tasa de filtración glomerular aumenta cuando:**

1. Aumenta la resistencia en la arteriola aferente glomerular.
2. Disminuye la resistencia en la arteriola eferente glomerular.
3. Aumenta la actividad de los nervios simpáticos renales.
4. Se produce obstrucción de la vía urinaria.
5. Disminuye la concentración de las proteínas plasmáticas.

**50. Un hombre de treinta y cinco años (caso índice) afecto de ataxia y con manifestaciones clínicas desde hace tres años, presenta una mutación expansiva trinucleotídica CAG en heterocigosis en el gen ATXN1. El diagnóstico molecular es de ataxia espinocerebelosa tipo 1 (SCA1; 6p22.3) y en el informe genético se dice que la enfermedad es de penetrancia completa a lo largo de la vida. En el consejo genético se explicarán al caso índice los riesgos de transmitir la enfermedad a su descendencia. ¿Qué se deduce de lo expuesto?**

1. Al ser el caso índice varón, heredarán la ataxia todos los descendientes de sexo femenino; pero ningún hijo varón.
2. La mutación se transmitirá al 50% de los descendientes del caso índice, que desarrollarán la ataxia a partir de algún momento de su vida.
3. La mutación se transmitirá al 25% de los descendientes del caso índice, que desarrollarán la ataxia a partir de algún momento de su vida.
4. La ataxia se transmitirá a lo largo de la vida del caso índice afectando a toda su descendencia.

5. Si la pareja del caso índice es portadora de otra mutación SCA (por ejemplo en SCA36, gran heterogeneidad genética), la ataxia la padecerán el 25% de los descendientes a partir de algún momento de su vida. Si la pareja no es portadora, la ataxia no se transmitirá.
- 51. Un hombre de 30 años (caso índice) afecto de atrofia óptica de Leber presenta la mutación del genoma mitocondrial LHON11778A. En el consejo genético se le informará de los riesgos de transmisión de la enfermedad a su descendencia. ¿Qué información es la correcta?**
1. El caso índice transmitirá la enfermedad a todos sus descendientes varones (herencia holándrica).
  2. La enfermedad se transmitirá al 50% de los descendientes del caso índice, independientemente de su sexo.
  3. La enfermedad se transmitirá a todos los descendientes del caso índice, por ser de herencia paterna.
  4. La enfermedad se transmitirá a los descendientes de sexo femenino; pero a ningún varón.
  5. La enfermedad no se transmitirá a los descendientes del caso índice, por ser de herencia materna.
- 52. ¿Qué posibilidades existen, en cada embarazo, de que unos padres portadores de una mutación en el gen CFTR, tengan un hijo afecto de fibrosis quística?**
1. 0,01.
  2. 0,1.
  3. 0,25.
  4. 0,5.
  5. 1.
- 53. ¿Cuál de las siguientes respuestas es cierta respecto a las moléculas de HLA?**
1. Son proteínas nucleares muy polimórficas.
  2. Se dividen en moléculas de clase IgG, IgA e IgM.
  3. Unen péptidos y los presentan en la superficie celular.
  4. Interaccionan con las citocinas para modular la respuesta inmune.
  5. Son monomórficas.
- 54. ¿En cual de los siguientes contextos clínicos NO está recomendado el uso de gammaglobulinas intravenosas?**
1. Tratamiento sustitutivo en inmunodeficiencias humorales (defecto en la formación de anticuerpos).
  2. Prevención de la gammapatía monoclonal de significado incierto (MGUS).
  3. Tratamiento del síndrome de Kawasaki.
  4. Manejo de patologías neurológicas inflamatoria/autoinmune (Sd. Guillain-Barré, esclerosis múltiple).
  5. Manejo terapéutico de la púrpura trombopénica inmune (PTI).
- 55. Entre las ventajas biológicas de la fiebre NO se encuentra.**
1. Inhibe el crecimiento bacteriano.
  2. Incrementa la actividad bactericida de los fagocitos.
  3. Estimula la vía alternativa del complemento.
  4. Estimula la síntesis de proteínas de fase aguda y de inmunoglobulinas.
  5. Produce secuestro de hierro sérico.
- 56. ¿Cuáles de las siguientes citoquinas ejercen un efecto anti-inflamatorio e inmunosupresor?**
1. Interleucina-1 alfa, Interleucina-1 beta.
  2. Tumor necrosis factor-alfa, Tumor necrosis factor-beta.
  3. Interleucina-17, Interleucina-22.
  4. Interleucina-10, Transforming growth factor-beta.
  5. Interleucina 2, Interferon-gamma.
- 57. La reactivación de un citomegalovirus latente, en un paciente inmunodeprimido puede dar lugar a un cuadro sistémico grave. ¿Cómo haría el diagnóstico etológico?**
1. Detectando las Ig G específicas en el suero.
  2. Por cultivo de la orina en una línea celular avanzada.
  3. Por reacción en cadena de la polimerasa cuantitativa en la sangre.
  4. Por detección de antígeno en la orina.
  5. Por detección de Ig M específicas en el suero.

58. En la práctica clínica habitual, en los pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) que están siendo sometidos a tratamiento antirretroviral, la herramienta de laboratorio que se utiliza para, a corto plazo, conocer si el tratamiento está siendo eficaz es:
1. Los niveles de linfocitos T CD4, que aumentan rápidamente si el tratamiento está siendo eficaz.
  2. Los niveles de anticuerpos anti VIH, que descienden cuando una combinación de anti-virales es efectiva.
  3. La antigenemia p24, que aumenta en tratamientos eficaces.
  4. La carga viral plasmática (ARN del VIH por ml de plasma), que disminuye hasta niveles indetectables en tratamientos eficaces.
  5. La intensidad de las bandas que se observan en el Western-blot, que van desapareciendo si el tratamiento es eficaz.
59. ¿Cuál de los siguientes virus de la hepatitis es subsidiario de tratamiento con inhibidores de la proteasa viral?
1. El virus de la hepatitis C.
  2. El virus de la hepatitis B.
  3. El virus de la hepatitis A.
  4. El virus de la hepatitis E.
  5. El virus TTV.
60. ¿Cuál de los siguientes patógenos es el causante de la enfermedad por arañazo de gato?
1. Bartonella henselae.
  2. Mycobacterium tuberculosis.
  3. Mycobacterium avium complex.
  4. Toxoplasma gondii.
  5. Virus de Epstein Barr.
61. El complejo Mycobacterium tuberculosis incluye el bacilo causante de la tuberculosis humana (Mycobacterium tuberculosis hominis, bacilo de Koch), así como otras micobacterias, entre las que se encuentran las siguientes, excepto una:
1. Mycobacterium bovis.
  2. Mycobacterium africanum.
  3. Bacilo de Calmette-Guerin (BCG).
  4. Mycobacterium microti.
  5. Mycobacterium avium-intracellulare.
62. Un paciente de 82 años acude a la consulta por presentar mareos repentinos y frecuentes, sin pródromos, de corta duración y que ceden espontáneamente, sin presentar nunca síncope. La exploración física y el electrocardiograma basal son normales. En un registro ambulatorio del electrocardiograma durante 24 horas se detecta en el periodo vigil fases de corta duración de ausencia de ondas P previas al QRS con un ritmo de escape de la unión aurículo-ventricular con QRS estrecho a 40 lpm y una onda al inicio del segmento ST correspondiente a una P retrógrada. No se detectan periodos de asistolia superiores a 3 segundos. Ante esto usted diría:
1. El paciente tiene un bloqueo aurículo-ventricular de 3º grado y precisa la implantación de un marcapasos.
  2. La ausencia de periodos de asistolia >3 segundos excluye una causa cardíaca de los mareos.
  3. Estaría indicado un tratamiento farmacológico que incrementara la conducción en el nodo aurículo-ventricular.
  4. El paciente presenta una disfunción sinusal con bloqueo sinoauricular y requiere, por presentar síntomas, la implantación de marcapasos.
  5. Las alteraciones detectadas en el electrocardiograma ambulatorio son propias de pacientes de esta edad y no hay indicación de intervención terapéutica.
63. Mujer de 82 años hipertensa en tratamiento con atenolol, hidroclorotiazida y digoxina. Acude a urgencias por fibrilación auricular y se le administra verapamil i.v. Se evidencia en ECG bloqueo auriculoventricular completo. ¿Cuál es la causa más probable de esta situación clínica?
1. Intoxicación digitálica por interacción farmacocinética por verapamilo.
  2. Hipopotasemia por la administración de tiazida y digoxina.
  3. Interacción farmacodinámica del betabloqueante, digoxina y verapamil.
  4. Efecto hipotensor del diurético tiazídico.
  5. Arritmia cardíaca por verapamil.
64. Mujer de 45 años, con antecedentes de soplo cardíaco detectado en edad pediátrica. Ingresa en el Servicio de Urgencias por cuadro de palpitaciones, cansancio fácil y edemas maleolares. La exploración física pone de manifiesto ausencia de cianosis. Saturación de Oxígeno por pul-

sioxímetro 97%. TA: 120/80 mm Hg. Ritmo cardíaco irregular a 100 lpm. Soplo sistólico eyección (2/6) en foco pulmonar. 2° R desdoblado, amplio y fijo. No estertores. Ligera hepatomegalia (2-3 cm). Ligeros edemas maleolares. ECG: arritmia completa por fibrilación auricular a 100 lpm. AQRS: +120°. Trastorno de conducción de la rama derecha del haz de His. ¿Cuál es su orientación diagnóstica?

1. Comunicación interventricular.
2. Estenosis aórtica.
3. Estenosis mitral.
4. Comunicación interauricular.
5. Conducto arterioso persistente.

65. Ante un paciente de 60 años de edad, diabético, con angina estable secundaria a cardiopatía isquémica por obstrucción subtotal en el tercio medio de la arteria coronaria descendente anterior, ¿qué tratamiento pondría?

1. Médico con vasodilatadores y betabloqueantes para evitar la angina.
2. Expectante con reposo riguroso ya que al disminuir la demanda miocárdica de oxígeno deberá disminuir la angina.
3. Quirúrgico para revascularizar el miocardio isquémico mediante un puente (by-pass) de arteria mamaria izquierda distal a la lesión en la arteria coronaria enferma.
4. Dilatación de la lesión en la arteria coronaria mediante un cateterismo terapéutico.
5. Cateterismo terapéutico para dilatar la lesión de la arteria enferma e implantación de un "stent" en la zona dilatada.

66. ¿En qué paciente se realizaría una coronariografía urgente?

1. Mujer de 66 años diabética con un único episodio de dolor en reposo y elevación de troponinas.
2. Hombre de 77 años que ingresa por dos episodios de dolor de 30 minutos de duración con descenso del segmento ST en el ECG durante el episodio de dolor.
3. Hombre de 55 años que tras una semana de tratamiento con doble antiagregación se le realiza una ergometría isotópica que muestra isquemia extensa en la cara anterior.
4. Mujer de 65 años con dolor en reposo y ergometría positiva clínica en el tercer estadio de Bruce.

5. Paciente de 55 años que ingresa por dolor torácico y disnea saturando al 80% a pesar de la administración de oxígeno y con un ECG con descenso del ST en la cara anterolateral que no revierte con la administración de nitroglicerina intravenosa.

67. ¿Qué alteración electrocardiográfica se interpreta como lesión subendocárdica?

1. La inversión de la onda T.
2. La supradesnivelación del segmento ST.
3. La onda T picuda.
4. La presencia de onda Q.
5. La depresión rectilínea del segmento ST.

68. Paciente de 52 años de edad que refiere disnea de medianos esfuerzos desde hace 6 meses. No ha presentado angina ni síncope. La exploración física y las pruebas diagnósticas demuestran la existencia de un gradiente transvalvular aórtico medio de 55 mmHg y un área calculada de 0,7 cm<sup>2</sup>. Fracción de eyección del 65%. El tratamiento que debe indicarse a este paciente es:

1. Diuréticos y controles más frecuentes por un especialista.
2. En caso de aumentar la disnea de esfuerzo, debe practicarse una dilatación percutánea de la válvula aórtica con catéter de balón.
3. Sustitución de la válvula aórtica por una prótesis / bioprótesis.
4. Sustitución de la válvula aórtica por un homoinjerto.
5. Implante de una válvula percutánea.

69. En lo que se refiere al taponamiento pericárdico, ¿cuál de los siguientes enunciados NO es correcto?

1. La radiografía de tórax resulta muy útil para el diagnóstico.
2. El registro venoso yugular permite objetivar un colapso x muy profundo.
3. Es habitual la presencia de pulso arterial paradójico.
4. El colapso auricular derecho es muy sensible para el diagnóstico.
5. El colapso ventricular derecho es muy específico para el diagnóstico.

70. Le envían a la consulta de hipertensión arterial

**los siguientes pacientes. Señale en cuál NO sospecharía una hipertensión secundaria.**

1. Mujer de 25 años con un soplo abdominal.
2. Hipertensión arterial con hipopotasemia en un hombre de 50 años que no toma fármacos.
3. Mujer de 55 años con índice de masa corporal 28 y dislipemia.
4. Mujer de 78 años que desde hace 3 meses no se controla con 3 fármacos.
5. Hombre de 60 años con somnolencia diurna, cefalea matutina y roncardor.

**71. En el tratamiento de la insuficiencia cardiaca:**

1. Los bloqueantes del receptor de la angiotensina (ARA II) han demostrado superioridad sobre los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) y deberían ser la primera opción terapéutica.
2. Los antagonistas de la aldosterona no han demostrado mejoría pronóstica, estando contraindicados en pacientes con disfunción sistólica avanzada y grado funcional IV.
3. Los betabloqueantes han demostrado disminuir la mortalidad en pacientes con fracción de eyección disminuida.
4. La terapia mediante marcapasos de resincronización cardiaca está indicada en pacientes con disfunción sistólica siempre que el QRS sea estrecho (inferior a 120 ms).
5. El implante de desfibriladores automáticos está contraindicado en pacientes con disfunción ventricular, especialmente si es de causa isquémica.

**72. En un paciente con clínica de insuficiencia cardiaca que presenta una ascitis desproporcionadamente elevada en relación al edema periférico, la etiología más probable sería:**

1. Una estenosis aórtica grave.
2. Una miocardiopatía dilatada con disfunción ventricular izquierda significativa.
3. Una hipertensión pulmonar primaria.
4. Una miocardiopatía hipertrófica obstructiva.
5. Una pericarditis constrictiva.

**73. Señale la afirmación FALSA con respecto al "tercer ruido" cardiaco:**

1. Es un sonido de baja frecuencia.

2. Se puede producir en procesos que incrementan la velocidad o el volumen de llenado ventricular.
3. Aparecen al final de la diástole.
4. Está presente en pacientes con insuficiencia mitral grave.
5. Puede aparecer en niños normales y en pacientes con gasto cardiaco elevado.

**74. En la elección del tipo de prótesis valvular cardiaca (biológica o mecánica) a implantar en un paciente se deben considerar diversos aspectos y características del enfermo y de la prótesis. Atendiendo a lo mencionado, señale el enunciado INCORRECTO:**

1. La anticoagulación permanente es necesaria en las prótesis mecánicas.
2. En general las prótesis biológicas se indican en pacientes jóvenes, con esperanza de vida larga.
3. Las prótesis biológicas estarían indicadas en casos que presenten contraindicación formal para la anticoagulación.
4. La velocidad de deterioro estructural de una prótesis biológica es inversamente proporcional a la edad del sujeto.
5. Las prótesis biológicas no precisan anticoagulación permanente.

**75. La isquemia aguda de una extremidad consiste en una disminución brusca de la perfusión arterial. Es importante diferenciar entre trombosis y embolia arterial para poder indicar el tratamiento más adecuado. ¿Cuál de las siguientes es la correcta?**

1. La presencia de foco embolígeno y pulsos distales en la extremidad contralateral hace sospechar una trombosis arterial.
2. Si el paciente tiene antecedentes de claudicación y la clínica es de inicio brusco sospecharemos embolia arterial en primer lugar.
3. Si la extremidad contralateral tiene todos los pulsos presentes y la clínica se inicia de forma lenta, sospecharemos una trombosis arterial.
4. Si la clínica se inicia de forma brusca en un paciente con foco embolígeno sospecharemos una embolia arterial.
5. Si el paciente es portador de una derivación arterial previa sospecharemos de embolia arterial.

**76. El signo de Roving característico en las apen-**

**dicitis aguda consiste en:**

1. Dolor a la presión en epigastrio al aplicar una presión firme y persistente sobre el punto de McBurney.
2. Dolor agudo que aparece al comprimir el apéndice entre la pared abdominal y la cresta ilíaca.
3. Sensibilidad de rebote pasajera en la pared abdominal.
4. Pérdida de la sensibilidad abdominal al contraer los músculos de la pared abdominal.
5. Dolor en el punto de McBurney al comprimir el cuadrante inferior izquierdo del abdomen.

**77. Respecto a los Tumores del Estroma Gastrointestinal (GIST), es cierto que:**

1. Se trata de tumores de origen epitelial, localizados sobre todo a nivel de la mucosa del tubo digestivo.
2. Es característico de estos tumores la mutación del gen c-kit, que codifica un receptor tirosina-cinasa.
3. El tratamiento de los tumores localizados menores de 2 cms es fundamentalmente médico, con el empleo de Imatinib.
4. Son tumores que sólo excepcionalmente sangran.
5. La localización más frecuente de estos tumores es el intestino delgado.

**78. A un hombre de 45 años de edad se le realiza una vagotomía troncular y antrectomía con reconstrucción tipo Billroth II, por padecer una enfermedad ulcerosa péptica crónica con estenosis piloro-duodenal. Seis semanas después de la cirugía refiere que poco tiempo después (menos de media hora) de las ingestas presenta estado nauseoso, astenia y sudoración, mareos y retortijones abdominales generalmente acompañados de deshechos diarreicos. ¿Cuál de las siguientes es la actitud más adecuada para su manejo inicial?**

1. Aplicar tratamiento con un análogo de la somatostatina (octeótrido).
2. Seguir unas medidas dietéticas concretas.
3. Realizar un tratamiento de prueba con una benzodiacepina.
4. Realizar la búsqueda de un probable tumor neuroendocrino (p.ej.: carcinoide).
5. Indicar tratamiento quirúrgico para efectuar una gastro-yeyunostomía antiperistáltica en Y de Roux.

**79. Dentro de las anomalías congénitas de la pared abdominal están el onfalocele y la gastrosquisis. Ambas entidades son defectos de la pared. ¿En qué se diferencian?**

1. El onfalocele se produce a nivel umbilical y la gastrosquisis a nivel epigástrico.
2. El defecto, en el caso de la gastrosquisis, es de mayor tamaño que el onfalocele.
3. En el onfalocele, un saco peritoneal recubre el contenido abdominal y en la gastrosquisis no.
4. El onfalocele, a diferencia de la gastrosquisis, se asocia frecuentemente con la atresia intestinal.
5. A diferencia del onfalocele, en la gastrosquisis el tratamiento quirúrgico se puede diferir.

**80. Una mujer de 78 años acude a Urgencias por dolor en fosa ilíaca izquierda de 24 horas de evolución asociado a fiebre y algún vómito ocasional. A la exploración destaca dolor a la palpación de forma selectiva en la fosa ilíaca izquierda con sensación de ocupación, defensa y descompresión positiva. Ante la sospecha de diverticulitis aguda. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?**

1. La exploración complementaria más segura y de mejor rendimiento es el enema con contraste baritado.
2. En caso de absceso pélvico contenido está indicada la colocación de un drenaje percutáneo guiado con TAC o ecografía.
3. En caso de precisar intervención quirúrgica tras solucionarse el episodio agudo, el abordaje laparoscópico está contraindicado.
4. En caso de diverticulitis aguda no complicada está indicada la sigmoidectomía electiva tras la curación del primer episodio agudo.
5. Si se produjera una peritonitis generalizada, la técnica quirúrgica más adecuada es la práctica de una colostomía derivativa sin resección del segmento sigmoideo afectado.

**81. En cuanto a la poliposis intestinal, ¿cuál de los siguientes síndromes NO es hereditario?**

1. Síndrome de Gardner.
2. Síndrome de Cronkhite-Canada.
3. Síndrome de Turcot.
4. Poliposis juvenil.
5. Síndrome de Peutz-Jeghers.

**82. A un hombre de 55 años, padre de un hijo celiaco, con anemia ferropénica y aumento reciente del ritmo deposicional, se le ha realizado una determinación de los alelos HLA-DQ2 y HLA-DQ8 que ha resultado negativa. ¿Qué estudio diagnóstico es el más apropiado en este caso?**

1. Determinación de anticuerpos antitransglutaminasa IgA.
2. Endoscopia digestiva alta con toma de biopsias duodenales.
3. Test de D-xilosa.
4. Evaluar la respuesta a dieta sin gluten.
5. Colonoscopia.

**83. Mujer de 37 años afecta de una colitis ulcerosa extensa, presenta un brote grave por el que se inicia tratamiento con prednisona en dosis de 1 mg/Kg. Tras una semana de tratamiento, la paciente no presenta mejoría. ¿Cuál es la siguiente medida terapéutica a realizar?**

1. Colectomía subtotal de urgencia y en un segundo tiempo proctectomía y reservorio ileoanal.
2. Asociar un inmunosupresor como azatioprina.
3. Asociar mesalazina en dosis de 4 gramos al día oral y triamcinolona rectal 1 aplicación cada 12 horas
4. Ciclosporina endovenosa 2 mg/Kg.
5. Debe valorarse el tratamiento con etanercept (un anticuerpo anti-TNFα).

**84. En un paciente trasplantado de hígado que está recibiendo inmunosupresión con tacrolimus, ¿cuál de los siguientes antibióticos incrementa de forma notable los niveles del inmunosupresor y por tanto debe evitarse?**

1. Amoxicilina-clavulánico.
2. Ciprofloxacino.
3. Eritromicina.
4. Cefuroxima.
5. Norfloxacino.

**85. ¿Qué enfermedad sospecharíamos en un paciente joven que refiere historia frecuente de disfagia a sólidos y a líquidos con impactaciones de alimentos repetidas, sin clínica de pirosis y en el que en la endoscopia oral se observan múltiples anillos esofágicos concéntricos con mucosa normal (aspecto traquealizado)?**

1. Esofagitis herpética.
2. Esofagitis eosinofílica.
3. Esofagitis candidiásica.
4. Esofagitis por citomegalovirus.
5. Adenocarcinoma de esófago.

**86. En la fisiopatología de la úlcera péptica. ¿Cuál es la FALSA?**

1. Gran parte de las úlceras gastro-duodenales se pueden atribuir a la infección por H. pylori o lesión mucosa por AINEs.
2. H. pylori no se relaciona con el desarrollo de linfoma gástrico.
3. La transmisión de H. pylori se produce de persona a persona vía oral-oral o fecal-oral.
4. Un menor nivel educativo y un estatus socioeconómico bajo predisponen a mayores índices de colonización.
5. La incidencia de adenocarcinoma gástrico es mayor en pacientes portadores del H. Pylori.

**87. Mujer de 65 años de edad con antecedentes de dolores articulares en tratamiento con antiinflamatorios, que es remitida a estudio por presentar anemia. En los estudios complementarios presenta hematíes 3.164.000, Hto. 32%, Hb 11 g/dl, VCM 69 fl, Leucocitos 7800, Plaquetas 370.000, PCR 0,29 mg/dl, Fe 20 ng/ml, Ferritina 18 ng/ml, Glucosa 105 mg/dl, GOT, GPT, GGT, F. Alcalina, Bilirrubina total, Colesterol, Creatinina, Calcio y Fósforo normales. Ac. Anti-transglutaminasa y Ac antigliadina negativos. Gastroscopia: hernia de hiato de 3 cm, resto sin alteraciones. Colonoscopia: hasta ciego, aislados divertículos en sigma. Tránsito intestinal sin alteraciones. Ecografía de abdomen sin alteraciones. ¿Cuál de las exploraciones que se enumeran a continuación le parece más adecuada para completar el estudio?**

1. Biopsia de yeyuno.
2. Arteriografía.
3. Cápsula endoscópica.
4. Radioisótopos.
5. RM pélvica.

**88. Un paciente acude a un servicio de urgencias hospitalarias presentando hematemesis franca. En la valoración inicial el paciente está pálido y sudoroso, tiene una frecuencia cardíaca de 110 latidos por minuto y una presión arterial sistólica de 98 mmHg. ¿Cuál de las siguientes acciones NO realizaría en la atención inicial a este pa-**

ciente?

1. Asegurar una adecuada oxigenación del paciente.
2. Canalizar dos vías periféricas de grueso calibre.
3. Utilizar el hematocrito como índice de pérdida hemática.
4. Reponer la volemia con soluciones de cristaloideas.
5. Colocar una sonda nasogástrica.

**89. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la hiperplasia nodular focal hepática es cierta?**

1. Se considera que su aparición está relacionada con el consumo de anticonceptivos.
2. El riesgo de hemoperitoneo por rotura es similar al del adenoma.
3. Existe riesgo de degeneración tumoral.
4. Se comporta como una lesión focal hipovascular en la tomografía computerizada con administración de contraste.
5. En el estudio histológico de la lesión además de hepatocitos pueden observarse conductos biliares y otras células hepáticas.

**90. Mujer de 50 años que acude al servicio de urgencias por astenia, anorexia, pérdida de peso, ictericia, fiebre y dolor abdominal. No refiere antecedentes recientes de transfusión sanguínea, contactos sexuales de riesgo ni adicción a drogas de uso parenteral. Consumo habitual de 60 gramos diarios de alcohol durante los últimos cinco años, consumo que ha incrementado durante el mes previo por problemas familiares. Temperatura 38,5°C, tensión arterial 100/60 mmHg. En la exploración física se observa desorientación temporo-espacial, malnutrición, asterixis, ictericia y hepatomegalia dolorosa. No ascitis ni datos de irritación peritoneal. En los exámenes de laboratorio destacan leucocitos 15.000/microlitro con 90% de polimorfonucleares, hematíes 3 millones/mm<sup>3</sup>, hemoglobina 10 g/dl, volumen corpuscular medio 115 fl, bilirrubina 15 mg/dl de predominio directo, AST (GOT) 300 UI/L, ALT (GPT) 120 UI/L, GGT 635 UI/L, prolongación del tiempo de protrombina mayor del 50 %. ¿Cuál es el diagnóstico más probable del cuadro que presenta la paciente?**

1. Absceso hepático.
2. Colecistitis aguda.
3. Colangitis aguda.
4. Hepatitis alcohólica.

5. Pancreatitis aguda.

**91. Un chico de 17 años, deportista y sin antecedentes de interés, acude al médico por presentar ictericia conjuntival ocasionalmente. Niega ingesta de fármacos y dolor abdominal. En los análisis realizados se observan cifras de ALT, AST, GGT, y FA normales, con bilirrubina total de 3,2 mgr/dl y bilirrubina directa de 0,4 mgr/dl. No tiene anemia y el hígado es ecográficamente normal. ¿Cuál es su diagnóstico?**

1. Síndrome de Rotor.
2. Coledocolitiasis.
3. Síndrome de Dubin-Johnson.
4. Hepatitis aguda.
5. Síndrome de Gilbert.

**92. Existen la gastritis tipo A y la tipo B. Señale cuál de las siguientes es una característica de la primera:**

1. Predomina en el antro.
2. Es más frecuente que la B.
3. Está causada por *H. pylori*.
4. Cursa con aclorhidria.
5. En el 50% hay antirreceptor anticélulas parietales.

**93. Ante un paciente con enfermedad de Crohn que va a comenzar tratamiento con terapia biológica antiTNF (anticuerpos anti factor de necrosis tumoral alfa), ¿cuál de las siguientes pruebas diagnósticas no es necesaria antes de iniciar dicha terapia?**

1. Valoración del estadio inmunitario mediante conteo linfocitario.
2. Serología del virus de hepatitis B (VHB).
3. Prueba de la tuberculina.
4. Radiografía de tórax.
5. Serología del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

**94. El procedimiento inicial de elección para investigar una posible obstrucción de las vías biliares es:**

1. Ecografía hepatobiliar.
2. Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE).
3. Colangio Resonancia Magnética.



4. Tomografía computerizada.  
TC abdominal.
5. Colangiografía transhepática percutánea.

**95. Hombre de 54 años que acude a revisión en su empresa. Se detecta un índice de masa corporal de 32,8 kg/m<sup>2</sup> y glucemia en ayunas 138 mg/L. Un mes después, glucemia 130 mg/dL. ¿Qué recomendación terapéutica efectuaría en primer lugar?**

1. Administración de metformina.
2. Prescribir una sulfonilurea.
3. Cambios conductuales: Dieta y ejercicio físico.
4. Insulina antes de cada comida.
5. Tomar acarbosa por la noche, antes de acostarse.

**96. Un hombre de 62 años con una diabetes mellitus tipo 2 de 10 años de evolución realiza tratamiento con metformina y sitagliptina. Hace ejercicio físico escaso y realiza una dieta adecuada. En los últimos 6 meses ha perdido peso y tiene más astenia. Sus controles glucémicos se han deteriorado pasando de glucemias basales de 110-140 mg/dl a glucemias de 170-200 mg/dl, así como su hemoglobina glicosilada que ha pasado de 7,1 a 8,5%. La medida terapéutica más adecuada a realizar es:**

1. Aumentar la ingesta de proteínas e hidratos de carbono de cadena larga en la dieta para mejorar la astenia y la pérdida de peso.
2. Asociar al tratamiento una dosis de insulina basal.
3. Asociar al tratamiento acarbosa.
4. Sustituir la sitagliptina por pioglitazona.
5. Sustituir la metformina por glimepirida.

**97. Acude a nuestra consulta una mujer de 70 años preocupada por su riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular, ya que su madre falleció por esta causa hace un año. Tiene historia de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 por lo que está en tratamiento con glipizida, aspirina, enalapril y atorvastatina. Fuma 20 cigarrillos al día y no realiza ejercicio de forma regular. A la exploración se detecta una presión arterial de 150/80 mmHg. En la analítica destaca una hemoglobina A1c de 8% y un LDL colesterol de 110 mg/dl. ¿Cuál de los siguientes se asocia con una mayor reducción del riesgo de ACV?**

1. Conseguir unos niveles óptimos de hemoglobina A1C.
2. Conseguir un óptimo control de la presión arterial.
3. Añadir al tratamiento un antioxidante.
4. Abandonar el tabaco.
5. Conseguir unos niveles óptimos de LDL.

**98. Mujer de 63 años que acude al servicio de Urgencias refiriendo cefalea intensa con signos de irritación meníngea, alteraciones visuales bilaterales y oftalmoplejía. Se realiza una TAC que muestra lesión ocupante de espacio en silla turca de 2 cm compatible con adenoma hipofisario con signos de hemorragia intratumoral, con desviación del tallo hipofisario y compresión del tejido glandular. Señale cuál de las siguientes respuestas es INCORRECTA:**

1. La sospecha diagnóstica es una apoplejía hipofisaria.
2. Se debería iniciar tratamiento con corticoides a dosis altas y observar la evolución, puesto que este tratamiento podría reducir el volumen de la lesión y evitar la intervención.
3. Debe plantearse el tratamiento con glucocorticoides para evitar una insuficiencia adrenal secundaria que comprometa el pronóstico vital de la paciente.
4. La presencia de oftalmoplejía y los defectos visuales constituyen indicaciones para intervenir sin demora mediante descompresión quirúrgica urgente.
5. Tras la resolución del cuadro agudo, es frecuente el desarrollo de panhipopituitarismo.

**99. Una mujer de 45 años acude a la consulta remitida desde Cirugía con el diagnóstico de un tumor neuroendocrino diagnosticado tras pancreatectomía parcial por un tumor de 2 cms en cola del páncreas. El tumor había sido detectado de forma casual en una TAC abdominal solicitada para completar el estudio de un quiste simple hepático. Interrogando a la paciente destacan como antecedentes reglas irregulares, estando en amenorrea desde hace 6 meses, y cólicos renoureterales de repetición desde los 20 años de edad por los que ha precisado litotricia en varias ocasiones. Además presenta antecedentes familiares de cólicos renoureterales. ¿Cuál es su sospecha diagnóstica?**

1. Una neoplasia endocrina múltiple tipo 1 o Síndrome de Wermer.
2. Una neoplasia endocrina múltiple tipo 2 A o Síndrome de Sipple.
3. Una neoplasia endocrina múltiple tipo 2B.

4. Somatostatina.
5. Un tumor neuroendocrino productor de PTH.

**100. Paciente de 54 años de edad, con una ingesta etílica de 110 g/día, que ingresa por un cuadro de diarrea crónica y con la aparición en los últimos días de calambres musculares. En la analítica destaca glucosa 320 mg/dL, Urea 25 mg/dL, Creatinina 0,75 mg/dL, Potasio 2,5 mmol/L (3,5-5,1), Calcio 2,0 mmol/L (2,2-2,5), Fósforo 0,52 mmol/L (0,87-1,55) Magnesio 0,25 mmol/L (0,66-0,99) y Albúmina de 28 g/L (35-52) ¿Con qué iniciaría el tratamiento?**

1. Insulina.
2. Potasio.
3. Calcio.
4. Fósforo.
5. Magnesio.

**101. En una paciente de 30 años se encuentra una cifra de calcio de 11 mg/dl (normal menos de 10,5 mg/dl) durante un examen de empresas rutinario. La determinación de PTH fue de 45 pg/ml (VN 10-55 pg/ml). La historia es anodina, salvo por el hecho de que la madre y el abuelo paterno fueron diagnosticados de hiperparatiroidismo e intervenidos, aunque permanecieron hipercalcémicos. ¿Qué prueba es más útil para confirmar el diagnóstico?**

1. 25-OH D.
2. 1,25-OH 2D.
3. Cociente calcio/creatinina en orina.
4. Reabsorción tubular de fosfatos.
5. PTHrP.

**102. ¿Qué fármacos son de utilidad para frenar el hipercortisolismo endógeno?**

1. Ketokonazol.
2. Metimazol.
3. Octreótido.
4. Fludrocortisona.
5. Propiltiouracilo.

**103. Hombre de 71 años de edad que presenta analítica con pancitopenia severa sin presencia de células inmaduras y con estudio medular sugestivo de anemia aplásica grave. ¿Cuál sería el abordaje terapéutico fundamental?**

1. Tratamiento con metilprednisolona a dosis de 1 g/Kg/día durante 5 días.
2. Estudio de hermanos y si alguno es HLA compatible, trasplante alogénico de progenitores hemopoéticos.
3. Terapia inmunosupresora con ciclosporina e inmunoglobulina antitímocítica.
4. Soporte hemoterápico.
5. Quimioterapia y si respuesta trasplante autólogo de progenitores hemopoéticos.

**104. En una mujer de 29 años se hallan en el curso de una analítica de rutina los siguientes parámetros: Hb 11,5 g/dL, VCM 70 fl, HCM 28 pg, Ferritina 10 ng/mL, leucocitos 5.200/mm<sup>3</sup>, plaquetas 335.000/mm<sup>3</sup>. La exploración física es normal. La exploración más indicada en esta situación es:**

1. Exploración ginecológica.
2. Estudio de sangre oculta en heces.
3. Estudio radiológico de aparato digestivo.
4. Electroforesis de hemoglobinas.
5. Test de Coombs.

**105. Paciente de 68 años que consulta por edemas y astenia. En la analítica realizada se constata creatinina de 5 mg/dl, hemoglobina de 10 gr/dl y una marcada hipogammaglobulinemia en suero a expensas de IgG, IgA e IgM. Un análisis de orina revela la presencia de cadenas ligeras kappa. ¿Cuál es su sospecha diagnóstica?**

1. Enfermedad por depósito de cadenas ligeras kappa.
2. Síndrome nefrótico.
3. Amiloidosis.
4. Mieloma IgA con preteínuria Bence Jones.
5. Mieloma de cadenas ligeras.

**106. Una paciente de 67 años en tratamiento con ticlopidina acude a urgencias con cefalea, astenia y petequias en extremidades inferiores. En la analítica presenta hemoglobina 8,2 g/dl, VCM 100 fl, plaquetas 25000/ul y leucocitos 7500/ul con fórmula normal. La cifra de reticulocitos está elevada y en el frotis de sangre se observa numerosos esquistocitos. Los estudios de coagulación (TTPA, TP y Fibrinógeno) son normales. En la bioquímica destaca LDH 2700 UI/l y bilirrubina 2,6 mg/dl. ¿Cuál es el diagnóstico más probable de la paciente?**

1. Púrpura trombocitopénica autoinmune.
2. Púrpura trombótica trombocitopénica.

3. Aplasia medular.
4. Trombocitopenia inducida por fármacos.
5. Coagulación intravascular diseminada.

**107. Acude al Servicio de Urgencias un hombre de 72 años con una fractura patológica en fémur izquierdo. Tras la intervención quirúrgica, se realiza el estudio diagnóstico para averiguar la patología subyacente con los siguientes hallazgos: hemoglobina 9,5 g/dl, proteínas totales 11 g/dl, (VN: 6-8 g/dl), albúmina sérica 2 g/dl, (VN 3,5-5,0 g/dl), beta 2 microglobulina 6 mg/l (VN 1,1-2,4 mg/l), creatinina sérica 1,8 mg/dl (VN: 0,1-1,4 mg/dl). Indique cuáles serían las pruebas diagnósticas necesarias para confirmar el diagnóstico más probable:**

1. Serie ósea radiológica y aspirado de médula ósea.
2. Electroforesis sérica y urinaria y pruebas de función renal.
3. Aspirado de médula ósea y concentración de calcio sérico.
4. Aspirado de médula ósea y electroforesis sérica y urinaria.
5. Biopsia de la fractura patológica y serie ósea radiológica.

**108. Muchacha de 19 años, sin antecedentes médicos de interés, salvo un cuadro gripal autolimitado 3 semanas antes, que acude al servicio de Urgencias por petequias y equimosis de aparición espontánea. En la exploración física la paciente se encuentra con buen estado general, afebril, normotensa y orientada en tiempo y espacio. Se observan petequias diseminadas por EEII y abdomen y equimosis pequeñas en zonas de decúbito. No se palpan adenopatías ni esplenomegalia. La analítica realizada ofrece los siguientes hallazgos: Hb 12,6 g/dL, Leucocitos 5.500/mm<sup>3</sup>, plaquetas 7000/mm<sup>3</sup>. El estudio del frotis de sangre periférica ofrece una morfología eritrocitaria normal, recuento leucocitario diferencial normal y el recuento plaquetario es concordante con la cifra del autoanalizador sin observarse agregados plaquetarios. Bioquímica, proteinograma, beta 2 microglobulina y LDH normal. ¿Cuál cree que es, de los siguientes, el tratamiento inicial más adecuado?**

1. Transfusión de plaquetas.
2. Rituximab en pauta semanal.
3. Ciclofosfamida en pulsos de 4 días cada 21 días.
4. Plasmaféresis diaria.
5. Prednisona a 1 mg/día durante 2-3 semanas.

**109. El tratamiento de primera línea más adecuado en el linfoma de Hodgkin clásico en estadio IIA es:**

1. Quimioterapia tipo CHOP (6 ciclos).
2. Quimioterapia tipo ABVD (2-4 ciclos) seguido de radioterapia en campo afecto.
3. Quimioterapia tipo ABVD (4 ciclos) seguida de trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos.
4. Radioterapia en campo ampliado (ej. tipo Mantle o tipo "Y invertida").
5. Radioterapia en campos afectados.

**110. Hombre de 34 años que consulta por fiebre y malestar general. En la historia clínica se recogen como antecedentes relaciones homosexuales desde hace 4 meses con una nueva pareja. 2 meses antes de la consulta actual tuvo una lesión ulcerosa en el glande, indolora, con adenopatías inguinales bilaterales, todo ello autolimitado. Se solicitan estudios serológicos con los siguientes resultados: HIV negativo, RPR 1/320, TPHA 1/128. ¿Qué tratamiento indicaría en este paciente?**

1. Ninguno.
2. Penicilina G intravenosa, 24 MU cada día durante 14 días.
3. Penicilina Benzatina 2,4 MU intramusculares, tres dosis en tres semanas consecutivas.
4. Ceftriaxona 2 gramos intramusculares en una única dosis.
5. Penicilina Benzatina 2,4 MU intramuscular en una única dosis.

**111. Un paciente en tratamiento quimioterápico por leucemia ingresa por una neumonía para la que se ha prescrito tratamiento con cefepime. En una Rx/TAC tórax se observa un infiltrado con el signo del halo y menisco semilunar. La lesión es periférica y se indica una punción transtorácica para toma de muestras. Hasta tener los resultados histológicos y microbiológicos definitivos, ¿qué antimicrobiano añadiría al tratamiento?**

1. Ganciclovir.
2. Caspofungina.
3. Fluconazol.
4. Piperacilina-tazobactam.
5. Voriconazol.

**112. Acude a nuestra consulta un hombre de 54 años diagnosticado de diabetes mellitus tipo 2. Refiere fiebre de 40°C con escalofríos y tiritona, artromialgias y cefalea por lo que ha iniciado tratamiento con paracetamol. El cuadro se inició 24 horas antes de su regreso a España. A los 3 días presenta un exantema máculo-papuloso generalizado que evoluciona a la formación de petequias más intenso en miembros inferiores. Aporta analítica donde destaca leucopenia con 3.200/mm<sup>3</sup> y plaquetas 91.000/mm<sup>3</sup> y elevación leve de aminotransferasas. La gota gruesa, extensión de sangre periférica, reacción en cadena de polimerasa (PCR) y antígeno de malaria son negativas. ¿Cuál es el diagnóstico de sospecha más probable?**

1. Infección por coronavirus.
2. Coriomeningitis linfocitaria.
3. Dengue.
4. Infección por virus Chikungunya.
5. Encefalitis de Saint Louis.

**113. Mujer de 53 años, que consulta por fiebre de 15 días de evolución, sin síntomas de focalidad infecciosa. En la exploración se detecta una hepatomegalia dolorosa a 5 cm del reborde costal y se palpa el bazo a 14 cm del reborde costal izquierdo. En el hemograma se aprecia Hb 8.5 g/dL, Leucocitos 630/ mL (linfocitos 63%, monocitos 20%, neutrófilos 17%) y plaquetas 35.000/mL. La bioquímica muestra una elevación moderada de la bioquímica hepática, LDH es normal y se observa en el proteinograma una hipergammaglobulinemia policlonal (3,5 g/ dL). Tiene antecedentes de infección por VIH conocida desde hace 10 años y adherencia irregular al tratamiento antiretroviral, con determinaciones recientes de linfocitos CD4 350 cel/mL y carga viral de VIH 154 copias/mL. Durante los últimos 3 meses ha estado tratada por poliartrosis simétrica seronegativa con 10-20 mg/día de prednisona. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?**

1. Realizaría una biopsia de médula ósea, ya que el diagnóstico más probable es una leishmaniasis visceral.
2. La pancitopenia se justifica por una cirrosis asociada al virus C y no realizaría más pruebas.
3. Probablemente se trate de una toxicidad medular por prednisona que trataría con retirada del fármaco y filgastrim.
4. Solicitaría una determinación de ANAs para descartar lupus sistémico diseminado.
5. Intensificaría el tratamiento antiretroviral, pues es probable que todas las manifestaciones que presenta se deban al VIH.

**114. Paciente de 70 años de edad diagnosticado hace tres años de mieloma múltiple que está en periodo de neutropenia tras un ciclo de quimioterapia. Ingresa por fiebre, tos y expectoración amarillenta. La radiografía de tórax muestra una imagen de condensación en hemitórax derecho. El diagnóstico mas probable es:**

1. Neumonitis tóxica postquimioterapia.
2. Neumonía neumocócica.
3. Neumonía por aspergillus.
4. Neumonía vírica por virus respiratorio comunitario.
5. Neumonía por citomegalovirus.

**115. Hombre de 50 años, bronquítico crónico que ingresa por cuadro neumónico con hemocultivo positivo a Streptococcus pneumoniae, con una CMI a la penicilina de 0,0125 mg/l. Se inicia tratamiento con penicilina 2 millones cada 4 horas. Al quinto día sigue con fiebre de 38°C. ¿Cuál de las siguientes decisiones le parece correcta?**

1. Cambiaría el tratamiento a ceftriaxona por su mayor eficacia.
2. Añadiría al tratamiento una quinolona.
3. Cambiaría a amoxicilina / clavulánico.
4. Descartaría la presencia de un empiema pleural.
5. Seguiría con el mismo tratamiento, suponiendo que simplemente es un problema de tiempo.

**116. Acude a la consulta de un centro de salud un chico de 17 años refiriendo fiebre de 39°C de 48 h de evolución con dolor de garganta. El médico de familia consulta la historia del paciente donde no costa ninguna enfermedad previa. El paciente no refiere tos y a la exploración realizada por su médico de familia revela presencia de exudado amigdalar blanquecino bilateral y adenopatías cervicales anteriores aumentadas de tamaño y dolorosas a la palpación. ¿Cuál sería el tratamiento de elección de este paciente?**

1. Penicilina V o amoxicilina.
2. Amoxicilina/Clavulánico.
3. Doxiciclina.
4. Ciprofloxacino.
5. Metronizadol.

**117. ¿Cuál de las siguientes enfermedades NO se transmite por picadura de garrapatas?**

1. Enfermedad de Lyme.
2. Fiebre recurrente por *Borrelia hispanica*.
3. Fiebre botonosa mediterránea.
4. Fiebre maculosa de las montañas rocosas por *R. rickettsii*.
5. Tifus exantemático.

**118. Un paciente con historia de consumo excesivo de alcohol ha sido diagnosticado de tuberculosis pulmonar por un cuadro de tos, fiebre, expectoración, aislándose en el cultivo de esputo *Mycobacterium tuberculosis*. El paciente ha iniciado tratamiento con isoniácida, rifampicina, etambutol y pirazinamida, con adecuada tolerancia. A los 20 días del inicio del tratamiento se recibe un informe de resistencia a rifampicina del *M. tuberculosis* aislado en el esputo. ¿Qué régimen seleccionaría en función de este informe?**

1. Isoniácida, etambutol, pirazinamida durante 12 meses.
2. Isoniácida, etambutol, pirazinamida durante 12 meses y estreptomicina por dos meses.
3. Isoniácida, etambutol, pirazinamida durante 12 meses y una quinolona por dos meses.
4. Isoniácida, etambutol, pirazinamida y una quinolona durante 18 meses.
5. Isoniácida, etambutol, pirazinamida durante 18 meses y estreptomicina y una quinolona durante dos meses.

**119. Una chica de 20 años acude a la consulta con un cuadro agudo de fiebre, adenopatías cervicales y rash cutáneo. Según refiere la paciente, hace 3 semanas, tuvo una relación sexual que pudo ser de riesgo para contraer el virus del VIH. ¿Indica cuál de las siguientes respuestas es verdadera?**

1. Una serología VIH-1/VIH-2 negativa realizada por medio de la técnica de ELISA, descarta la posibilidad de que la paciente haya sido contagiada con el virus VIH.
2. El proceso clínico que padece la paciente no concuerda con el de la infección aguda por VIH.
3. Si el test de ELISA de la paciente fuera positivo, no sería necesario realizar nada más para el diagnóstico de infección por VIH.
4. La técnica de ELISA tiene una alta sensibilidad para el diagnóstico de infección por VIH, pero su especificidad es aún mayor.

5. Si el test de ELISA para diagnosticar VIH en la paciente fuera negativo, podríamos determinar por la técnica de PCR la carga viral en sangre.

**120. Chico de 16 años que consulta por presentar amigdalitis pultácea, fiebre de hasta 38,5°C, adenopatías cervicales dolorosas, exantema macular no pruriginoso en tórax y hepatoesplenomegalia leves, de 4-5 días de evolución. El test de Paul-Bunnell y la IgM para el virus de Epstein-Barr son positivos. Durante su ingreso desarrolla fiebre continua de hasta 40°C, pancitopenia, hepatitis icterica y coagulopatía de intensidad progresiva. A la semana del ingreso, se traslada a UCI por confusión e insuficiencia respiratoria. Los hemocultivos y un urocultivo son negativos, el LCR es normal y la placa de tórax no muestra infiltrados. La procalcitonina es normal, pero PCR y ferritina están muy elevados. De los enunciados a continuación, ¿cuál sería el planteamiento diagnóstico y terapéutico más correcto?**

1. Tiene una sepsis bacteriana de origen indeterminado y se debe administrar ceftriaxona y tratamiento de soporte.
2. Tiene una sepsis bacteriana de origen indeterminado y se debe administrar vancomicina, ceftacídima y tratamiento de soporte.
3. Se trata de una mononucleosis infecciosa de curso grave y se deben de administrar glucocorticoides.
4. Se trata de una mononucleosis infecciosa de curso grave y se debe iniciar tratamiento con aciclovir.
5. Realizaría una biopsia/aspirado de médula ósea y si se confirma hemofagocitosis, iniciaría tratamiento con inmunosupresores.

**121. Un hombre de 42 años acudió a consulta por edemas. De las pruebas iniciales destacaba la presencia de proteinuria superior a 10 gramos/24 horas. ¿Cuál de la siguientes medidas NO está indicada en el tratamiento de este paciente?**

1. Dieta hiperproteica.
2. Administración de diuréticos de asa.
3. Restricción de sal en la dieta.
4. Administración de AINEs.
5. Administración de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina.

**122. Hombre de 30 años sin antecedentes de interés. Acude a consulta por la presencia de unas lesiones**

nes eritemato-violáceas de pequeño tamaño que a la palpación parecen sobreelevadas, en región pretibial. El estudio analítico muestra un hemograma y estudio de coagulación sin alteraciones y en la bioquímica, la creatinina y los iones se encuentran también dentro del rango de normalidad. El estudio del sedimento urinario demuestra hematuria, por la que el paciente ya había sido estudiado en otras ocasiones, sin obtener un diagnóstico definitivo. Respecto a la entidad que usted sospecha en este caso es FALSO que:

1. En el 20 al 50 % de los casos existe elevación de la concentración sérica de IgA.
2. En la biopsia renal son característicos los depósitos mesangiales de IgA.
3. Es frecuente la existencia de proteinuria en rango nefrótico.
4. Se considera una entidad benigna ya que menos de 1/3 de los pacientes evolucionan a insuficiencia renal.
5. La biopsia cutánea permite establecer el diagnóstico hasta en la mitad de los casos.

**123. Mujer de 72 años con diabetes tipo 2 e insuficiencia renal crónica en estadio 5. Ante la sospecha de un tromboembolismo pulmonar indique qué prueba diagnóstica estaría contraindicada:**

1. Ecocardiograma transtorácico.
2. Gammagrafía pulmonar.
3. AngioTC pulmonar.
4. Electrocardiograma.
5. Radiografía de tórax.

**124. Excepto en los pacientes cuyo fracaso renal crónico sea debido a nefropatía diabética o a nefropatía túbulo-intersticial, el patrón de gasometría arterial que usted esperaría encontrar en un paciente con fracaso renal crónico sería:**

1. pH 7.30, HCO<sub>3</sub> 18 mEq/L, Cl 116 mg/dL, porque es característica la acidosis metabólica con anión gap normal.
2. pH 7.46, HCO<sub>3</sub> 18 mEq/L, Cl 116 mg/dL, porque es característica la alcalosis metabólica hiperclorémica.
3. pH 7.456, HCO<sub>3</sub> 18 mEq/L, Cl 100 mg/dL, porque es característica la acidosis metabólica con anión gap aumentado.
4. pH 7.46, HCO<sub>3</sub> 30 mEq/L, Cl 90 mg/dL, porque es característica la alcalosis metabólica con anión gap normal.

5. pH 7.45, HCO<sub>3</sub> 23 mEq/L, Cl 100 mg/dL, porque es característica la alcalosis metabólica con anión gap normal.

**125. Respecto a la definición de la enfermedad renal crónica, una es INCORRECTA:**

1. Requiere presencia persistente de alteraciones estructurales o funcionales del riñón durante al menos 2 meses.
2. Incluye alteraciones en orina como proteinuria, independientemente de la tasa de filtración glomerular (TFG).
3. Incluye una TFG menor 60 ml/min/1,73m<sup>2</sup> de superficie corporal independientemente de la presencia o no de otros marcadores de daño renal.
4. Se clasifica en 5 estadios según la TFG.
5. La preparación para la terapia renal sustitutiva se debe hacer en estadio 4.

**126. Hombre de 38 años que consulta por disnea y hemoptisis. En los análisis de sangre tiene creatinina 7 mg/dl, urea 250 mg/dl y anti-MBG (anticuerpos anti membrana basal glomerular) positivos a título alto. Se realiza biopsia renal que muestra semilunas en el 75% de los glomérulos y en la inmunofluorescencia aparece un patrón depósito lineal de Ig. ¿Cuál de las siguientes es la respuesta correcta?**

1. Se trata de una Nefropatía Ig A con fracaso renal agudo.
2. Estaría indicada la realización de plasmaféresis.
3. Se trata de una Glomerulonefritis membranosa.
4. El micofenolato mofetilo es el tratamiento inicial de elección.
5. La afectación glomerular esta causada por la presencia de inmunocomplejos circulantes.

**127. En un paciente trasplantado renal, ¿cuál de las siguientes características es la propia del rechazo renal agudo?**

1. Infiltrado intersticial de linfocitos B.
2. Infiltrado preferentemente de linfocitos T en el intersticio renal y en los túbulos renales.
3. Fibrosis y atrofia tubular.
4. Glomerulonefritis proliferativa sin afectar al intersticio.
5. Presencia de anticuerpos circulantes antidoante e infartos renales.

**128. Respecto a la hipertrofia benigna de próstata NO es cierto que:**

1. La ecografía abdominal es un método in-cruento para valorar el tamaño prostático y el residuo post-miccional.
2. Puede originar aumentos en los niveles de PSA.
3. El tacto rectal es un método para estimar el tamaño prostático.
4. El tratamiento con inhibidores de la 5-alfa reductasa disminuye los síntomas.
5. Es una lesión precancerosa.

**129. ¿Cuál de los siguientes pacientes NO presenta un factor de riesgo para tener una infección urinaria complicada?**

1. Hombre de 35 años con lesión medular incompleta a nivel de 6ª vértebra dorsal.
2. Mujer de 17 años con antecedente de litiasis renal izquierda.
3. Mujer de 29 años cursando la semana 36 de embarazo.
4. Hombre de 75 años diabético que presenta esclerosis de prepucio.
5. Mujer de 42 años que con un divertículo uretral.

**130. Un paciente de 26 años de edad sin antecedentes médico-quirúrgicos previos acude a urgencias por disnea de 15 días de evolución. En la exploración física no se detecta ningún hallazgo de interés excepto un nódulo de consistencia dura en el testículo izquierdo. Se realiza una radiografía de tórax objetivándose múltiples nódulos pulmonares en "suelta de globos". En su analítica destacan una B-hCG de 30.000 mIU/ml. ¿Cuál le parece el origen más probable de la patología de este cuadro?**

1. Seminoma.
2. Angiomiolipoma renal.
3. Tumor de Wilms.
4. Coriocarcinoma testicular.
5. Linfoma no Hodgkin.

**131. Ante un hombre de 49 años, asintomático, con el antecedente familiar de padre fallecido por cáncer de próstata, que en un control rutinario de empresa se identifica un PSA (Antígeno Prostático Específico) de 5,9 ng/ml, con un cociente de PSA libre/PSA total del 11% y que en**

**un tacto rectal se aprecia aumento de consistencia en el lóbulo derecho prostático, ¿cuál es la siguiente indicación clínica?**

1. Plantear al paciente la realización de una ecografía transrectal y biopsia prostática.
2. Realizar un TAC abdominopélvico.
3. Iniciar tratamiento con Inhibidores de la 5 alfa Reductasa para reducir a la mitad los niveles del PSA.
4. Iniciar tratamiento combinado de análogos de la LHRH y antiandrógenos.
5. Realizar una gammagrafía ósea.

**132. Un hombre de 54 años de edad es diagnosticado de tumor renal izquierdo sugestivo de carcinoma de células renales. En su estudio analítico preoperatorio se detectan niveles elevados de GPT, fosfatasa alcalina y alfa-2-globulina y tiempo de protrombina alargado. El hígado está aumentado de tamaño de forma difusa, pero sin defectos de infiltración hepática. La justificación más probable de estos hallazgos se debe a:**

1. Metástasis hepáticas.
2. Trombosis tumoral intrahepática.
3. Hepatitis aguda.
4. Presencia de sustancias hepatotóxicas producidas por el tumor.
5. Hemocromatosis.

**133. Un paciente asmático de 55 años acude a Urgencias con una agudización. Una hora después de la administración de oxígeno suplementario y dos nebulizaciones de salbutamol el paciente no mejora. A la exploración respira a 42 rpm con tiraje supraclavicular y presenta sibilancias inspiratorias y espiratorias diseminadas. El flujo pico ha bajado de 310 a 220 L/min. Una gasometría extraída con oxígeno al 28% muestra una pO<sub>2</sub> de 54 mmHg y una pCO<sub>2</sub> de 35 mm Hg. ¿Cuál de las siguientes actitudes le parece MENOS indicada?**

1. Aumentar el flujo de oxígeno.
2. Administrar 80 mg de metilprednisolona iv.
3. Nebulizar bromuro de ipratropio junto con salbutamol cada 20 minutos.
4. Administrar magnesio intravenoso.
5. Iniciar ventilación mecánica no invasiva.

**134. Ante un paciente de 23 años que acude a urgencias un viernes de madrugada tras una pelea callejera, con signos claros de enolismo y lesión por arma blanca (apuñalado) a nivel de III es-**

**pacio intercostal derecho a 3 mm del margen esternal sangrando activamente y hemodinámicamente inestable asociado a hipofonesis marcada de todo hemitórax derecho. ¿Qué estructura de las siguientes debe pensar que puede estar lesionada?**

1. Arteria carótida primitiva derecha.
2. Arteria torácica interna derecha.
3. Arteria subescapular derecha.
4. Arteria tiroidea superior derecha.
5. Arteria tímica superior derecha.

**135. Respecto a la EPOC, ¿cuál es FALSA?**

1. El hábito tabáquico es el factor más importante para desarrollar EPOC.
2. Contrariamente al asma, no hay componente inflamatorio.
3. El factor genético para desarrollar EPOC mejor documentado es el déficit de alfa<sub>1</sub>-antitripsina.
4. Las acropaquias no son características de la EPOC y su presencia debe sugerir bronquiectasias asociadas o carcinoma broncopulmonar.
5. Espirométricamente, se detecta obstrucción por un cociente FEV1/FVC inferior a 0,70.

**136. En un paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) leve en fase estable se evidencia poliglobulia e insuficiencia respiratoria. En la radiografía de tórax no se aprecian alteraciones reseñables. ¿Cuál de los siguientes procedimientos consideraría realizar en primer lugar para descartar la coexistencia de otras enfermedades que puedan justificar los hallazgos descritos?:**

1. Poligrafía respiratoria.
2. Ecocardiograma.
3. Tomografía computarizada torácica.
4. Gammagrafía pulmonar.
5. Punción de médula ósea.

**137. Una mujer de 24 años es encontrada tirada en la calle por unos transeúntes. Al llegar el quipo de emergencias la encontraron con una saturación de oxígeno del 88% respirando aire ambiente y al examen pupilas puntiformes. Se la traslada a la urgencia del hospital más cercano, donde la gasometría arterial basal muestra: pH 7,25, PaCO<sub>2</sub> 60 mmHg, PaO<sub>2</sub> 58 mmHg, bicarbonato de 26 mEq/l y exceso de bases de -1. En sangre el sodio es 137 mEq/l y el cloruro 100 mEq/l.**

**Desde el punto de vista gasométrico la paciente tiene:**

1. Insuficiencia respiratoria parcial.
2. Acidosis metabólica.
3. Acidosis respiratoria pura.
4. Alcalosis respiratoria por falta de cloro.
5. La gasometría solo puede ser de sangre venosa.

**138. Paciente de 50 años que presenta un derrame pleural con las siguientes características: aspecto pajizo, pH 7,3, cociente de proteínas pleura/suero 0,8, cociente de LDH pleura/suero 0,9, Gram y Ziehl negativos, lípidos totales, colesterol y triglicéridos normales, células mesoteliales <5%, intensa linfocitosis sin atipias, ADA 64 U/L. ¿Qué diagnóstico le sugiere?**

1. Empiema pleural.
2. Derrame pleural por insuficiencia cardíaca (trasudado).
3. Mesotelioma pleural.
4. Derrame pleural tuberculoso.
5. Derrame secundario a infarto pulmonar.

**139. En un paciente con cirrosis hepática y ascitis, que desarrolla un derrame pleural con los siguientes datos en el líquido pleural: LDH 45 U/L (sérica 220 U/L), cociente proteínas pleura/suero 0,3 y cociente LDH pleura/suero 0,2. ¿Cuál sería la actitud adecuada?**

1. Debe ampliarse el estudio del líquido con recuento celular, glucosa, pH, ADA, colesterol y cultivo.
2. Biopsia pleural ciega.
3. Videotoroscopia diagnóstica.
4. Antibioterapia empírica por sospecha de derrame paraneumónico.
5. Continuar el tratamiento de su hepatopatía.

**140. En la exploración funcional de un paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, son esperables todos los hallazgos MENOS uno:**

1. FEV1 menor del 80%.
2. DLCO disminuida.
3. Cociente FEV1/FVC inferior al 0,7.
4. Volúmenes pulmonares disminuidos.
5. Prueba broncodilatadora negativa.



**141. La causa más frecuente de hemoptisis leve-moderada es:**

1. Bronquiectasias.
2. Carcinoma broncogénico.
3. Diátesis hemorrágica.
4. Infarto pulmonar.
5. Neumonía.

**142. Hombre de 65 años con antecedente de neoplasia de páncreas en curso de quimioterapia. Consulta en Urgencias por dolor y edema de todo el miembro inferior desde ingle. ¿Qué prueba diagnóstica es más coste-efectiva para confirmar la sospecha diagnóstica?**

1. Dímero D.
2. Resonancia magnética.
3. Flebografía.
4. Ecografía doppler venosa.
5. TAC helicoidal.

**143. Mujer de 40 años que consulta por aproximadamente 20 episodios al día de dolor intenso, periocular izquierdo de 15 minutos de duración, acompañado de intenso lagrimeo y rinorrea. Su exploración y resonancia magnética son normales. Su tratamiento de elección sería:**

1. Indometacina.
2. Lamotrigina.
3. Verapamilo.
4. Prednisona.
5. Carbonato de litio.

**144. Señale en qué situación clínica NO indicaría interferón beta de inicio en un paciente diagnosticado de esclerosis múltiple:**

1. Múltiples brotes recurrentes.
2. Mala respuesta a los corticoides en los brotes.
3. Haber padecido un solo brote de la enfermedad con secuelas.
4. Tener más de 50 años.
5. Una forma clínica primaria progresiva.

**145. ¿Qué fármaco debe recomendarse para el tratamiento de la epilepsia mioclónica juvenil?**

1. Fenobarbital.

2. Ácido Valproico.
3. Oxcarbacepina.
4. Difenilhidantoína.
5. Topiramato.

**146. Los síntomas motores en la enfermedad de Parkinson predominan y definen esta entidad. No obstante, los síntomas en otras esferas, son a veces muy relevantes y se denominan con el nombre general de "Manifestaciones no motoras de la enfermedad de Parkinson" ¿Cuál de los siguientes se considera un síntoma no motor de la enfermedad de Parkinson?**

1. Hipoglucemia.
2. Hipotensión ortostática.
3. Crisis de ausencia.
4. Cefalea.
5. Polineuropatía motora.

**147. Tras un accidente de tráfico un paciente de 38 años ingresa en UCI en coma. Tras varios días el paciente no mejora neurológicamente y en la TAC se visualizan lesiones puntiformes hemorrágicas en cuerpo calloso y en unión cortico-subcortical. ¿Cuál es su diagnóstico?**

1. Hematoma subdural agudo.
2. Púrpura trombocitopénica.
3. Contusión hemorrágica cerebral.
4. Lesión axonal difusa grave.
5. Encefalopatía hipóxico-isquémica.

**148. En el tratamiento de los pacientes afectados de enfermedad de Alzheimer, ¿cuál de las siguientes opciones terapéuticas considera más adecuada?**

1. Es de elección el tratamiento inicial de cualquier tipo de incontinencia urinaria con fármacos como la oxibutinina, por sus efectos anticolinérgicos.
2. El tratamiento con inhibidores de la acetilcolinesterasa.
3. Para el tratamiento de la depresión asociada priorizar la utilización de antidepresivos tricíclicos.
4. Los neurolépticos típicos a dosis elevadas.
5. La terapia de reemplazo con estrógenos.

**149. Hombre de 76 años de edad que consulta por deterioro cognitivo, lentitud y torpeza de movimientos, de ocho meses de evolución. La familia**

refiere que el paciente presentaba alucinaciones visuales, por lo que su médico de Atención Primaria pautó dosis bajas de risperidona, con un importante empeoramiento del estado motor. A la vista de estos datos, ¿cuál es el diagnóstico más probable?

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

**150. ¿Qué signo o síntoma NO es típico del síndrome de Guillain-Barré?**

1. Parálisis facial.
2. Alteración de esfínteres.
3. Hipo o arreflexia tendinosa.
4. Debilidad muscular.
5. Disautonomía.

**151. ¿Cuál de los siguientes signos clínicos NO se observa en las lesiones de la neurona motora inferior?**

1. Parálisis.
2. Amiotrofia.
3. Fasciculaciones.
4. Arreflexia.
5. Hipoestesia.

**152. Un hombre de 80 años es ingresado por un cuadro brusco de afasia y hemiparesia derecha. Como antecedentes destaca, hipertensión, bien controlada con dieta y deterioro cognitivo en el último año en estudio por su neurólogo. La TC craneal de urgencias demuestra un hematoma lobar frontal izquierdo sin captación de contraste. ¿Cuál es la causa más probable del hematoma?**

1. Malformación arteriovenosa enmascarada por el hematoma agudo.
2. Hipertensión arterial crónica.
3. Vasculitis aislada del sistema nervioso.
4. Tumor cerebral.
5. Angiopatía cerebral amiloidea (angiopatía congofílica).

**153. ¿Cuál de estos procesos es una manifestación de la enfermedad de pequeño vaso (arterias perfo-**

**rantes cerebrales)?**

1. Hemorragia lobar.
2. Desmielinización isquémica (leucoaraiosis).
3. Infarto talámico.
4. Neuropatía óptica isquémica.
5. Arteritis necrosante.

**154. NO es cierto respecto a la Artritis Reumatoide:**

1. Es fundamental el diagnóstico precoz, un tratamiento intensivo y un control estrecho de la enfermedad.
2. El metotrexato es el fármaco de primera elección para controlar la actividad de la enfermedad.
3. El factor reumatoide es típico de la enfermedad y es un criterio obligado para el diagnóstico.
4. La especificidad de los anticuerpos anti péptidos citrulinados es muy elevada y tienen valor pronóstico.
5. Los fármacos biológicos, como los anti TNF, han revolucionado el tratamiento.

**155. Mujer de 75 años, con menopausia a los 52 años, sin antecedentes familiares ni personales de fractura, diagnosticada de arteritis de la temporal, que va a iniciar tratamiento con prednisona a dosis altas y con expectativa de tratamiento durante al menos un año. La demora de densitometría (DXA) en su centro es de 4-5 meses. Se plantea tratamiento preventivo de osteoporosis. Entre las siguientes ¿cuál es la actitud más adecuada?:**

1. Solicitar DXA y esperar al resultado.
2. Valorar riesgo absoluto de fractura mediante el cuestionario FRAX sin DMO y tratar sólo si es alto.
3. Iniciar tratamiento con Bisfosfonatos y vitamina D (800 UI/día).
4. Administrar suplemento de calcio (1g) y vitamina D (800 UI/día).
5. Valorar si tiene osteopenia en las radiografías y tratar si está presente.

**156. El diagnóstico de sarcoidosis se realiza en base a:**

1. Cuadro clínico-radiológico compatible y presencia de granulomas no caseificantes en uno o más órganos, con cultivos de micobacterias y hongos negativos.

2. Elevación del nivel sérico de la enzima de conversión de la angiotensina en un paciente con un cuadro clínico-radiológico compatible.
3. Hallazgos radiológicos característicos en la tomografía axial computarizada de alta resolución de tórax en un paciente con sospecha clínica.
4. Presencia de alveolitis linfocitaria con predominio de linfocitos CD4+ en el lavado broncoalveolar en un paciente con un cuadro clínico-radiológico compatible.
5. Hallazgo de celularidad granulomatosa en una punción aspirativa con aguja fina (PA-AF) de un órgano afecto en un paciente con un cuadro clínico-radiológico compatible.

**157. El tratamiento de elección de la Arteritis de Células Gigantes (Arteritis de la Temporal o Arteritis de Horton) corticodependiente es:**

1. Etanercept.
2. Ciclofosfamida endovenosa.
3. AINE.
4. Metotrexate.
5. Rituximab.

**158. Joven de 14 años de edad, 158 cm de altura y 76 kg de peso, que acude a nuestra consulta por presentar desde hace 4 meses, sin antecedente traumático previo, dolor mecánico en región inguinal derecha, presentado en la exploración clínica actual, cojera con marcha con ligera actitud en rotación externa de dicha extremidad inferior y limitación de la flexión de cadera en rotación neutra. El diagnóstico de sospecha será:**

1. Fractura del cuello femoral.
2. Epifisiolisis femoral proximal.
3. Enfermedad de Perthes.
4. Enfermedad de Still.
5. Sinovitis transitoria de cadera.

**159. Una mujer de 56 años presenta, tras caída casual al suelo, dolor, deformidad y aumento de volumen en el brazo izquierdo, con imposibilidad para la flexión dorsal de la mano. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?**

1. Fractura de troquíter en húmero izquierdo.
2. Fractura diafisaria de húmero izquierdo con lesión del nervio radial.
3. Fractura supraintercondílea de paleta humeral con lesión del nervio mediano.

4. Fractura de cuello anatómico de húmero con lesión del nervio radial.
5. Fractura de epitroclea desplazada con lesión del nervio cubital.

**160. Un hombre de 70 años presenta desde hace unos meses, sin traumatismo previo, dolor lumbar, dificultad para la marcha, pérdida de fuerza y parestesias en miembros inferiores, teniendo que pararse a los pocos metros de iniciar la misma. El paciente cada vez más va inclinando el tronco hacia adelante. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?**

1. Fractura vertebral lumbar osteoporótica.
2. Hernia discal central L5-S1.
3. Espondilodiscitis.
4. Estenosis del canal lumbar.
5. Escoliosis lumbar degenerativa.

**161. Paciente de 36 años que acude a urgencias por dolor e hinchazón en la región epifisaria de la tibia derecha. La imagen radiográfica es lítica, excéntrica e insufla la cortical. ¿En qué lesión tumoral habrá que pensar como más probable?**

1. Osteosarcoma.
2. Tumor de células gigantes.
3. Encondroma.
4. Osteoma osteoide.
5. Condrosarcoma.

**162. Una mujer de 78 años de edad está siendo intervenida para implantarle un marcapasos definitivo por un bloqueo aurículo-ventricular. Entre sus antecedentes personales destacan hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes mellitus y obesidad mórbida. El procedimiento es largo y laborioso por la obesidad de la paciente y se realiza mediante infiltraciones con anestésico local. A los cuarenta y cinco minutos del inicio de la intervención comienza a mostrarse agitada y con desorientación progresiva. Refiere que está mareada y que no ve ni oye bien. A la exploración física tiene una discreta midriasis bilateral, tiritonas y temblores distales en las extremidades superiores. ¿Cuál sería la actitud más lógica a seguir ante este cuadro clínico?**

1. La sintomatología neurológica orienta a una toxicidad por anestésicos locales. Se debería interrumpir la administración de anestésico local, administrar diazepam o midazolam intravenosos, terminar el procedimiento lo antes posible y poner a la paciente bajo observación clínica.
2. La sintomatología es claramente compatible con un ictus isquémico agudo. Hay que completar el examen neurológico una vez finalizada la implantación del marcapasos e iniciar tratamiento con heparina de bajo peso molecular a una dosis de 0,5 mg por kg y día, tras realizar un TAC urgente.
3. El cuadro clínico es compatible con una crisis de ansiedad provocada por el dolor durante la implantación del marcapasos. El tratamiento correcto incluye una mayor infiltración con el anestésico local para aliviar el dolor y la administración de diazepam intravenoso por sus efectos ansiolíticos.
4. Dados los antecedentes clínicos de la paciente, lo más probable es que esté sufriendo un síndrome coronario agudo. Se debe realizar un electrocardiograma, obtener una determinación de CPK-MB y avisar a Cardiología para iniciar el tratamiento adecuado.
5. Se debe realizar una determinación urgente de glucemia, dado que el cuadro clínico podría corresponder a una cetoacidosis diabética.

**163. Hombre de 84 años afecto de insuficiencia respiratoria grave secundaria a linfangitis carcinomatosa asociada a cáncer gástrico. Un compañero de su servicio ha iniciado, ese mismo día, tratamiento con morfina oral 10 mg/4 horas. El paciente está inquieto, a 34 respiraciones por minuto, la saturación de O<sub>2</sub> es de 80% con una FiO<sub>2</sub> de 28%. ¿Cuál debe ser su actitud?**

1. Retirar el tratamiento porque puede empeorar la insuficiencia respiratoria.
2. Aumentar las dosis hasta 20 mg/4 horas según evolución.
3. Aumentar el flujo de oxígeno a 35%.
4. Cambiar el tratamiento de morfina por escopolamina.
5. Añadir al tratamiento risperidona.

**164. ¿Cuál de las siguientes circunstancias NO define a un paciente con pluripatología crónica?**

1. Mujer de 66 años diagnosticada de HTA, enfermedad de Crohn, diabetes mellitus tipo 2 con retinopatía diabética.

2. Mujer de 75 años exfumadora, FEV1 75 %, IMC 25, creatinina 1,2, síndrome ansioso-depresivo. Pfeiffer 30 y Barthel 100.
3. Hombre de 82 años de edad diagnosticado de artrosis, con Barthel 40, HTA y dislipemia controladas farmacológicamente y enfermedad de Alzheimer.
4. Hombre de 55 años de edad exfumador, diagnosticado de arteriopatía periférica sintomática y colitis ulcerosa.
5. Hombre de 70 años de edad con enolismo, hipertensión portal e inmovilizado en domicilio desde hace 5 años por ACV.

**165. Una mujer de 90 años demenciada, incontinente e inmovilizada por hemiparesia presenta una úlcera sacra de grado III. En la exploración vemos que está en la cama sobre una almohadilla húmeda y con una sonda de alimentación que está bien colocada. Está afebril y tiene un pulso y una tensión arterial normales. Tiene una úlcera sacra de 4 x 4 cm que se extiende hacia la fascia con exudado verde y piel normal que rodea la úlcera. ¿Cuál es la primera prioridad en los cuidados de esta paciente?**

1. Empezar tratamiento con antibióticos.
2. Cultivar el exudado del decúbito.
3. Aplicar vendajes semihúmedos de solución salina tres veces al día.
4. Hacer cambios posturales a la paciente cada dos horas.
5. Colocar una sonda urinaria permanente.

**166. ¿Cuál de los siguientes es un marcador más fiable de malnutrición en el paciente mayor?**

1. Pérdida de peso de 1 kg en el último mes.
2. Índice de masa corporal mayor que 24.
3. Dificultad para tragar, masticar y/o falta de apetito.
4. Albúmina 4,5 gr/dl.
5. Mini Nutritional Assessment menor que 17.

**167. Un paciente es diagnosticado de un cáncer de pulmón de 4 cm sin contacto pleural en el lóbulo superior derecho. El estudio de extensión pone de manifiesto la presencia de metástasis en ganglios parahiliares derechos, sin evidencia de metástasis a distancia. El estadiaje del tumor será:**

1. Estadio I.
2. Estadio IIA.
3. Estadio IIB.

4. Estadio IIIA.
5. Estadio IIIB.

**168. En relación con el tratamiento de una mujer no fumadora con carcinoma de pulmón no microcítico, adenocarcinoma estadio IV, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?**

1. Es obligado hacer la determinación de la mutación del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR).
2. Gefitinib de entrada es el tratamiento estándar sin determinación de EGFR.
3. Tiene un tratamiento estándar basado en camptotecinas.
4. Cualquier tipo de quimioterapia estándar es válido.
5. No hay ningún factor predictivo para esta enfermedad.

**169. Mujer de 80 años que consulta por presentar, desde hace 1 mes, aumento progresivo del perímetro abdominal. Durante los 4-5 meses previos nota astenia, anorexia y adelgazamiento no precisado. En la exploración física se aprecia ascitis a tensión y edemas maleolares, sin otros signos relevantes. Una ecografía y TAC de abdomen demuestran la presencia de ascitis, de densidad homogénea, sin apreciarse implantes peritoneales ni masas abdominales o pélvicas. Hígado, páncreas, suprarrenales, bazo y riñones sin hallazgos significativos. Se realiza paracentesis a través de aguja gruesa, obteniéndose con dificultad un líquido algo amarillento, denso y gelatinoso. ¿Cuál es la etiología más probable?**

1. Descompensación hidrópica secundaria a cirrosis hepática.
2. Ascitis quílosa por linfoma no Hodgkin.
3. Tuberculosis peritoneal.
4. Metástasis peritoneal de adenocarcinoma.
5. Ascitis secundaria a pericarditis constrictiva.

**170. En cuanto a los estertores agónicos (estertores pre mortem) es cierto que:**

1. Es una situación bien tolerada por la familia.
2. Originan una respiración silenciosa.
3. Se tratan con morfina.
4. Se tratan con procinéticos.
5. Se tratan con escopolamina.

**171. En relación a la intoxicación por agentes antico-**

**linérgicos, señale la respuesta correcta.**

1. En su tratamiento se utiliza la atropina.
2. La presencia de encefalopatía grados III o IV, insuficiencia renal aguda y coagulopatía grave indican el trasplante hepático.
3. El dantrolene está indicado en caso de convulsiones.
4. El tratamiento básico consiste en la administración repetida de carbón activado y medidas de soporte.
5. El descenso de la colinesterasa plasmática confirma el diagnóstico.

**172. Un varón de 67 años, esquizofrénico en tratamiento médico, es atendido en una ciudad del Sur de España el 15 de agosto por presentar fiebre y deterioro del nivel de consciencia. A la exploración, presenta una puntuación de la escala de coma de Glasgow de 5 puntos, taquipnea a 45 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno por pulsioximetría de 75%, temperatura rectal de 41 °C, y en la analítica la CPK es de 30.000 U/L. Se realiza una punción lumbar que es normal. Señale la respuesta correcta:**

1. El enfriamiento sumergiendo al paciente en una bañera con hielo es el método más seguro para reducir la temperatura.
2. No es preciso sedar al paciente, intubarlo y conectarlo a ventilación mecánica.
3. La afectación hepática es rara en esta patología.
4. En caso de hipotensión se debe utilizar dopamina a dosis superiores a 10 microgramos/kg/minuto.
5. El cerebelo es especialmente sensible a la temperatura elevada por encima de 40 grados.

**173. Ante la sospecha de estenosis hipertrófica de píloro ¿cómo iniciaría los exámenes complementarios?.**

1. Tránsito digestivo.
2. pHmetría gástrica.
3. Radiología simple.
4. Ecografía.
5. Estudio isotópico.

**174. Sobre el crecimiento y desarrollo de un niño sano en el primer año de vida, ¿cuál de las siguientes afirmaciones NO es cierta?**

1. Entre los 3 y 4 meses de edad, la velocidad de ganancia ponderal aumenta hasta alrededor de 40 g al día.
2. A los 4 meses se duplica el peso al nacer.
3. El peso de un recién nacido puede disminuir un 10% del peso al nacer durante la primera semana.
4. La percepción de permanencia de un objeto es un hito del desarrollo fundamental, que ocurre hacia los 9 meses de edad.
5. Al año de vida, es capaz de caminar de la mano, usa la pinza índice-pulgar para coger un objeto sin ayuda y entregarlo a otra persona bajo petición o gesto y emplea unas pocas palabras además de “papá” y “mamá”.

**175.** □□□□□□□□ □ □ □ 0 meses previamente sano con gastroenteritis aguda de un día de evolución y signos de deshidratación leve, sin sangre ni moco en las heces y sin intolerancia oral. ¿Cuál es el tratamiento de elección inicial en nuestro medio?

1. Rehidratación intravenosa, dieta absoluta 8 horas y comenzar alimentación con dieta astringente.
2. Rehidratación con solución de rehidratación oral de baja osmolalidad (sodio 60-75 mEq/L) y continuar con su alimentación habitual.
3. Rehidratación con solución de rehidratación oral de baja osmolalidad (sodio 60-75 mEq/L), mantener alimentación habitual y amoxicilina oral 10 días.
4. Rehidratación con solución de rehidratación oral de baja osmolalidad (sodio 60-75 mEq/L) y comenzar alimentación con fórmula sin lactosa.
5. Rehidratación con solución de rehidratación oral de baja osmolalidad (sodio 60-75 mEq/L), mantener alimentación habitual y loperamida 7 días.

**176.** En relación a la hiperplasia suprarrenal congénita clásica indique la respuesta correcta:

1. La falta de tratamiento provoca una virilización postnatal progresiva.
2. Para el diagnóstico es necesario un test de estimulación con ACTH.
3. En el sexo masculino los genitales externos son ambiguos al nacimiento.
4. En el sexo femenino los genitales externos son normales al nacimiento.
5. El tratamiento prenatal con glucocorticoides evita la enfermedad.

**177.** ¿Cuál de las siguientes asociaciones (enfermedad - síntoma o signo clínico) es incorrecta?

1. Sarampión - Manchas de Koplik.
2. Exantema súbito - Fiebre.
3. Eritema infeccioso - Anemia por aplasia medular.
4. Varicela - Adenopatías occipitales.
5. Escarlatina - Fiebre y disfagia.

**178.** Lactante de 1 mes de vida que acude a urgencias del hospital remitido por su pediatra por ictericia. Refiere ésta desde hace 10 días y ha ido en aumento. En la analítica de sangre destaca una bilirrubina total de 7 mg/dl siendo la bilirrubina indirecta de 1,5 mg/dl. La causa más probable, de entre las siguientes, de esta ictericia es:

1. Atresia de vías biliares.
2. Ictericia por lactancia materna.
3. Isoinmunización O-A de aparición tardía.
4. Enfermedad de Gilbert.
5. Esferocitosis hereditaria.

**179.** Señale la respuesta correcta en relación a la lactancia materna:

1. Es importante que la madre desinfecte bien su pezón antes de iniciar cada toma.
2. La primera toma de lactancia materna no debe realizarse antes de las 6 horas de vida.
3. La lactancia materna precisa de un horario fijo y estricto: una toma cada 4 horas.
4. No debe darse lactancia materna después de los 12 meses de vida.
5. La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad.

**180.** Acude al Centro de Salud un niño de 4 años que, 5 minutos antes, comienza con cuadro de angioedema en cara, conjuntivitis, congestión nasal y ronquera, coincidiendo con la ingesta de una cucharada de yogur que le dieron por error en el colegio. Entre los antecedentes está diagnosticado de alergia a proteínas de leche de vaca. En la exploración se constata hipotensión leve, frecuencia cardíaca 110 lat/min, Sat O2 93%, está pálido y algo sudoroso, con sibilancias diseminadas. ¿Cuál es el primer tratamiento de elección?

1. Provocar el vómito.

2. Adrenalina 1/1000 subcutánea.
3. Adrenalina 1/1000 intramuscular.
4. Metilprednisona intramuscular.
5. Salbutamol nebulizado.

**181. Mujer de 40 semanas de gestación en trabajo de parto con 6 cm de dilatación. Presenta patrón fetal decelerativo en registro cardiotocográfico por lo que se decide realizar microtoma de sangre fetal para valorar bienestar fetal. Resultado pH 7,22. La conducta correcta es:**

1. Acidosis grave. Cesárea urgente.
2. Valor prepatológico, repetir toma en 15-20 minutos.
3. Acidosis moderada, repetir toma en 1-2 horas.
4. Valor en límites normales, dejar evolución natural de parto.
5. Repetir en el momento, posible error en la obtención de la toma.

**182. Mujer de 43 años, remitida a la Consulta de Patología del Tracto Genital Inferior del Hospital por presentar una citología cérvico-vaginal informada como "L-SIL" (Lesión Intraepitelial de Bajo Grado). Refiere infecciones vaginales de repetición (Trichomoniasis,...) y haber tenido más de 5 parejas sexuales en su vida. La mejor estrategia de atención a esta mujer es:**

1. Conización con asa de diatermia.
2. Lgrado endocervical con legra de Kevorkian.
3. Biopsia de endometrio con cánula de Cornier.
4. Histerectomía sin anexectomía.
5. Aconsejarle que deje el tabaco y los anticonceptivos y hacerle un control en 6 meses.

**183. Una de las siguientes presentaciones es indicación absoluta de parto mediante cesárea:**

1. Occipito transversa izquierda.
2. Occipito posterior.
3. Nalgas completas.
4. De cara mentoposterior.
5. De frente.

**184. Una mujer de 32 años solicita consejo preconcepcional. La paciente le refiere que fue sometida a una conización cervical por una lesión intraepitelial de alto grado (H-SIL) y que poste-**

**riormente sufrió tres abortos entre las 20 y 22 semanas de gestación. No tiene hijos vivos. En las tres ocasiones acudió a Urgencias con sensación de peso en hipogastrio y allí se constató que llegaba con una dilatación de 8 cm y con las membranas amnióticas prominentes. Nunca había sentido contracciones. ¿Qué consejo le daría para el próximo embarazo?**

1. Le pautaría una profilaxis con atosibán por vía oral durante todo el embarazo.
2. Le ofrecería la maduración pulmonar con corticoides a partir de las 19-20 semanas de gestación.
3. Le recomendaría realizar un cerclaje cervical programado a partir de la semana 14 de gestación.
4. Le aconsejaría no intentar más embarazos por el alto riesgo de recidiva.
5. Le recomendaría recurrir a las técnicas de reproducción asistida.

**185. Señale la respuesta INCORRECTA con respecto a la infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y gestación:**

1. La cesárea programada no reduce la tasa de transmisión vertical del virus.
2. Se ofrecerá a la gestante la posibilidad de realizar tratamiento antirretroviral sea cual sea su estadio de la enfermedad, con la finalidad de prevenir la transmisión vertical del virus.
3. La transmisión vertical del virus se asocia a la carga viral materna.
4. Se tiene que ofrecer a toda gestante la serología VIH en la primera consulta, sea cual sea el momento del embarazo.
5. Las mujeres infectadas por el VIH tienen un mayor riesgo de presentar abortos espontáneos, muerte fetal intraútero y retraso del crecimiento intrauterino.

**186. Una mujer de 27 años, embarazada de 10 semanas y con asma alérgico grave persistente. En la actualidad está adecuadamente controlada con budesonida inhalada diaria y salbutamol inhalado a demanda de rescate. Acude a su consulta preocupada por los posibles efectos teratogénicos de su medicación antiasmática. ¿Cuál de las siguientes sería la actitud correcta?**

1. Dado que el asma mejora durante el embarazo en la mayoría de pacientes, lo mejor para la paciente y el feto es suspender el tratamiento antiasmático.

2. Suspender la budesonida por haberse relacionado con un riesgo aumentado de malformaciones fetales y reemplazarla por un anti-leucotrieno oral (montelukast).
3. Retirar el tratamiento actual y reemplazarlo por prednisona oral a la menor dosis posible.
4. Mantener el tratamiento actual y tranquilizar a la paciente acerca de sus efectos secundarios y de la necesidad de un adecuado control del asma durante la gestación.
5. Reemplazar la budesonida por un anticuerpo monoclonal anti-IgE (omalizumab) por su mayor seguridad en el embarazo al no ser un fármaco.

**187. ¿Cuál de las siguientes es hoy día la única contraindicación para el tratamiento quirúrgico conservador en el cáncer de mama?**

1. Radioterapia previa.
2. Tumor de 4 cm.
3. Metástasis axilar.
4. Tumor multifocal.
5. Embarazo de 32 semanas.

**188. Mujer de 16 años que consulta por amenorrea primaria. Presenta un desarrollo femenino normal de los caracteres sexuales secundarios. Los niveles de estradiol y testosterona son normales. En la exploración ginecológica se aprecia agenesia de vagina. Se realiza ecografía y se aprecia ausencia de útero. Los ovarios son normales ecográficamente. No se observa riñón izquierdo. El diagnóstico más probable es:**

1. Síndrome de Rokitanski.
2. Síndrome de Morris.
3. Hiperplasia suprarrenal congénita.
4. Síndrome de ovarios poliquísticos.
5. Síndrome de Kallman.

**189. Varón homosexual de 30 años de edad VIH (+) que participa como voluntario en un centro de ayuda a pacientes con SIDA. Según su historia clínica recibió toxoide diftérico (Td) hace 6 años, la vacuna triple vírica en la infancia y en la adolescencia, y la hepatitis B hace 3 años. Actualmente se encuentra asintomático con un recuento de CD4 superior a 200 cl/s/μl. ¿Qué vacunas deberíamos recomendarle?**

1. Gripe estacional, neumocócica, meningitis tetravalente y hepatitis A.
2. Gripe estacional, Td, neumocócica y meningitis tetravalente.

3. Meningitis tetravalente, neumocócica y gripe estacional.
4. Td, meningitis tetravalente, neumocócica.
5. Triple vírica, gripe estacional, neumocócica.

**190. Con objeto de comprobar la eficacia de un tratamiento para dejar de fumar se compara un grupo control (con placebo) con un grupo tratado. Para que los grupos sean comparables es importante que no difieran mucho en la edad de los participantes. Nos informan que la media de edad en el grupo control es 52 años y que en el grupo tratado también es 52 años. A partir de dicha información podemos decir que:**

1. Los grupos no difieren respecto a la distribución de la variable edad.
2. Si el estudio está bien diseñado, no nos puede dar la misma media de edad en ambos grupos.
3. Para comparar la distribución de la variable edad en ambos grupos sería conveniente conocer una medida de dispersión como la desviación típica además de la media.
4. Para la conclusión final no importa la distribución de la edad en ambos grupos, sólo si el tratamiento es efectivo o no.
5. Si además de la media, coinciden la mediana y la moda podemos afirmar que los grupos no difieren respecto a la distribución de la variable edad.

**191. Un Pediatra desea estudiar el sobrepeso en los niños de 14 años, según los valores del IMC (índice de masa corporal). Para estimar el tamaño muestral necesario propone un nivel de confianza del 95% y una precisión de 1 unidad de IMC. ¿Qué más parámetros necesita conocer para determinar el tamaño muestral?**

1. La media del IMC en la población.
2. La varianza del IMC.
3. La media y la desviación típica del IMC.
4. El tamaño de la población y la media del IMC.
5. La desviación típica del IMC y el tamaño de población.

**192. El coeficiente de correlación de Pearson indica que existe asociación estadística entre dos variables cuando:**

1. Su valor es positivo.
2. Su valor está entre -1 (menos uno) y 1 (uno).
3. Su valor se aproxima a cero.



4. Su valor es igual o muy similar al tamaño muestral utilizado para su cálculo.
5. Su valor se acerca a sus valores extremos posibles, -1 (menos uno) o 1 (uno).

**193. Si desea estimar los efectos de una intervención empleará:**

1. Un diseño transversal.
2. Un diseño retrospectivo.
3. Un estudio ecológico.
4. Un ensayo clínico aleatorizado.
5. Un diseño observacional con selección al azar de los participantes.

**194. ¿Cuál de las siguientes aseveraciones sobre el meta-análisis es correcta?**

1. El objetivo del meta-análisis es resumir cuantitativamente los resultados de los estudios realizados.
2. El meta-análisis es un ensayo clínico de grandes proporciones.
3. Sería deseable evitar los ensayos clínicos negativos, así como los no publicados, para impedir sesgos de selección.
4. Por definición, todos los meta-análisis son una fuente fidedigna de evidencia, siendo irrelevante la calidad de los ensayos o si incluyen los resultados de ensayos clínicos aleatorizados.
5. El meta-análisis subsanará los errores de realización de los ensayos.

**195. Señale la definición correcta:**

1. El Número Necesario a Tratar (NNT) es el inverso del Riesgo Relativo (RR).
2. La Reducción del Riesgo Relativo (RRR) puede diferenciar claramente los riesgos y beneficios grandes de los pequeños.
3. La Reducción del Riesgo Relativo (RRR) es una medida del esfuerzo terapéutico que deben realizar clínicos y pacientes para evitar resultados negativos de sus enfermedades.
4. El Número Necesario a Dañar (NND) se calcula dividiendo la unidad entre el Número Necesario a Tratar (NNT).
5. La Reducción del Riesgo Absoluto (RRA) se calcula mediante la diferencia absoluta de la tasa de episodios en el grupo control menos la tasa de episodios en el grupo intervención.

**196. En un estudio de cohortes el número de casos nuevos de enfermedad por persona y por unidad de tiempo es:**

1. La incidencia anual.
2. La incidencia o probabilidad acumulada.
3. La tasa de prevalencia.
4. La densidad o tasa de incidencia.
5. El riesgo relativo de desarrollar la enfermedad.

**197. En un estudio clínico para evaluar la eficacia de un nuevo medicamento en el tratamiento de la crisis de migraña (señale la CORRECTA):**

1. Unos criterios de inclusión estrictos aumentan la validez externa del estudio.
2. Unos criterios de exclusión estrictos reducen la validez interna del estudio.
3. El control con un brazo placebo aumenta la validez externa del estudio.
4. El enmascaramiento reduce la validez interna del estudio.
5. La asignación aleatoria aumenta la validez interna del estudio.

**198. Queremos conocer si el consumo de café puede estar asociado a la malformación neonatal por lo que se diseña un estudio casos control. Se entrevista a un grupo de mujeres que han tenido niños con malformaciones y lo mismo en un grupo de madres sin hijos con malformaciones. Las entrevistas las realizarán dos entrevistadores entrenados mediante un cuestionario previamente validado. Además, los entrevistadores ignoran si la entrevistada es un caso o un control. ¿Qué tipo de sesgo podemos introducir?**

1. Sesgo de información.
2. Sesgo de memoria.
3. Sesgo del entrevistador.
4. Sesgo de selección.
5. Falacia ecológica.

**199. Se quiere estudiar si la Vitamina D puede incrementar la incidencia del cáncer de mama. En nuestra zona disponemos de un registro poblacional de cáncer. Para conseguir nuestro objetivo se seleccionan todas las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama del registro que disponemos y cada uno de los casos se aparea con dos controles. ¿Qué diseño de estudio se ha escogido?**

1. Estudio de cohortes prospectivo.
2. Estudio de casos y controles.
3. Estudio de casos y controles anidado.
4. Estudio de cohortes retrospectivo.
5. Estudio ecológico.

**200. Se quiere realizar un estudio para valorar el efecto de la exposición al consumo de alcohol sobre el cáncer de páncreas. Es posible que la relación pueda estar afectada por el efecto de la exposición al consumo de tabaco. Si sólo se quiere analizar el efecto del consumo de alcohol, ¿qué tipo de sesgo se puede producir?**

1. Sesgo de exposición.
2. Sesgo de diagnóstico.
3. Sesgo de realización.
4. Sesgo por efecto vigilancia (o de Hawthorne).
5. Sesgo de confusión.

**201. Se lleva a cabo un estudio para evaluar la relación entre el cáncer de pulmón y la exposición al sílice. Se seleccionan 400 pacientes con diagnóstico de cáncer de pulmón del registro provincial de tumores y se eligen 400 personas sanas de forma aleatoria de la población residente en la provincia. El resultado de la evaluación de esta relación es  $OR = 1,67$ ;  $IC95\% = 1,27 - 2,21$ . Es cierto:**

1. No hay relación entre la exposición al sílice y el cáncer de pulmón.
2. Con este estudio no se puede evaluar la relación entre el sílice y el cáncer de pulmón.
3. Se trata de un estudio experimental aleatorizado con una asociación positiva entre la exposición al sílice y el cáncer de pulmón.
4. Estos datos muestran que no hay significación estadística entre la exposición al sílice y el cáncer de pulmón.
5. Se trata de un estudio de casos y controles con una asociación positiva entre la exposición al sílice y el cáncer de pulmón.

**202. Respecto a los diseños de los ensayos clínicos para demostrar eficacia de los antidepresivos, ¿cuál de las siguientes es FALSA?**

1. La inclusión en el diseño de los ensayos clínicos de variables secundarias de seguridad es importante para poder establecer la ubicación terapéutica de los medicamentos estudiados.

2. En estudios de depresión no se considera ético usar un grupo de control con placebo.
3. La eficacia de los antidepresivos se mide mediante la proporción de sujetos con una reducción porcentual predeterminada en las escalas de depresión específicas, como la de Hamilton o la de Beck.
4. Debido a la gran variabilidad de la respuesta entre un estudio y otro, las comparaciones entre fármacos activos con un diseño de no inferioridad no permiten concluir eficacia de forma robusta.
5. Aunque la mejoría clínica se puede observar en una o dos semanas, generalmente son necesarias 4 semanas de seguimiento en los ensayos clínicos para establecer diferencias significativas.

**203. Respecto a las fases del desarrollo clínico de un medicamento, ¿cuál de las siguientes características NO corresponde a un ensayo clínico en fase 2?**

1. Son estudios terapéuticos exploratorios.
2. Se realizan en un número amplio de pacientes (entre 100 y 1000).
3. Se utilizan para delimitar un intervalo de dosis terapéuticas.
4. Se requiere el consentimiento informado de los pacientes para su inclusión en el estudio.
5. Suelen ser de corta duración.

**204. En un ensayo clínico aleatorizado de fase III se comparó la eficacia de un nuevo analgésico (experimental) con un tratamiento control (tramadol) en pacientes con dolor crónico. La hipótesis de trabajo era que el tratamiento experimental reduce el dolor más que el tramadol. El efecto de los dos tratamientos se determinó a las 48 horas mediante la reducción de la puntuación marcada por el paciente en una escala analógica - visual de 0 a 100 mm. La reducción media en el grupo tramadol fue de -27 y en el grupo experimental de -31. Se hizo el contraste de hipótesis para las diferencias, con la correspondiente prueba estadística y se obtuvo un valor de  $p = 0,03$ . Respecto al estudio anterior, ¿cuál de las siguientes conclusiones le parece más correcta?**

1. El estudio demostró diferencias clínicamente relevantes.
2. Las diferencias en el efecto analgésico entre los dos tratamientos estudiados fueron significativas.
3. El beneficio - riesgo del tratamiento experimental fue mejor que el del tramadol.

4. El tratamiento experimental fue un 20 % mejor que el tramadol.
5. Podemos recomendar el uso generalizado del tratamiento experimental, porque es más eficaz que el tramadol en el tratamiento del dolor crónico.

**205. Se realiza un ensayo clínico en pacientes hipertensos para valorar la efectividad de un nuevo fármaco en la reducción de aparición de insuficiencia cardiaca. El Riesgo Relativo (RR) de insuficiencia cardiaca en relación con el fármaco habitual es de 0,69 con un IC al 95% de 0,31 a 1,17. ¿Qué significan estos resultados?**

1. El nuevo fármaco disminuye el riesgo de insuficiencia cardiaca de forma significativa.
2. El nuevo fármaco es muy eficaz y debería comercializarse.
3. La reducción del riesgo de insuficiencia cardiaca con el nuevo fármaco es irrelevante clínicamente.
4. No existen diferencias estadísticamente significativas entre el efecto de los fármacos estudiados.
5. El nuevo fármaco aumenta el riesgo de insuficiencia cardiaca pero de forma no significativa.

**206. Si definimos el punto de corte para diagnosticar insuficiencia renal a través del Índice de Filtrado Glomerular (IFG) como 15 ml/min en vez de 60 ml/min está aumentando:**

1. La sensibilidad del IFG.
2. La especificidad del IFG.
3. El Valor Predictivo Positivo del IFG.
4. El Valor Predictivo Negativo del IFG.
5. La Validez interna y externa del IFG.

**207. Disponemos de dos tests para diagnosticar una enfermedad de pronóstico grave. La prueba A tiene una sensibilidad del 95% y una especificidad del 60% y la prueba B tiene una sensibilidad del 70% y una especificidad del 99%. Disponemos de un tratamiento eficaz pero que produce efectos adversos importantes y además tiene un coste muy elevado. ¿Qué prueba elegiríamos para hacer el diagnóstico?**

1. La prueba A porque detectará menos falsos positivos.
2. La prueba A porque tiene una sensibilidad mayor.

3. La prueba B porque detectará más falsos positivos.
4. La prueba A porque detectará más falsos negativos.
5. La prueba B porque tiene una mayor especificidad.

**208. ¿Qué tipo de análisis de evaluación económica en salud compara los costes de los resultados de diferentes intervenciones sanitarias medidos en años de vida ajustados por calidad (AVAC)?**

1. Análisis de minimización de los costes.
2. Análisis de coste efectividad.
3. Análisis de coste utilidad.
4. Análisis de coste beneficio.
5. Análisis del coste de la salud.

**209. ¿Cómo definiría calidad asistencial?**

1. La calidad asistencial es el conjunto de normas para asegurar que se hacen las cosas bien.
2. La calidad asistencial se puede definir como la ausencia de incidentes en el cuidado a los enfermos.
3. La calidad asistencial puede definirse como la satisfacción de las necesidades y aspiraciones de los enfermos-clientes, tanto reales como percibidas, con el menor consumo de recursos.
4. La calidad asistencial se define a través de la implantación de las acciones de mejora que aseguran cumplir con los objetivos del Plan de Calidad del Centro Sanitario.
5. La calidad asistencial es tratar a los enfermos con todos los medios posibles.

**210. Paciente de 45 años con hábito tabáquico moderado, no bebedor, sin otros antecedentes de interés que ha sido diagnosticado de un carcinoma escamoso de orofaringe cT1N2b. Está pendiente de decisión de tratamiento en comité. ¿Qué agente infeccioso le interesaría despistar antes de plantear el tratamiento?**

1. Helicobacter pylori.
2. Virus Herpes Simple tipo 2.
3. Virus del papiloma humano.
4. Virus de Ebstein Barr.
5. Citomegalovirus.

**211. Mujer de 25 años, sin antecedentes de interés ni**

**hábitos tóxicos que acude a urgencias por dolor intenso en el oído derecho, imposibilidad total para abrir la boca, de instauración súbita y sin antecedente traumático previo. Refiere usar placa de descarga por hábito de apretamiento dental nocturno. ¿Cuál es su diagnóstico?**

1. Luxación del cóndilo mandibular por delante de la eminencia articular.
2. Bloqueo articular agudo (luxación anterior del menisco articular).
3. Fractura cóndilo mandibular.
4. Anquilosis fibrosa de la articulación temporo-mandibular.
5. Anquilosis ósea de la articulación temporo-mandibular.

**212. Si un paciente presenta una parálisis facial que no afecta a la musculatura de la frente debemos pensar que la lesión se encuentra:**

1. A nivel supranuclear.
2. En el ganglio geniculado.
3. En el foramen estilomastoideo.
4. En el ángulo pontocerebeloso.
5. En el conducto auditivo interno.

**213. La asociación de edad avanzada, diabetes, otalgia que no evoluciona favorablemente a pesar del tratamiento y parálisis del VII par craneal llevan a pensar en uno de los siguientes cuadros clínicos como primera opción:**

1. Carcinoma de nasofaringe.
2. Miringitis granulosa.
3. Laberintitis difusa.
4. Carcinoma del hueso temporal.
5. Otitis externa maligna.

**214. ¿En qué tipo de hipoacusias es característico el fenómeno de reclutamiento o recruitment?**

1. Hipoacusias de transmisión.
2. Hipoacusias mixtas.
3. Hipoacusias centrales.
4. Hipoacusias retrococleares.
5. Hipoacusias cocleares.

**215. Ante un paciente con sospecha de penfigoide ampolloso, ¿cuál de las siguientes pruebas deberíamos realizar para confirmar el diagnóstico?**

1. Dermatoscopia.
2. Cultivo del contenido de una ampolla.
3. Biopsia de la piel para cultivo.
4. Biopsia de la piel para estudio histológico e inmunofluorescencia directa.
5. Analítica con determinación de anticuerpos antinucleares y anti DNA.

**216. Joven de 24 años que a los 3 días de un contacto sexual de riesgo presenta numerosas lesiones pustulosas, pequeñas, muy pruriginosas y que evolucionan a diminutas erosiones afectando todo el glande y cara interna del prepucio. Señale cuál es, entre las siguientes, la orientación diagnóstica más probable:**

1. Candidiasis genital.
2. Chancroide.
3. Sífilis secundaria.
4. Balanitis por Tricomonas.
5. Infección fúngica por dermatofitos.

**217. ¿Cuál es el factor pronóstico más importante en el Melanoma Estadio 1?**

1. Nivel sérico de LDH.
  2. Espesor tumoral medido en el índice de Breslow.
  3. La presencia de ulceración clínica o histológica.
  4. Número de metástasis.
  5. El índice mitótico.
- El índice mitótico.

**218. La causa más frecuente de pérdida visual irreversible en el mundo occidental en personas de más de 50 años es:**

1. Retinopatía diabética.
2. Glaucoma crónico simple.
3. Degeneración macular asociada a la edad.
4. Desprendimiento de retina.
5. Cataratas.

**219. Una mujer de 23 años acude a urgencias por encontrarse muy nerviosa tras una discusión con su pareja. En su historia clínica se reflejan varias demandas semejantes en el año anterior, en dos de ellas tras un gesto autolítico. Se constatan también conflictos frecuentes en las relaciones de pareja, cambios laborales y discusiones familiares. Dice sentirse incomprendida por**

**todos incluidos los psiquiatras que la atienden.  
El diagnóstico sería:**

1. Trastorno de la personalidad límite.
2. Trastorno de la personalidad histriónico.
3. Distimia.
4. Trastorno disociativo.
5. Trastorno de despersonalización.

**220. Mujer de 50 años de edad que desde hace 1 mes presenta un ánimo deprimido, anhedonia, pérdida de memoria, llanto fácil, pérdida de energía, sensación de inutilidad y culpa, pérdida de peso marcada y despertar precoz, así como incapacidad para realizar sus tareas habituales en el hogar. En trámites de separación desde hace 3 meses. Señale el diagnóstico más apropiado:**

1. Distimia.
2. Seudodemencia.
3. Trastorno adaptativo depresivo.
4. Episodio de depresión mayor.
5. Depresión menor.

**221. Hombre de 43 años fumador de 20 cigarrillos al día, que acude a su consulta llevado por un familiar, debido a que lleva 10 días durmiendo poco, menos de 3 horas al día sin referir cansancio por ello. Añade que ha empezado a gastar grandes cantidades de dinero, comprometiendo las finanzas familiares. Se encuentra verborreico, con aceleración del pensamiento y con apariencia megalomaniaca. Como antecedentes personales no hay enfermedades de interés salvo un episodio depresivo hace 5 años. No cree que le pase nada, pero ha aceptado acudir a la consulta con la intención de buscar ayuda para dejar de fumar. No hay consumo de otros tóxicos y la analítica y exploración neurológica no aportan datos anormales. En este paciente teniendo en cuenta su diagnóstico más probable, qué tratamiento sería el MENOS indicado:**

1. Bupropion.
2. Ácido valproico.
3. Carbonato de litio.
4. Risperidona.
5. Olanzapina.

**222. Todas las siguientes son complicaciones habituales del trastorno de ansiedad generalizada no tratado EXCEPTO:**

1. Consumo de alcohol y abuso de drogas.
2. Trastornos psicosomáticos.
3. Trastornos depresivos.
4. Trastornos psicóticos.
5. Conductas suicidas.

**223. ¿Cuál de los siguientes factores NO se asocia a buen pronóstico del trastorno de conversión?**

1. Inicio agudo.
2. Presencia de factores estresantes claramente identificables al inicio de la enfermedad.
3. Cociente intelectual alto.
4. Ausencia de otros trastornos psiquiátricos y procesos legales.
5. Presencia de convulsiones y temblores.

**224. ¿Cuál de estas afirmaciones es FALSA respecto al estupor?**

1. Es una alteración de la conciencia.
2. Puede darse en la melancolía.
3. Supone un estado reversible por estímulos moderados.
4. Se utiliza el término en estados de mutismo y reducción de la actividad motora.
5. En Neurología es un estado que precede al coma.

**225. Mujer de 26 años sin antecedentes psiquiátricos previos, acude a Urgencias traída por sus padres que explican que desde hace unos días está hiperactiva, nerviosa, insomne. Explican que revisa obsesivamente la instalación eléctrica de casa en busca de cámaras de video y micrófonos. En la entrevista nos dice que le están vigilando desde la Policía pues ella es una enviada galáctica con poderes especiales. ¿Cuál de las siguientes opciones NO debe considerarse como diagnóstico diferencial?**

1. Trastorno obsesivo compulsivo.
2. Esquizofrenia.
3. Episodio maniaco.
4. Psicosis por consumo de sustancias tóxicas.
5. Tumor cerebral.

**226. Atendemos a un paciente que acaba de sufrir un accidente de tráfico. Se encuentra consciente y al tomarle las constantes tiene una presión arterial sistólica de 70 mmHg y una frecuencia cardíaca de 45 latidos/minuto. Además, la piel de las extremidades está caliente. ¿Cuál es la causa**

**más probable del shock?**

1. Shock hipovolémico.
2. Shock cardiogénico intrínseco.
3. Shock neurogénico.
4. Shock séptico.
5. Shock cardiogénico obstructivo.

**227. Paciente de 44 años de edad que sufre un traumatismo por accidente de tráfico de elevada intensidad. A su ingreso en el hospital está consciente y orientado y manifiesta dolor a nivel torácico cervical y pélvico así como impotencia funcional en miembro inferior derecho. La exploración física pone de manifiesto una presión arterial de 100/60 mmHg con 100 pulsaciones/minuto, una abolición del murmullo vesicular en el tercio inferior del hemitórax derecho y matidez a la percusión del mismo. En la radiografía de tórax se aprecia un derrame pleural derecho, también en el tercio inferior. ¿Cuál de estas afirmaciones le parece correcta?**

1. Se trata de una gran hemorragia pulmonar por lo que el paciente debe ser intervenido de urgencia mediante toracotomía.
2. Al tratarse de una hemorragia intratorácica, es de esperar una hemostasia espontánea por lo que no está indicada ninguna medida terapéutica.
3. Está indicado un drenaje de la cavidad pleural con un catéter de grueso calibre y la monitorización del paciente.
4. La simple punción-evacuadora con aguja es el tratamiento de elección.
5. Se trata más probablemente de un quilotórax por lo que debe establecerse un tratamiento con restricción de triglicéridos de cadena pesada.

**228. Hombre de 19 años de edad que consulta por un cuadro de 24 horas de evolución de dolor, tumefacción e impotencia funcional de la rodilla derecha acompañado de fiebre de 38°C. La exploración física pone de manifiesto signos inflamatorios y derrame articular en la rodilla derecha. Los datos analíticos muestran una leucocitosis con neutrofilia y una elevación de la proteína C reactiva. Se hace el diagnóstico sindrómico de monoartritis aguda. ¿Cuál es el diagnóstico etiológico más probable?**

1. Artritis por microcristales.
2. Artritis reactiva.
3. Artritis infecciosa bacteriana.
4. Artritis infecciosa por mycobacterias.

5. Artritis reumatoide.

**229. Mujer de 29 años, obesa, sin antecedentes de interés, que consulta por cefalea pulsátil, bilateral, intensa, de un mes de evolución, acompañada de diplopía horizontal y episodios de amaurosis monocular de segundos de duración. La exploración es normal, salvo por la presencia de papiledema bilateral. ¿Cuál de estas pruebas cree que le va a permitir confirmar plenamente su diagnóstico?:**

1. Ecografía de troncos supraaórticos.
2. Resonancia magnética de cráneo.
3. Electroencefalograma.
4. Punción lumbar.
5. Potenciales evocados visuales.

**230. En la técnica del By-pass gástrico laparoscópico para el tratamiento de la obesidad mórbida, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?**

1. Se trata de una intervención que combina la restricción gástrica con la malabsorción intestinal.
2. Está indicada en pacientes con Índices de Masa Corporal entre 30 y 35 asociada a comorbilidad como hipertensión, diabetes, artrosis, apnea del sueño.
3. Es la técnica quirúrgica más empleada en el tratamiento de la obesidad mórbida.
4. La longitud del asa gastroyeyunal (o asa de Roux) en esta técnica, varía en función del Índice de Masa Corporal del paciente.
5. Es necesario realizar una gastroscopia siempre como parte del estudio preoperatorio.

**231. Todas las siguientes enfermedades se pueden acompañar de esplenomegalia palpable, EXCEPTO una. Indique ésta última:**

1. Linfoma no Hodgkin.
2. Mieloma múltiple.
3. Tricoleucemia.
4. Enfermedad de Gaucher.
5. Mielofibrosis con metaplasia mieloide.

**232. La presencia de una presión arterial muy elevada (presión diastólica > 140 mmHg) con evidencia de daño vascular (hemorragias y/o exudados retinianos y/o edema de papila) es más característico de:**

1. Hipertensión arterial de inicio.
2. Hipertensión arterial no controlada.
3. Urgencia hipertensiva.
4. Hipertensión arterial maligna.
5. Emergencia hipertensiva.

**233. Adolescente de 16 años que consulta por amenorrea primaria. No posee antecedentes médico-quirúrgicos de interés. A la exploración física encontramos caracteres sexuales secundarios femeninos, genitales externos femeninos, con un desarrollo mamario estadio III-IV, escaso vello púbico y axilar. Presenta una estatura en el percentil 90 para su edad. La radiografía simple revela una edad ósea de 15.8 años. El estudio analítico revela un estradiol de 50 pg/ml, y unas gonadotropinas elevadas. ¿Cuál de las siguientes entidades clínicas sería compatible con el diagnóstico?**

1. Síndrome de Klinefelter.
2. Síndrome de Kallman.
3. Retraso constitucional del crecimiento.
4. Hiperplasia suprarrenal congénita.
5. Síndrome de insensibilidad androgénica completo.

**234. ¿Cuál de las siguientes vacunas parenterales está contraindicada durante el embarazo?**

1. Vacuna frente al tétanos.
2. Vacuna frente al sarampión.
3. Vacuna frente a la tos ferina.
4. Vacuna frente a la hepatitis B.
5. Vacuna frente a la gripe.

**235. En un paciente con cirrosis hepática ¿cuál de los siguientes es el procedimiento más útil para medir la respuesta de la ascitis al tratamiento diurético?**

1. Medir el volumen de orina de 24 horas.
2. Medir el perímetro abdominal diariamente.
3. Determinar cada semana el gradiente de albúmina entre el suero y la ascitis.
4. Registrar el peso cada día.
5. Evaluar la natriuresis cada 48 horas.