



PRUEBAS SELECTIVAS 2006

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. 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
3. 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.
4. 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.
5. Si inutiliza su "Hoja de Respuestas" pida un nuevo juego de repuesto a la Mesa de Examen y **no olvide** consignar sus datos personales.
6. 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.
7. Podrá retirar su Cuaderno de Examen una vez finalizado el ejercicio y hayan sido recogidas las "Hojas de Respuesta" por la Mesa.

1. **Una paciente de 38 años de edad acude a la consulta refiriendo disfagia de localización retroesternal baja y de intensidad variable, desde hace unos 4 años. Ocasionalmente presenta episodios de dolor retroesternal de carácter opresivo que en los últimos años ha disminuido en intensidad y frecuencia al tiempo en que se intensificaba la disfagia. Desde hace aproximadamente un año, viene presentando con el decúbito, regurgitaciones no ácidas ni amargas. Hace 2 meses presentó una neumonía por aspiración. Ha perdido unos 4 kilogramos desde el comienzo del cuadro. De entre los siguientes ¿cuál es el diagnóstico más probable?:**
 1. Estenosis esofágica péptica.
 2. Hernia hiatal con reflujo gastroesofágico.
 3. Membrana esofágica asociada a ferropenia (síndrome de Plummer-Vinson).
 4. Cáncer de esófago.
 5. Acalasia esofágica.

2. **Una de las siguientes afirmaciones sobre el cáncer de esófago es INCORRECTA:**
 1. Su etiología está relacionada con el consumo de alcohol y tabaco.
 2. La incidencia del histotipo adenocarcinoma ha aumentado en estos últimos años.
 3. La disfagia progresiva es el síntoma más frecuente.
 4. Su pronóstico es muy malo, sólo un 5% de los pacientes con cáncer de esófago sobreviven los 5 años.
 5. El carcinoma escamoso de esófago no se asocia a hipercalcemia.

3. **La ecografía endoscópica se realiza con un transductor ecográfico incorporado a un endoscopio flexible. Con elle podemos evaluar la pared intestinal y órganos adyacentes obteniendo imágenes ecográficas de alta resolución. ¿Cuál de las opciones diagnósticas que a continuación proponemos, NO puede realizarse con esta técnica?:**
 1. Estadificación tumoral TNM.
 2. Diagnóstico de coledocolitiasis.
 3. Diagnóstico de cáncer de páncreas.
 4. Punción y aspiración con aguja fina de masas y adenopatías en el mediastino.
 5. Diagnóstico de cáncer de recto.

4. **El diagnóstico serológico de la enfermedad celíaca se basa en la determinación de distintos autoanticuerpos circulantes. Entre los que se enumeran a continuación, indique cual NO sirve para este diagnóstico:**
 1. Anti-transglutaminasa tisular.
 2. Anti-microsomales.
 3. Anti-gliadina.
 4. Anti-endomisio.

5. Anti-reticulina.

5. **Paciente de 32 años, diagnosticado de colitis ulcerosa tipo pancolitis, tratado, sin episodios de brotes en los últimos 4 meses. Refiere desde hace 15 días dolor sordo en hipocondrio derecho y astenia. Febrícula ocasional. La exploración física no objetiva ninguna alteración significativa y analíticamente tiene una bilirrubina total de 2,3 mg/dl (directa 1,2 mgs/dl); aspartato aminotransferasa 90 UI/l; alanino aminotransferasa 106 UI/l; Fosfatasa alcalina 1100 UI/l; gammaglutamiltransferasa 350 UI/l. Actividad de la protrombina 95%. Proteínas totales 8 grs% y albúmina 3,9 grs%. Anticuerpos antimitocondriales negativos. Teniendo en cuenta los datos anteriores, ¿cuál es el diagnóstico más probable?:**
 1. Coledocolitiasis.
 2. Hepatitis autoinmune.
 3. Hígado metastásico.
 4. Colangitis esclerosante primaria.
 5. Cirrosis biliar primaria.

6. **Hombre de 27 años de edad que desde hace varios meses presenta cuadros de dolor abdominal con aumento del número de deposiciones, de una duración de 6-8 días y que ceden de forma espontánea. Acude al Servicio de Urgencias por un cuadro similar a los previos pero de mayor intensidad, con deposiciones líquidas y rectorragia. Hb 10,4 mg/dl, Hto. 33%, VCN 78 fl, Leucocitos 8200 (83 P), VSG 48, plaquetas 390.000. Urea, iones y bioquímica hepática: normales, PCR 2,1 mg/dl. Fe 37 microgr/dl. Colonoscopia: hiperemia en recto y desde 10 cm úlceras serpinginosas distribuidas por todo el colon, con mucosa normal entre las úlceras. Tránsito intestinal: estenosis a nivel de ileon terminal. ¿Qué cuadro de los que se mencionan a continuación le parece el diagnóstico más probable?:**
 1. Colitis ulcerosa.
 2. Colitis por shigelas.
 3. Colitis pseudomembranosa.
 4. Colitis isquémica.
 5. Enfermedad de Crohn.

7. **Paciente de 50 años con antecedentes de transfusión 30 años antes por hemorragia digestiva por úlcera péptica. Talla 175 cm; Peso 70 Kg. No hábitos tóxicos ni antecedentes de drogodependencia. A raíz de un control de salud se detectan anticuerpos frente al virus C de la hepatitis, por lo que es diagnosticado de hepatitis C con los siguientes datos bioquímicos, virológicos e inmunológicos: GOT 130 UI/ml; GPT 203 UI/ml Genotipo lb; PCR para el virus C de la hepatitis positiva con cuantificación de la carga viral de 5×10^6 UI/ml. Anticuerpos anti-nucleares positivos a título 1/40; Anticuerpos**

antimitocondriales y antimúsculo liso negativos. Se realizó una biopsia hepática en la que se demostró la existencia de infiltrado mononuclear portal y periportal y fibrosis con abundantes puentes porto-portales sin puentes porto-centrales y sin pérdida de la arquitectura global del órgano. ¿Cuál de las siguientes respuestas es correcta?:

1. La información disponible apoya el diagnóstico de cirrosis hepática.
2. La presencia de anticuerpos antinucleares a títulos altos como en este caso es diagnóstica de hepatitis autoinmune asociada a la hepatitis C.
3. La elevada viremia detectada es un signo de mal pronóstico.
4. Existe indicación de tratamiento antiviral con interferón pegilado y ribavirina durante 48 semanas.
5. La presencia de genotipo 1b es un factor predictivo de buena respuesta al tratamiento.

8. Entre las causas predisponentes a un carcinoma hepatocelular se consideran las siguientes EXCEPTO:

1. Hepatopatía alcohólica.
2. Hepatitis A.
3. Hepatitis B.
4. Hemocromatosis.
5. Deficit de la alfa-1 antitripsina.

9. Un hombre de 60 años con cirrosis e hipertensión portal conocidas, refiere aumento progresivo del perímetro abdominal en los últimos 10 días. Sigue tratamiento con 100 mg de espirolactona. No ha incrementado el aporte de sal ni ha tenido fiebre o dolor abdominal. La exploración revela ascitis franca. La paracentesis diagnóstica muestra los siguientes resultados: albúmina 4 gr/dl, leucocitos 500/mm³ (85% polimorfonucleares), eritrocitos 1.000/mm³. Citología negativa para células malignas. La orina muestra un Na de 60 mEq/l y un K de 40 mEq/l. ¿Cuál de las siguientes opciones terapéuticas le parece más adecuada?:

1. Añadir diuréticos de asa.
2. Realizar una paracentesis evacuadora.
3. Administrar antibióticos.
4. Perfusión de Albúmina y Seguril intravenoso.
5. Hacer una derivación protocava.

10. Un hombre de 48 años, con antecedentes de ingesta de etanol de 60 gr/día, asintomático, presenta: Hb 16 g/dl, Hto. 42%, ASAT 80 U/L, ALAT 65/ U/l, GGT 72 U/L, F alcalina y LDH normales. Serología para virus de la hepatitis A y C: negativos, virus B: AntiHbc positivo; Hbs Ag, Ac HBc IgM y Hbe Ag: negativos, DNA del virus B; negativo. Fe 210 microgr/dl, Ferritina 1050 ng/ml. Colesterol 225 mg/dl. Mutación del

gen C282Y: homocigoto. Gastroscopia: sin alteraciones hasta segunda porción duodenal. Ecografía abdominal: hígado con aumento de tamaño y ecogenicidad discretamente aumentada. ¿Qué actitud terapéutica piensa que se debe realizar?:

1. Interferon.
2. Quelantes del Fe.
3. Lamivudina.
4. Sangrias periódicas.
5. D penicilamina.

11. Un tumor de la bifurcación de los conductos biliares principales (t. de Klatskin), se asocia con los siguientes hechos, EXCEPTO:

1. Ictericia indolora.
2. Prurito.
3. Acolia.
4. Distensión vesicular.
5. Hepatomegalia.

12. Paciente de 53 años con antecedentes de cirrosis hepática por virus de la hepatitis C con varices esofágicas de gran tamaño en profilaxis primaria con propranolol. Ascitis bien controlada con diuréticos distales (espirolactona). En una revisión ecográfica se detecta la presencia de una lesión focal de 4 cm; en una tomografía computarizada se confirma la presencia de esta lesión con un patrón hipervascular y lavado venoso precoz. No existe invasión de vasos portales. La alfafetoproteína es de 400 ng/ml. Señale cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA:

1. El patrón hipervascular es característico de angioma, por lo que no es precisa la realización de nuevas exploraciones.
2. Los hallazgos son muy sugerentes de carcinoma hepatocelular.
3. Dado que la presencia de varices y ascitis indican la presencia de hipertensión portal significativa, la resección de la lesión no es aconsejable.
4. El trasplante hepático es una opción terapéutica en este paciente.
5. La ausencia de invasión vascular es un signo de buen pronóstico.

13. Mujer de 73 años que empieza con cuadro de escalofríos, fiebre de 39°C, ictericia y dolor en hipocondrio derecho. Ecografía: vía biliar dilatada y cálculo en colédoco. Se hacen hemocultivos y se inicia tratamiento antibiótico. ¿Qué germen es el menos necesario que quede cubierto por los antibióticos en espera del resultado del cultivo?:

1. Estafilococo aureus.
2. Escherichia coli.
3. Bacteroides.

4. Enterococo.
 5. Klebsiella.
14. **¿Cuál de los siguientes hallazgos podría reducir de manera falsa los niveles de amilasa en un paciente con pancreatitis aguda?:**
1. Hipocalcemia.
 2. Hipomagnesemia.
 3. Hipercolesterolemia.
 4. Hipertrigliceridemia.
 5. Hipopotasemia.
15. **Una paciente de 50 años de edad ingresa en el hospital por un episodio de pancreatitis aguda litiasica. Seis meses más tarde la paciente está asintomática y en la ecografía abdominal se aprecia un pseudoquistes pancreático de 6 cm de diámetro. ¿Cuál de las siguientes opciones terapéuticas aconsejaría?:**
1. Punción drenaje del pseudoquistes.
 2. Resección quirúrgica
 3. Antibioterapia de amplio espectro durante 10 días y volver a realizar una ecografía abdominal para plantear la posibilidad del drenaje del pseudoquistes.
 4. Actitud expectante.
 5. Solicitaría un TAC abdominal con contraste para descartar la existencia de comunicación con el conducto pancreático.
16. **Mujer de 75 años de edad con HTA controlada, hipercolesterolemia, que 2 años antes el inicio del cuadro actual fue estudiada por presentar un cuadro de diarreas y se realizó Enema Opaca, que no mostró alteraciones y posteriormente, colonoscopia: hasta ciego no se ven alteraciones de la mucosa. En la actualidad acude al Servicio de Urgencias con un cuadro de dolor abdominal, más intenso en hemiabdomen izqdo. con malestar general, sudoración y emisión de sangre roja franca por ano. En la exploración física destaca el abdomen doloroso, con leve distensión y el tacto rectal muestra restos hemáticos. Presenta Hto. 36%, Hb 11,7 g/dl, VCM 78 fl, urea 55, creatinina 1,1 mg/dl. Se realiza colonoscopia. ¿Cuál considera que es el diagnóstico más probable?:**
1. Cáncer de colon.
 2. Colitis ulcerosa.
 3. Colitis pseudomembranosa.
 4. Colitis actínica.
 5. Colitis isquémica.
17. **De las siguientes afirmaciones sobre la isquemia mesentérica aguda, señale la INCORRECTA:**
1. La causa más frecuente es un émbolo cardiogénico.
 2. La embolia suele ser distal al origen de la arteria mesentérica superior.
 3. La trombosis venosa es de difícil diagnóstico precoz.
 4. La isquemia no oclusiva tiene el mejor pronóstico.
 5. La cirugía precoz ofrece la mejor oportunidad de tratamiento eficaz.
18. **Un paciente acude al Servicio de Urgencias por dolor y distensión abdominal. Se encuentra como causa una obstrucción intestinal tumoral. ¿En qué lugar del tracto digestivo se localiza con mayor probabilidad el tumor responsable de la obstrucción?:**
1. Estómago.
 2. Ciego.
 3. Colon ascendente.
 4. Colon descendente.
 5. Recto.
19. **Paciente varón de 62 años de edad, diagnosticado desde hace 2 años de hemorroides, tratado con pomadas y modificaciones alimentarias. Desde hace 2 meses se le prolapsan y tiene que reducirlas manualmente. ¿Qué grado de hemorroides presenta ahora?:**
1. Primer grado.
 2. Segundo grado.
 3. Tercer grado.
 4. Cuarto grado.
 5. Quinto grado.
20. **Un paciente afecto de poliposis adenomatosa familiar de colon y recto tiene más posibilidades que la población normal de sufrir un cáncer en las siguientes localizaciones menos en una:**
1. Cáncer de colon y recto.
 2. Cáncer duodenal o periampular.
 3. Cáncer de tiroides.
 4. Cáncer de páncreas.
 5. Cáncer de pulmón.
21. **Las infecciones quirúrgicas forman parte de las más frecuentes infecciones nosocomiales, provocando un incremento notable de la morbimortalidad y de los costos asistenciales y sociales de los pacientes. Hay algunas medidas que consiguen reducir estas infecciones. Indique cuál es la más eficiente, es decir la que con un menor costo consigue una mayor reducción de las infecciones y que por ello figura en primer lugar en la mayoría de los textos actuales, tanto para médicos generales como para médicos especialistas:**
1. Nutrir al enfermo adecuadamente, ingresándolo para un mejor control en el hospital tres días antes de la intervención.
 2. Darle antibióticos profilácticos de bajo coste.
 3. Evitar las transfusiones.
 4. Reducir todo lo posible la estancia preoperatoria.

ria del enfermo, ingresándolo el mismo día de la intervención o, todo lo más, la tarde anterior.

5. Elegir a un cirujano rápido.

22. Una de las siguientes afirmaciones NO es correcta con respecto al diagnóstico del abdomen agudo:

1. La radiología simple de abdomen permite visualizar la presencia de gas en vasos portales o mesentéricos y en localización retroperitoneal.
2. La TAC ha contribuido a mejorar la localización anatómica de las lesiones causantes del abdomen agudo frente a la exploración clínica y la ecografía.
3. La TAC ha demostrado ser útil en el diagnóstico de la apendicitis aguda.
4. La ecografía no permite valorar adecuadamente los vasos ni las lesiones retroperitoneales.
5. En el estudio del abdomen agudo la TAC ha demostrado ser más eficaz que la ecografía para valorar las lesiones del páncreas y sus complicaciones.

23. Puede auscultarse un tercer tono fisiológico en todas excepto una de las siguientes circunstancias:

1. En adultos jóvenes, fuertes, sanos.
2. En atletas.
3. En mujeres gestantes.
4. En pacientes mixedematosos.
5. En pacientes con enfermedades febriles.

24. Un paciente de 76 años, presentó un infarto de miocardio complicado hace 6 meses. Actualmente permanece estable con disnea de grado III. Ha sido tratado con medidas generales, AAS, IECAS, Betabloqueantes y estatinas, con buena adherencia terapéutica. El trazado ECG muestra Elevación del segmento ST de V1 a V4 puede sugerir la presencia de:

1. Trastorno avanzado de conducción ventricular.
2. Pre excitación.
3. Aneurisma ventricular.
4. Comunicación interauricular.
5. Intoxicación por betabloqueantes.

25. En un paciente con IC por cardiopatía isquémica crónica post infarto y disfunción sistólica, ¿cuál de las siguientes NO considera una contraindicación absoluta para la introducción de betabloqueantes?:

1. Insuficiencia cardiaca inestable.
2. Enfermedad pulmonar crónica.
3. Bloqueo A-V avanzado.
4. Bradicardia sintomática.
5. Broncoespasmo.

26. ¿En cuál de estos pacientes NO se recomienda anticoagulación prolongada?:

1. Hombre de 55 años sin cardiopatía, con fibrilación auricular crónica.
2. Mujer de 75 años con fibrilación auricular paroxística y antecedentes de hipertensión.
3. Mujer de 45 años con estenosis mitral (área valvular por ecocardiograma de 1.8 cm²) con fibrilación auricular paroxística.
4. Hombre de 60 años con antecedentes de accidente cerebrovascular y fibrilación auricular paroxística controlada con fármacos antiarrítmicos.
5. Mujer de 60 años con fibrilación auricular crónica y prótesis valvular mecánica en posición aórtica.

27. Paciente de 50 años con episodios recurrentes de dolor precordial en la última semana, motivo por el que acude al servicio de urgencias de un hospital comarcal que no tiene laboratorio de hemodinámica. El electrocardiograma muestra descenso transitorio del segmento ST durante uno de los episodios de dolor y la primera determinación analítica muestra valores de troponina I de 2,35 ng/mL (rango normal del laboratorio 0.00-0.20 ng/mL). ¿Cuál de las siguientes pautas de tratamiento antitrombótico le parece más adecuada?:

1. Aspirina y acenocumarol.
2. Aspirina y heparina.
3. Aspirina, clopidogrel, heparina y un inhibidor de la GP IIb/IIIa.
4. Aspirina, heparina y bivaluridina.
5. Con un inhibidor de la GP IIb/IIIa es suficiente.

28. ¿Qué entendemos por estrategia conservadora en el manejo de los síndromes coronarios agudos sin elevación del segmento ST?:

1. Realización de una prueba de esfuerzo en todos los pacientes después de la coronariografía.
2. Administración de tratamiento antiisquémico y antitrombótico, y sólo si reaparecen los síntomas o los cambios del electrocardiograma, o si hay signos de isquemia en la prueba de esfuerzo, realizar una coronariografía.
3. Realización de una prueba de esfuerzo y, sólo si ésta es negativa realizar una coronariografía después de 48 horas.
4. Administración de tratamiento antiisquémico y antitrombótico, y coronariografía en todos los pacientes en las primeras 48 horas de evolución del cuadro clínico.
5. Realización de una coronariografía en todos los pacientes después de la primera semana de ingreso.

29. **La indicación para el implante de un Desfibrilador Automático es correcta en todos MENOS UNO de los siguientes supuestos:**
1. Fibrilación Ventricular en paciente con Infarto de Miocardio previo.
 2. Fibrilación Ventricular en paciente con Infarto Agudo de Miocardio.
 3. Fibrilación Ventricular en el seno de una Miocardiopatía.
 4. Paciente de alto riesgo arritmico en una familia con canalopatía.
 5. Síncope de origen no filiado en paciente con arritmias ventriculares malignas inducibles en el Laboratorio de Electrofisiología.
30. **Referente a las extrasístoles ventriculares señale la respuesta correcta:**
1. Es una arritmia que se observa en menos del 30% de los varones adultos.
 2. Esta arritmia, tiene mayor importancia pronóstica que la fracción de eyección ventricular izquierda.
 3. Cuando aparecen en un Holter, obligan a ser tratadas de inmediato con fármacos antiarrítmicos.
 4. En pacientes con infarto previo y disfunción ventricular izquierda, si son frecuentes (> 10/hora) empeoran el pronóstico.
 5. En pacientes con infarto previo, si son sintomáticas, el fármaco de elección es la flecainida por vía oral.
31. **Varón de 65 años que acude al servicio de urgencias tras un episodio de dolor retroesternal que apareció mientras dormía y le duró 40 minutos. La exploración física es normal y el electrocardiograma realizado sin dolor no muestra alteraciones significativas. La primera determinación de troponina I es de 0.02 ng/mL y a las 6 horas de 1.87 ng/mL (rango normal del laboratorio 0.00-0.20 ng/mL). ¿Cuál sería su recomendación en ese momento?:**
1. Administrar ceftriaxona y repetir la determinación de troponina.
 2. Practicar una prueba de esfuerzo y decidir.
 3. Dar de alta al paciente.
 4. Enviar al paciente a las consultas de cardiología.
 5. Hospitalizar al paciente.
32. **El tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial en pacientes con Insuficiencia renal crónica tiene como pilar fundamental:**
1. La disminución de la proteinuria con Inhibidores de la ECA y ácido acetil salicílico.
 2. El control de la volemia con restricción de sal y diuréticos.
 3. La disminución de la precarga con nitratos.
 4. La disminución de la precarga con inhibidores de la ECA.
5. La acción de vasodilatadores y potentes como la Hidralacina.
33. **¿Cuál es el tratamiento de elección de la estenosis aórtica sintomática?:**
1. Comisurotomía.
 2. Dilatación con balón.
 3. Sustitución de la válvula.
 4. Cateterismo y endoprótesis.
 5. Trasplante cardíaco.
34. **Paciente varón de 46 años que ingresa con intenso dolor precordial y elevación persistente del segmento ST en derivaciones II, III y aVF, se administra tratamiento trombolítico y en las horas siguientes presenta distensión venosa yugular, signo de Kussmaul, hepatomegalia, tensión arterial sistólica de 70 mmHg y auscultación pulmonar normal. ¿Cuál de los siguientes es el diagnóstico más probable?:**
1. Ritmo idioventricular acelerado.
 2. Síndrome de Dressler.
 3. Rotura de un músculo papilar.
 4. Aneurisma gigante ventricular.
 5. Infarto de ventrículo derecho.
35. **Una de las siguientes afirmaciones sobre el aneurisma de la aorta torácica NO es correcta:**
1. Los aneurismas no disecantes asintomáticos tienen una probabilidad de rotura a los 5 años menor del 5 por ciento.
 2. Las mujeres presentan aneurismas en edad superior a los hombres.
 3. La mayor edad se asocia a un mayor riesgo de rotura.
 4. Pueden producir disfonía.
 5. El tamaño mayor se asocia a mayor posibilidad de rotura.
36. **Un hombre de 52 años de edad es valorado porque tiene una pierna caliente, hinchada e historia de traumatismo en dicha pierna, hace dos semanas, mientras se encontraba de viaje. Ya tuvo dolor en la pierna durante el viaje en avión de regreso a su domicilio. Padece de hipertensión arterial que trata con metoprolol. No toma otros medicamentos. No fuma. No tiene antecedentes familiares de enfermedad tromboembólica. El Doppler de la pierna muestra un trombo de la vena poplítea. ¿Cuál de las siguientes pautas de duración del tratamiento anticoagulante es la más adecuada para este paciente?:**
1. 1 mes.
 2. 2 meses.
 3. 6 meses.
 4. 2 años.
 5. Toda la vida.

37. Señala la opción FALSA en relación a la pericardiectomía quirúrgica:
1. La indicación más frecuente es la pericarditis constrictiva.
 2. La vía de acceso es por esternotomía o toracotomía anterior.
 3. El cortocircuito (by pass) cardiopulmonar es necesario y no se asocia a riesgo hemorrágico mayor.
 4. La mortalidad quirúrgica está en relación con la clase funcional preoperatoria.
 5. Debe extirparse el pericardio comprendido entre ambos nervios frénicos.
38. ¿Cuál de los siguientes hallazgos NO es un signo de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), obligando su detección a descartar otros procesos?:
1. Espiración alargada.
 2. Cianosis.
 3. Acropaquias.
 4. Disminución del murmullo vesicular.
 5. Edemas periféricos.
39. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO es apropiada en lo referente a insuficiencia respiratoria en una paciente con patología neuromuscular?:
1. Una capacidad vital, en decúbito supino, normal excluye debilidad muscular clínicamente significativa.
 2. El defecto típico es reducción en la capacidad pulmonar total y la capacidad vital forzada con aumento del volumen residual.
 3. La constante de difusión (KCO) puede estar aumentada.
 4. La habilidad de toser requiere una fuerza muscular suficiente y es crucial para prevenir infecciones.
 5. En caso de fallo agudo debemos tratar conservadoramente al paciente hasta que la gasometría muestre hipercarbia.
40. Un paciente afecto de EPOC, estable clínicamente, presenta disnea de pequeños-medianos esfuerzos y aporta las siguientes pruebas: FEV₁, 29% (prueba broncodilatadora, +25%); FVC, 66%; FEV₁/FVC, 35%, PaO₂, 63 mmHg; PaCO₂, 45 mmHg; pH, 7,39, al ser visitado ambulatoriamente. Ha ingresado en 5 ocasiones por episodios de exacerbación de EPOC en los últimos 2 años. ¿Cuál es el tratamiento regular más aconsejable?:
1. Formoterol y salmeterol/fluticasona, pautados de forma continua, y salbutamol a demanda, porque el paciente presenta una buena respuesta broncodilatadora.
 2. Bromuro de tiotropio y budesonida/formo-
- terol, pautados de forma continua, y salbutamol con o sin bromuro de ipratropio, de rescate, y rehabilitación respiratoria, dada la gravedad clínico-funcional y el antecedente de exacerbaciones repetidas.
3. Xinafoato de salmeterol y formoterol/budesonida, pautados de forma continua, y salbutamol de rescate, con oxigenoterapia continua porque el paciente muy posiblemente presente hipoxemia arterial al esfuerzo.
 4. Bromuro de tiotropio, salmeterol/fluticasona, pautados de forma continua, y terbutalina de rescate, al margen de su hiperreactividad bronquial, con sesiones de ventilación mecánica no invasiva ambulatoria (2 horas 3 veces por semana).
 5. Bromuro de tiotropio y budesonida/formoterol, pautados de forma continua, salbutamol de rescate, n-acetil cisteína y antibioterapia intermitente con levofloxacino.
41. Un paciente con tos nocturna, en el que se sospecha la existencia de asma bronquial, presenta en la espirometría basal un volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV₁) del 68% del valor predicho. ¿Cuál es la siguiente prueba a realizar para establecer el diagnóstico de asma?:
1. Gasometría arterial.
 2. Espirometría repetida después de la administración de un agonista B2-adrenérgico de acción corta en inhalación.
 3. Prueba de provocación bronquial con histamina o metacolina.
 4. Determinación de la inmunoglobulina E sérica.
 5. Estudio del porcentaje de eosinófilos en el esputo.
42. Un paciente presenta disnea para moderados esfuerzos, tos, producción de esputo y signos de insuficiencia cardiaca derecha. Se le realiza una espirometría en la que se obtiene un volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV₁) del 45% del valor predicho, y una relación FEV₁/capacidad vital forzada (FVC) de 0,56. ¿Qué grado de obstrucción presenta según la iniciativa Gold?:
1. Grado 0.
 2. Grado I.
 3. Grado II.
 4. Grado III.
 5. Grado IV.
43. Hombre de 30 años de edad que presenta un cuadro de dos meses de evolución compuesto de tos con escasa expectoración, disnea especialmente por la noche y febrícula de 37,6°. La radiografía de tórax muestra un patrón reticular que afecta ambas bases. El enfermo tiene palomas y periquitos. ¿Qué aparecerá en el

lavado broncoalveolar?:

1. Aumento de linfocitos T supresores (CD8).
2. Aumento de linfocitos T colaboradores (CD4).
3. Predominio evidente de eosinófilos.
4. Aumento de macrófagos.
5. Disminución de neutrófilos.

44. Un paciente con SAHOS (síndrome de apnea e hipopnea obstructiva del sueño) y somnolencia diurna grave se sometió a una titulación satisfactoria de CPAP (presión positiva continua en la vía aérea) nasal en el laboratorio de sueño con una presión óptima de 10 cm de H₂O. La evaluación subjetiva del paciente respecto a la CPAP fue positiva. ¿Cuál de los siguientes enunciados NO cabe esperar que ocurra como consecuencia del tratamiento con CPAP?:

1. Las apneas e hipopneas nocturna desaparecen cuando se utiliza la CPAP nasal.
2. La somnolencia y el cansancio diurno experimentarán una mejoría.
3. Se producirá un aumento del FEV1.
4. La oxigenación durante el sueño mejorará.
5. La frecuencia de los despertares breves y los cambios de fase de sueño disminuirán.

45. Una enfermedad infiltrativa difusa pulmonar, con predominio de las lesiones en los campos superiores, sugiere cualquiera de las siguientes posibilidades diagnósticas, MENOS UNA. ¿Cuál es ésta?:

1. Silicosis.
2. Tuberculosis.
3. Histocitosis de células de Langermans.
4. Sarcoidosis.
5. Asbestosis.

46. En un paciente asmático la radiografía de tórax presenta opacidades “en dedo de guante” e imágenes radiolúcidas, alargadas o circulares, bien delimitadas por paredes finas, asociadas a infiltrados alveolares, de distribución predominantemente subpleural, y bandas atelectásicas focales. Ud. sospecharía en primer lugar el siguiente proceso:

1. Granulomatosis alérgica de Churg y Strauss.
2. Neumonía eosinofílica crónica.
3. Aspergilosis broncopulmonar alérgica.
4. Asma bronquial extrínseco agudizado.
5. Fibrosis quística.

47. El síndrome de “distress” respiratorio del adulto se caracteriza por los siguientes hallazgos:

1. Hiperpermeabilidad alveolo-capilar, infiltrados pulmonares difusos e insuficiencia respiratoria aguda.
2. Insuficiencia respiratoria crónica agudizada,

aumento de la distensibilidad pulmonar y edema agudo de pulmón hemodinámico.

3. Hipercapnia, infiltrados pulmonares difusos e insuficiencia cardíaca izquierda.
4. Hiperpermeabilidad alveolo-capilar, edema agudo de pulmón cardiogénico y aumento de la presión de enclavamiento capilar pulmonar.
5. Aumento de la presión de enclavamiento capilar pulmonar, anuria y aumento de la distensibilidad pulmonar.

48. ¿Cuál de las siguientes es la lesión benigna más frecuente en costilla?:

1. Displasia fibrosa.
2. Granuloma eosinófilo.
3. Defecto cortical benigno.
4. Encondroma.
5. Tumor desmoide.

49. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones relacionadas con la valoración y cuidados perioperatorios del paciente sometido a cirugía de resección pulmonar NO es cierta?:

1. El tabaquismo, la incisión toracotómica y el dolor contribuyen en la hipoventilación y atelectasias postoperatoria.
2. Toleran mejor esta cirugía los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva que aquellos que presentan trastornos restrictivos.
3. Si el FEV1 (volumen espirado forzado en un segundo) postoperatorio predecible es menor o igual que 800cc, el riesgo de padecer complicaciones pulmonares es muy elevado y contraindica la cirugía de resección pulmonar.
4. Es de vital importancia en el devenir del postoperatorio la fisioterapia respiratoria pre y postoperatoria así como la deambulación precoz.
5. La prueba de esfuerzo cardiopulmonar no ayuda a definir la función pulmonar postoperatoria.

50. Un hombre de 32 años consulta por cuadro, de dos semanas de evolución, de fiebre y dolor en el costado izquierdo. La auscultación pulmonar muestra disminución del murmullo vesicular en la base izquierda, y la radiografía de tórax muestra la existencia de derrame pleural izquierdo. ¿Cuál de los siguientes hallazgos en el análisis del líquido pleural sería más probable encontrar en caso de tratarse de una tuberculosis pleural?:

1. Relación proteínas en líquido pleural/proteínas en suero menor de 0,5.
2. Presencia de bacilos ácido-alcohol resistentes en el frotis directo.
3. Abundantes células mesoteliales.
4. Recuento de leucocitos inferior a 100 celular/ml.
5. Niveles de adenosíndeaminasa (ADA) mayor

de 45 UI/litro.

51. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO estima correcta acerca del chilotórax?:

1. La anatomía del conducto torácico es prácticamente constante por lo que el tratamiento habitual consiste en el cierre quirúrgico de la fuga.
2. Las causas más frecuentes son las neoplásicas y los traumatismos.
3. Es la causa más frecuente de derrame pleural en el neonato.
4. Uno de los criterios diagnósticos más fiables es el índice Colesterol/Triglicéridos < 1 en el líquido pleural.
5. Aunque su efectividad es escasa, entre las medidas terapéuticas utilizadas se encuentra la administración de una dieta pobre en grasas y con suplementos de triglicéridos de cadena media.

52. ¿Cuál de los siguientes rasgos es característico de los signos extrapiramidales de la Enfermedad de Parkinson?:

1. La escasa o nula respuesta a la L-Dopa en fases incipientes.
2. La instauración relativamente rápida.
3. La asimetría.
4. Su asociación con temblor cefálico.
5. Su asociación con piramidalismo.

53. Hombre de 50 años que acude a urgencias por cuadro brusco de cefalea, náuseas, y pérdida de visión del ojo derecho. A la exploración destaca amaurosis del ojo derecho, defecto del campo temporal del ojo izdo. y paresia del tercer par craneal derecho. El diagnóstico más probable es:

1. Hemorragia subaracnoidea por rotura de aneurisma de arteria cerebral media derecha.
2. Apoplejía hipofisaria.
3. Accidente vascular cerebral isquémico en territorio vertebrobasilar.
4. Arteritis de la temporal (Horton).
5. Meningioma del agujero óptico.

54. Mujer de 40 años diagnosticado de esclerosis múltiple hace 15 años y que continúa presentando brotes de su enfermedad con secuelas progresivas neurológicas. ¿Qué tratamiento en la actualidad NO estaría indicado en el paciente por falta de eficacia?:

1. Ciclosporina.
2. Mitoxantrona.
3. Interferon beta 1 a.
4. Rehabilitación.
5. Interferon beta 1 b.

55. Muchos adultos y ancianos refieren en la con-

sulta médica quejas de fallos de memoria que no se acompañan de defectos en sus actividades cotidianas. Estas quejas:

1. Son un buen indicador de deterioro cognitivo.
2. Tienen una alta correlación con el rendimiento en las pruebas neuropsicológicas.
3. Tienen más correlación con el estado emocional que con el rendimiento en las pruebas neuropsicológicas.
4. Son factor de riesgo en demencia en los jóvenes pero no en los ancianos.
5. Mejoran sustancialmente con anticolinesterásicos.

56. Hombre de 30 años ex adicto a drogas vía parenteral y sin otros antecedentes que consulta por cuadro de curso progresivo y subagudo de deterioro cognitivo presentando en el estudio de resonancia magnética lesiones multifocales en sustancia blanca frontal izquierda, periventricular derecha y occipital derecha no captantes de contraste. Indique la afirmación correcta:

1. Se debería realizar un estudio electroencefalo-gráfico y una determinación en LCR de proteína 14-3-3 para descartar una enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.
2. Estaría indicada una punción lumbar solicitando serología en líquido cefalorraquídeo para toxoplasma.
3. Se debería realizar serología VIH y punción lumbar para realización de PCR (reacción en cadena de la polimerasa) de papovavirus JC.
4. Lo más probable es una meningitis tuberculosa y se debería iniciar tratamiento urgente con rifampicina, piracinamida y etambutol.
5. Es poco probable que se trate de una leucoencefalopatía multifocal progresiva al no captar contraste las lesiones.

57. Mujer de 42 años sin antecedentes de interés que acude a urgencias refiriendo haber sufrido cefalea intensa de aparición súbita que persiste después de seis horas y no responde a los analgésicos habituales. En la exploración está afebril, consciente y orientada, sin signos de focalidad neurológica, destacando sólo una discreta rigidez nuchal. La presión arterial es de 15/8. Se realiza TC craneal que resulta normal. ¿Cuál de las siguientes opciones es la primera a seguir?:

1. Practicar un estudio angiográfico cerebral.
2. Realizar punción lumbar.
3. Administrar una solución hiperosmolar para disminuir la presión intracraneal.
4. Observación clínica y repetición de la TC pasadas 24 horas.
5. Disminuir farmacológicamente la presión arterial.

58. Una de las siguientes enfermedades no suele

**cursar con parkinsonismo o síndrome rígido-
acinéutico, y no entra habitualmente en el
diagnóstico diferencial de la enfermedad de Par-
kinson idiopática:**

1. Parálisis supranuclear progresiva.
2. Hidrocefalia a presión normal.
3. Enfermedad por cuerpos de Lewy.
4. Enfermedad de Wilson.
5. Síndrome de Gilles de la Tourette.

**59. Mujer de 72 años que presenta desde hace 2
meses dolor paroxístico en el labio superior y
mejilla derechos. ¿Cuál de los siguientes datos
iría en CONTRA del diagnóstico de neuralgia
esencial de trigémino?:**

1. El dolor se irradia a veces a nivel retroauricu-
lar y nucal del mismo lado.
2. El dolor está ausente durante el sueño.
3. Mejoría del dolor con carbamacepina.
4. La masticación desencadena a veces el dolor.
5. La exploración de los pares craneales es nor-
mal.

**60. Hombre de 24 años con antecedentes de gas-
troenteritis aguda tres semanas antes, que con-
sulta por pérdida progresiva de fuerza en 4
miembros de 3 días de evolución habiéndose
iniciado a nivel distal en miembros inferiores
asociando parestesias en manos y pies. A la
exploración presentaba tetraparesia de predom-
inio en miembros inferiores, arreflexia uni-
versal y ausencia de signos piramidales. ¿Qué
resultados NO esperaría encontrar en el estudio
diagnóstico realizado a este paciente?:**

1. Estudio electroneurográfico compatible con
polineuropatía desmielinizante.
2. Bioquímica de líquido cefalorraquídeo con
250 células con 90% de mononucleares e
hiperproteinorraquia.
3. Determinación de anticuerpos antigangliosi-
dos Anti-GM1 de clase IgG positivos.
4. Resonancia magnética nuclear craneal normal.
5. Potenciales de denervación en el estudio elec-
tromiográfico.

**61. Mujer de 18 años con antecedentes de meningi-
tis al año de vida que cursó con crisis convulsi-
vas; a la edad de 16 años empieza a presentar
episodios de presentación plurimensual de des-
conexión del medio precedidos de una sensación
epigástrica ascendente. Durante la fase de des-
conexión realiza movimientos automáticos con
la boca y con miembro superior derecho y
adopta una actitud distónica del miembro supe-
rior izquierdo, respondiendo de forma incohe-
rente a las preguntas. Estos episodios duran
aproximadamente un minuto y posteriormente
presenta hipersomnolia. Indique la respuesta
correcta:**

1. El paciente presenta crisis parciales complejas
con semiología automotora características del
lóbulo temporal medial.
2. Los cuadros descritos son muy sugestivos de
crisis parciales complejas de origen frontal.
3. El paciente presenta un síndrome de ausencias
juveniles.
4. Las crisis son las características de una epilep-
sia mioclónica juvenil.
5. El paciente presenta crisis parciales complejas
con semiología automotora características del
lóbulo temporal lateral.

**62. Un hombre de 80 años refiere desde hace nueve
meses dolor intermitente en piernas y parestesias
que aparecen después de caminar 100-200
metros. Los síntomas comienzan en las zonas
distales de las extremidades inferiores, ascien-
den a los glúteos y se acompañan de dolor lum-
bar. Los episodios son más frecuentes cuando
camina cuesta abajo que cuesta arriba y se
alivia al sentarse o ponerse en cuclillas o flexio-
nándose hacia delante mientras sigue caminan-
do. La exploración neurológica es normal.
¿Cuál de los siguientes diagnósticos es el más
probable?:**

1. Disco torácico herniado.
2. Estenosis espinal lumbar.
3. Estenosis de la arteria iliaca.
4. Miastenia gravis.
5. Neuropatía periférica desmielinizante.

**63. Indique cuál de las siguientes son las lesiones
expansivas más frecuentemente halladas en el
ángulo pontocerebeloso:**

1. Metástasis, gliomas y ependimomas.
2. Ependimoma, meningioma y osteoma.
3. Neurinoma (schwannoma), meningioma y
tumor epidermoide.
4. Granuloma de colesterol y neurinoma
(schwannoma).
5. Quiste aracnoideo y cordoma.

**64. Paciente de 25 años, que sufrió un traumatismo
craneoencefálico de alta energía, ingresó en el
hospital en coma con una valoración en la esca-
la de Glasgow de 5 puntos. Se realizaron diver-
sos TAC cerebrales que fueron informados
repetidamente como normales. Un RNM reali-
zado al cabo de una semana del accidente dete-
tó una zona de contusión hemorrágica a nivel
del esplenio del cuerpo caloso. Al cabo de un
mes del traumatismo, la situación del paciente
persistía inmodificada, con una puntuación de 5
puntos de Glasgow presentando diversos episo-
dios de hiperhidrosis e hiperpirexia, y no dete-
ctándose otras lesiones que la citada en sucesivos
controles radiológicos:**

1. La causa más frecuente de coma mantenido en
un traumático craneal es el status epiletico y

- debería iniciarse tratamiento para ello.
2. Creo que la situación clínica del paciente obedece a causas no neurológicas.
 3. Creo que el paciente presenta una lesión axonal difusa.
 4. Es imposible que un paciente en coma presente una TAC normal.
 5. Debería procederse a la evacuación quirúrgica de la lesión de cuerpo caloso.
- 65. Un de las siguientes NO es causa de hipertiroidismo por hiperfunción glandular del tiroides:**
1. Tumor trofoblástico.
 2. Tumor productor de TSH.
 3. Tiroiditis crónica.
 4. Enfermedad de Graves Basedow.
 5. Adenoma tóxico.
- 66. El bocio nodular tóxico:**
1. Es más frecuente en las zonas sin deficiencia de yodo.
 2. Se agrava tras iniciar campañas de yodación en áreas deficitarias de yodo.
 3. Es más frecuente en el sexo masculino.
 4. Es una lesión pre-maligna.
 5. Debe ser tratado preferentemente con fármacos antitiroideos.
- 67. En relación con la enfermedad de Addison, indique la respuesta correcta:**
1. La enfermedad de Addison de etiología autoinmune se asocia sistemáticamente a anemia perniciosa.
 2. La tuberculosis produce en sus etapas tardías agrandamiento de las glándulas adrenales.
 3. La hemorragia adrenal bilateral es una causa excepcional de enfermedad de Addison.
 4. La presencia de calcificaciones en las glándulas suprarrenales es sugestivo de tuberculosis.
 5. La enfermedad de Addison por metástasis en las glándulas suprarrenales es una situación frecuente.
- 68. Mujer de 40 años, con morfotipo Cushing, que presenta los siguientes datos hormonales: cortisol libre urinario elevado, ACTH plasmática; 100 pg/ml. (normal 30-60 pg/ml.), supresión con 8 mg. dexametasona: cortisol plasmático basal 25 ug/dl. post-dexametasona 8 ug/dl., cateterismo de senos petrosos cociente ACTH seno petroso/ACTH sangre periférica igual a 3,5. ¿Cuál es el diagnóstico?:**
1. Síndrome de Cushing por ACTH ectópico.
 2. Síndrome de Cushing por CRH ectópico.
 3. Microadenoma hipofisario productor de ACTH.
 4. Adenoma suprarrenal hiperfuncionante.
 5. Síndrome de Nelson.
- 69. En el síndrome de Ovario poliquístico se dan trastornos menstruales asociados a:**
1. Hipotiroidismo.
 2. Obesidad y resistencia insulínica.
 3. Tiroiditis autoinmune.
 4. Hiperfunción suprarrenal.
 5. Anemia ferropénica.
- 70. ¿Cuál de las siguientes alteraciones NO se dan en el Síndrome de Von Hippel-Lindau?:**
1. Hemangioblastomas cerebelosos.
 2. Quistes hepáticos y renales.
 3. Carcinomas renales.
 4. Hipotiroidismo autoinmune.
 5. Feocromocitomas.
- 71. ¿Cuál es la definición de intolerancia glucídica o tolerancia a la glucosa alterada?:**
1. Glucemia en ayunas entre 110 y 125 mg/dL.
 2. Glucemia tras sobrecarga oral de glucosa menor de 140 mg/dL.
 3. Glucemia tras sobrecarga oral de glucosa mayor de 200 mg/dL.
 4. Glucemia tras sobrecarga oral de glucosa entre 140 y 199 mg/dL.
 5. Glucemia en ayunas mayor de 125 mg/dL.
- 72. Con respecto la neuropatía diabética, una de estas afirmaciones es FALSA:**
1. La mononeuropatía craneal más frecuente es la afectación del VII par.
 2. En la afectación del III par craneal se suele conservar la motilidad pupilar.
 3. Una afectación frecuente es la presencia de "síndrome del túnel carpiano".
 4. El componente sensitivo es el más frecuente afectado en la polineuropatía diabética.
 5. La amiotrofia diabética puede acompañarse de un cuadro de caquexia.
- 73. Hombre de 50 años que consulta por presentar lesiones ampollosas y erosiones tras exposición solar. Señala que la orina, ocasionalmente, adquiere una tonalidad oscura. El laboratorio nos informa de la existencia de un discreto aumento de transaminasas, siendo la excreción urinaria de uroporfirina superior a 200 ug/l. Ante este cuadro el diagnóstico y tratamiento correcto es:**
1. Porfiria de Doss, debiendo indicar profilaxis con compuestos de plomo.
 2. Porfiria aguda intermitente, cuyas crisis se evitan con clorodiacepóxido.
 3. Porfiria cutánea tarda, siendo eficaz la cloroquina.
 4. Protoporfiria eritropoyética. Su tratamiento consiste en sangrías periódicas.
 5. Porfiria congénita de Günther. En algunas ocasiones son eficaces las tetraciclinas al ser

estos antibióticos excelentes protectores solares.

74. Un paciente de 62 años es visto en Urgencias por dolor lumbar de 2 meses de evolución y malestar general. Refiere cefaleas, visión borrosa, sed intensa y molestias digestivas. A la exploración física está deshidratado, con una TA de 180/105 mmHg, a 110 lpm. La analítica sanguínea muestra una hemoglobina de 9.5 g/dl, VSG 90, acidosis metabólica, creatinina 2.5 mg/dl, proteínas totales 10.2 con un pico monoclonal de IgG tipo λ , y una calcemia de 15 mg/dl. El tratamiento urgente de esta condición incluye el uso de esteroides, difosfonatos, expansión con suero salino y el uso de un diurético ¿cuál?:

1. Acetazolamida.
2. Amiloride.
3. Hidroclorotiazida.
4. Furosemida.
5. Clortalidona.

75. Está indicado conseguir un objetivo de LDL-colesterol < 100 mg/dl en todas la siguientes situaciones MENOS una:

1. Diabetes Mellitus tipo 2.
2. Varón de 45 años fumador con antecedentes de muerte súbita en su padre a los 60 años.
3. Antecedentes personales de coronariopatía.
4. Estenosis carotídea aterosclerótica > 50%.
5. Arteriopatía periférica.

76. Actualmente el diagnóstico de hipercolesterolemia familiar se basa en las características clínicas del paciente. Son criterios de certeza:

1. Concentraciones de colesterol entre 175-250 mg/dl, a expensas de HDL, un hermano/a afecto/a de hipercolesterolemia, presencia de xantomas o el 25% de los familiares de primer grado hipercolesterolémicos.
2. Concentraciones de colesterol superiores a 300 mg/dl a expensas de LDL, un progenitor afecto, presencia de xantomas o el 50% de los familiares de primer grado hipercolesterolémicos.
3. Colesterolemia superior a 300 mg/dl y antecedentes de accidentes vasculares encefálicos en un progenitor.
4. Colesterolemia superior a 300 mg/dl y criterios de cardiopatía isquémica en ambos progenitores.
5. Colesterolemia superior a 500 mg/dl, en más de dos familiares de primer grado junto con xantomas de hipotiroidismo.

77. Una paciente de 23 años de edad consulta por dolor articular en rodillas, tobillos, codos, muñecas y articulaciones pequeñas de las manos y de los pies de 4 meses de evolución, con una

rigidez matutina de 6 horas de duración. En la exploración se observa una poliartritis con derrame prominente en ambas rodillas y nódulos subcutáneos en los codos. En el estudio realizado presenta un aumento importante de la velocidad de sedimentación y la proteína C reactiva, factor reumatoide positivo, y varias erosiones radiológicas en los carpos. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?:

1. La artritis reumatoide es una enfermedad benigna por lo que debe iniciarse tratamiento rehabilitador, deben administrarse de forma secuencial e intermitente diferentes antiinflamatorios no esteroideos y reevaluar al paciente pasado un año.
2. No puede descartarse el desarrollo de un lupus eritematoso sistémico por lo que deben administrarse corticoides y antipalúdicos y realizar controles periódicos de hemograma, anticuerpos anti-ADN, orina y sedimento.
3. La artritis reumatoide es una enfermedad grave y debe tratarse inmediatamente con dosis bajas de corticoides, metotrexate o leflunomida. En caso de no obtenerse la remisión de la enfermedad debe realizarse un tratamiento combinado o iniciar la administración de agentes inhibidores de TNF-alfa.
4. La artritis reumatoide es una enfermedad grave y debe tratarse inmediatamente con dosis bajas de corticoides, metotrexate o leflunomida. En caso de no obtenerse la remisión de la enfermedad deben administrarse dosis altas de corticoides y tratamiento sintomático del dolor.
5. La paciente presenta una forma simétrica de espondiloartritis, probablemente una psoriasis por la detección de factor reumatoide, y basta con administrar antiinflamatorios no esteroideos. En caso de no obtenerse respuesta puede precisar anti-TNF-alfa.

78. En relación con las manifestaciones extraarticulares de la artritis reumatoide es FALSO que:

1. La atrofia muscular puede ser evidente a las pocas semanas del inicio de la artritis.
2. Los nódulos reumatoides suelen aparecer en más del 80% de los pacientes con artritis reumatoide activa.
3. Cuando existe derrame pleural, el líquido obtenido por toracocentesis contiene niveles bajos de glucosa incluso en ausencia de infección.
4. La pericarditis puede ser asintomática y se asocia con frecuencia a la aparición de derrame pleural.
5. Entre el 15 y 20% de los pacientes experimentan un síndrome de Sjögren con la consiguiente queratoconjuntivitis.

79. Acude a su consulta un enfermo de 28 años con un cuadro de 9 meses de evolución de dolor

lumbar bajo asociado a rigidez matutina de 60 minutos, que mejora con el ejercicio o la actividad. Hace unas semanas comenzó con dolor, tumefacción y limitación funcional en rodilla izquierda, tobillo derecho y “dedo en salchicha” en el tercer dedo de la mano derecha. Tras la toma de antiinflamatorios no esteroideos, ha mejorado sólo discretamente. En este momento, indique cuál de las siguientes afirmaciones es cierta:

1. La positividad del antígeno HLA-B27 hará seguro el diagnóstico de espondilitis anquilosante.
2. Los corticoides orales serán una parte importante del tratamiento en este paciente.
3. Una radiografía anteroposterior de pelvis y de columna lumbar aportará poco en este caso.
4. La sulfasalazina será una parte importante del tratamiento en este paciente.
5. La uveítis posterior es relativamente frecuente en el curso evolutivo de estos pacientes.

80. Acude al servicio de urgencias una mujer de 28 años, brasileña, con un cuadro de hemiparesia derecha de horas de evolución. Durante los últimos meses se había quejado de entumecimiento y sensación de cansancio en extremidades superiores durante su utilización. En la exploración destaca la auscultación de un soplo diastólico en foco aórtico y una disminución muy marcada de ambos pulsos radiales. En relación con la patología que podría padecer la paciente, una de las siguientes afirmaciones es FALSA:

1. Puede aparecer una diferencia mayor de 10 mm Hg al medir la tensión arterial entre ambos brazos.
2. El estudio complementario fundamental para el diagnóstico es la arteriografía.
3. Aunque es más frecuente en las razas orientales y en ciertos países de Sudamérica, se han descrito casos en todas las razas.
4. El tratamiento inicial recomendado consiste en la administración de prednisona a dosis de 1 mg/kg/día.
5. La afectación de las arterias coronarias es extremadamente frecuente.

81. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre los anticuerpos antinucleares es correcta?:

1. Los pacientes con lupus inducido por fármacos suelen tener anticuerpos anti-histonas y anti-DNA de doble cadena positivos.
2. Los anticuerpos anti-DNA de cadena única son específicos del lupus eritematoso diseminado.
3. El título de anticuerpos anti-DNA de doble cadena puede guardar correlación con la actividad de la glomerulonefritis lúpica.
4. La positividad de anticuerpos anti-Sm orienta

hacia el diagnóstico de lupus inducido por fármacos.

5. La positividad de los anticuerpos anti-centrómero prácticamente descarta el diagnóstico de esclerosis sistémica (esclerodermia).

82. En relación con el tratamiento de la artritis gotosa aguda, indique cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA:

1. A pesar de su gran eficacia, la colchicina produce efectos secundarios en el 80% de los pacientes.
2. Las inyecciones intraarticulares de glucocorticoides pueden ser útiles.
3. Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) deben mantenerse hasta 3 o 4 días después de la desaparición de todos los signos inflamatorios.
4. Si existe hiperuricemia asociada, debe iniciarse tratamiento con alopurinol sin esperar a la resolución del episodio agudo, para prevenir así futuros ataques de gota.
5. Una alternativa a la colchicina y los AINE es emplear glucocorticoides a dosis bajas.

83. ¿Qué características definen mejor el líquido sinovial en la artritis bacteriana aguda?:

1. Viscosidad alta, leucocitosis $<2000/\mu\text{L}$ de predominio polimorfonuclear, cristales de pirofosfato.
2. Viscosidad alta, leucocitosis $<2000/\mu\text{L}$ de predominio polimorfonuclear, cristales de ácido úrico.
3. Viscosidad baja, leucocitosis $>50000/\mu\text{L}$ de predominio polimorfonuclear, ausencia de cristales.
4. Viscosidad baja, linfocitosis, ausencia de cristales.
5. Viscosidad alta, leucocitosis $>50000/\mu\text{L}$ de predominio polimorfonuclear, ausencia de cristales.

84. Acude a nuestra consulta un paciente de 78 años aquejado de dolor en rodilla izquierda desde hace dos semanas, sin antecedente de traumatismo. El dolor aumenta al poco tiempo de iniciada la marcha y cede con el reposo. Está diagnosticado de artrosis rotuliana bilateral desde hace varios años y no tiene otros antecedentes patológicos relevantes. En la exploración se observa que la movilidad articular está conservada y que es ligeramente dolorosa. No hay signos inflamatorios. ¿Cuál de las siguientes sería la conducta terapéutica inicial más correcta?:

1. Antiinflamatorios no esteroideos (AINE) orales con protección gástrica con ranitidina durante 7 días.
2. Inhibidores de la enzima ciclooxigenasa (Cox 2) durante 7 días.

3. Paracetamol 1 g cada 8 horas durante 7 días.
 4. Vendaje de la rodilla más AINE orales durante 7 días.
 5. Administrar una dosis intramuscular de corticoides depot.
- 85. Un obrero de la construcción de 30 años con antecedente de politraumatismo tras caída de un andamio, fractura vertebral de C6 y fractura del extremo distal del radio derecho. Refiere dolor, limitación de la movilidad y hormigueo en el 2 y 3 dedo de la mano derecha de predominio nocturno, que mejora durante el día. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos es el más probable?:**
1. Distrofia simpático refleja.
 2. Artrosis postraumática del carpo.
 3. Ruptura del tendón extensor del 2 y 3 dedo de la mano.
 4. Síndrome del túnel del carpo.
 5. Radiculalgia C5-C6.
- 86. Hombre de 22 años de edad que ha sufrido una fractura transversal cerrada de tercio medio de fémur derecho. ¿Cuál sería la conducta terapéutica?:**
1. Osteosíntesis con placa y tornillos.
 2. Osteosíntesis con clavo intramedular.
 3. Osteosíntesis con fijador externo.
 4. Osteosíntesis con injerto óseo.
 5. Tracción transequelética seguida de tratamiento funcional de la fractura.
- 87. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones referidas a la artrosis de cadera NO es cierta?:**
1. La relación hombre mujer es ligeramente superior en el hombre 2:1.
 2. Puede cursar con brotes de inflamación con dolor nocturno.
 3. La velocidad de sedimentación globular es inferior a 20 mm/h.
 4. Puede presentar pinzamiento articular asimétrico en cualquier zona de la articulación.
 5. El control del sobrepeso y la utilización de un bastón resulta útil para mejorar el dolor.
- 88. Un paciente varón de 60 años acude a urgencias por dolor en la rodilla, dificultad de flexión y ligero derrame. Comenta que hace unos días al ponerse de cuclillas notó un chasquido articular y un leve dolor. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:**
1. Necrosis del cóndilo femoral interno.
 2. Rotura del menisco externo.
 3. Rotura del menisco interno.
 4. Cuerpo libre intraarticular.
 5. Rotura del ligamento lateral interno.
- 89. Paciente de 20 años que presenta desde hace meses dolor persistente localizado en la región proximal de fémur izquierdo, que aumenta por la noche y cede con salicilatos. Acude a su médico y tras la realización de radiografía simple, gammagrafía ósea y tomografía axial computarizada lo diagnostica un tumor a nivel del cuello femoral izquierdo. ¿Cuál de los siguientes tumores presenta un cuadro clínico como el descrito?:**
1. Osteosarcoma.
 2. Encondroma.
 3. Osteoma Osteoide.
 4. Tumor de células gigantes.
 5. Displasia fibrosa.
- 90. Mujer de 54 años de edad con Hallux Valgus bilateral muy dolorosos y con metatarso varo >15°. ¿Cuál sería el tratamiento?:**
1. Simple resección de la exóstosis (exostectomía).
 2. Osteotomía del metatarso.
 3. Calzado ortopédico adecuado.
 4. Fisioterapia y ortesis digitales.
 5. Antiinflamatorios no esteroideos.
- 91. Un enfermo de 40 años que refleja dolor intenso a nivel de la región posterior del muslo y pierna derecha con reflejo Aquileo abolido el diagnóstico primero que habrá que pensar es:**
1. Hernia discal L5-S1.
 2. Fractura patológica L5.
 3. Metástasis L5.
 4. Discitis L3-L4.
 5. Tuberculosis L5-S1.
- 92. Paciente de 38 años que ingresa en el hospital tras presentar una fractura diafisaria de fémur derecho. Se coloca una tracción esquelética en espera de la intervención quirúrgica. En los días posteriores a su ingreso presenta una afectación de nivel de conciencia, un cuadro de insuficiencia respiratoria y se aprecian petequias a nivel de conjuntivas, tórax y axilas. ¿Qué complicación de tipo general, relacionada con el traumatismo, tiene?:**
1. Síndrome compartimental.
 2. Gangrena gaseosa.
 3. Tétanos.
 4. Embolia grasa.
 5. Tromboembolismo pulmonar.
- 93. La presencia de proteínas en la orina puede ser un marcador importante de enfermedad renal. Señale la respuesta INCORRECTA:**
1. La excreción urinaria de proteínas, superior a 3 g/24 horas supone en la práctica, que exista afectación glomerular.
 2. La rara presencia de Proteinuria selectiva

(IgG/albumina L <0.1) implica un mal pronóstico en la nefritis de cambios mínimos.

3. La presencia en la orina de proteínas de bajo peso molecular, de forma aislada, sugiere afectación tubular renal.
4. La microalbuminuria es factor pronóstico de la nefropatía diabética.
5. La proteína de Taum-Horsfall se compone de mucoproteínas secretadas por las células tubulares.

94. El uso mantenido de acetazolamida, tiazidas o amiloride puede causar hiponatremia. Sin embargo, es más raro ver hiponatremia durante el uso de furosemida ¿por qué?:

1. Porque la pérdida de sodio es menor con furosemida.
2. Porque furosemida interfiere con la reabsorción de agua.
3. Porque furosemida se administra siempre con suero salino o suplementos de sal.
4. En realidad, la furosemida causa mayor hiponatremia que las tiazidas o el amiloride, pero se compensa.
5. Porque acetazolamida, tiazidas y amiloride causan sed, pero furosemida no.

95. Para diferenciar una insuficiencia renal prerenal de una insuficiencia renal intrínseca tenemos los siguientes indicadores SALVO:

1. Fracción de excreción de sodio menor de 1.
2. Concentración de sodio urinario menor de 10.
3. Una relación entre el nitrógeno ureico urinario y el plasmático mayor de 8.
4. Una osmolaridad urinaria menor de 300.
5. Una relación entre nitrógeno ureico plasmático y la creatinina mayor de 20.

96. Hombre de 47 años, ex adicto a drogas parenterales. Positividad conocida a VHC desde hace 9 años, con datos analíticos de hepatopatía crónica. Acude a urgencias por lesiones maculopapulosas, edemas marcados en ambos miembros inferiores y artralgias. La analítica muestra proteinuria de 6 gr. en 24 h, hematuria con hematíes deformados, CCr de 68 ml/min, y descenso del componente C4 del complemento, con C3 normal. ¿Cuál es su diagnóstico más probable?:

1. Nefritis en el seno de infección meningocócica.
2. Glomerulonefritis mesangiocapilar secundaria a crioglobulinemia.
3. Glomerulonefritis mesangial con depósitos de IgA.
4. Glomerulonefritis membranosa secundaria a VHC.
5. Granulomatosis de Wegener.

97. Un paciente de 75 años de edad es traído a ur-

gencias por su familia por malestar general, astenia y anorexia, que han progresado desde hace 2 meses. El paciente está hipertenso, presenta púrpura palpable en rodillas, pantorri-llas, manos y pies, estertores húmedos en bases pulmonares, ritmo de galope y edemas moderados. En la analítica destaca una creatinina de 4 mg/dl, complemento normal, anticuerpos anti-membrana basal glomerular negativos, anticuerpos antimieloperoxidasa positivos, hematuria y proteinuria. La Rx de tórax muestra un infiltrado bilateral, ocasionalmente confluyente, con índice cardiotorácico normal. En las 24 horas siguientes, el paciente comienza con hemoptisis, oliguria y elevación de la creatinina a 7.0 mg/dl. El diagnóstico más probable es:

1. Insuficiencia cardiaca congestiva.
2. Enfermedad de Goodpasture.
3. Crioglobulinemia.
4. Enfermedad de Wegener.
5. PAN microscópica del anciano.

98. NO es propio de la nefropatía diabética:

1. Hipertensión arterial.
2. Aumento del filtrado glomerular en fases iniciales.
3. Hiperreninismo hiperaldosteronémico.
4. Microalbuminuria.
5. Necrosis papilar.

99. ¿Cuál de las siguientes nefropatías ocurre con mayor frecuencia después del trasplante renal?:

1. Esclerosis segmentaria y focal.
2. Glomerulonefritis membranosa.
3. Glomerulonefritis por anticuerpos anti-membrana basal.
4. Glomerulonefritis mesangial IgA.
5. Glomerulonefritis membrano proliferativa tipo II.

100. Una mujer de 42 años de edad con antecedentes de múltiples infecciones urinarias de repetición presenta en la actualidad fiebre de 38°C, leucitosis y dolor lumbar difuso. En la exploración radiológica presenta una litiasis coraliforme izquierda (estruvita). ¿Cuál es el germen que con mayor probabilidad crecerá en el cultivo de orina?:

1. *Escherichia coli*.
2. *Citrobacter freundii*.
3. *Clamidia trachomatis*.
4. *Streptococcus sp.*
5. *Proteus mirabilis*.

101. Los cálculos urinarios de ácido úrico se caracterizan por:

1. No visualizarse en control ecográfico.
2. Ser radiotransparentes.

3. Son difíciles de visualizar en una TAC.
 4. Se disuelven fácilmente en medio ácido.
 5. La litiasis úrica no suele ser familiar.
- 102. ¿Qué neoplasia urológica se asocia con más frecuencia a síndromes paraneoplásicos (Síndrome de Stauffer)?:**
1. Cáncer de próstata.
 2. Cáncer de riñón.
 3. Cáncer de vejiga infiltrante.
 4. Cáncer testicular.
 5. Tumor de Wilms.
- 103. Entre las siguientes, ¿cuál es la causa más frecuente de hematuria monosintomática en el hombre?:**
1. La litiasis urinaria semiobstructiva.
 2. El adenocarcinoma renal.
 3. La hiperplasia benigna de próstata.
 4. El tumor urotelial vesical.
 5. La cistitis aguda.
- 104. Un hombre de 24 años de edad presenta un nódulo testicular de 2.5 cm de tamaño, duro, heterogéneo, sugestivo de tumor testicular. En la RX de tórax aparecen múltiples nódulos pulmonares metastásicos. El nivel de beta HCG es elevado (superior a 19.000 UI/L). ¿Cuál es el diagnóstico histopatológico más probable?:**
1. Seminoma.
 2. Seminoma espermatocítico.
 3. Teratoma puro.
 4. Coriocarcinoma.
 5. Tumor de células de Leydig.
- 105. En relación al cáncer de próstata señale la afirmación FALSA:**
1. Es el tumor sólido más frecuente en el varón.
 2. El 95% son carcinomas acinares.
 3. Es más frecuente en población negra.
 4. El PSA es un marcador específico de cáncer de próstata.
 5. El tacto rectal positivo obliga a la realización de biopsia con cualquier valor de PSA.
- 106. Un varón de 68 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial e infarto agudo de miocardio, en tratamiento con mononitrato de isosorbide; consulta por cuadro de disfunción eréctil de dos años de evolución. ¿Cuál de las siguientes actitudes terapéuticas estaría CONTRAINDICADA?:**
1. Inyección intracavernosa de PGE 1.
 2. Colocación intrauretral de PGE 1.
 3. Citrato de Sildenafil vía oral.
 4. Utilización de dispositivos de vacío.
 5. Colocación de una prótesis peneana.
- 107. Ante la sospecha clínica de déficit de hierro: ¿Qué datos analíticos, además del hemograma, debe valorar para establecer el diagnóstico de certeza?:**
1. Sideremia, Ac. Fólico y Vitamina B12.
 2. Sideremia, Índice de saturación de la transferrina y ferritina sérica.
 3. La ferritina sola es suficiente.
 4. Si la sideremia está claramente bajo; no hacen falta otros datos.
 5. El hemograma contiene datos suficientes: Concentración de hemoglobina, número de hematíes por mm³, valor hematocrito, VCM, CHCM, HCM y RDW.
- 108. Son caracteres de la anemia perniciosa los siguientes EXCEPTO:**
1. Macrocitosis.
 2. Anemia.
 3. Hipersegmentación leucocitaria.
 4. Hipogastrinemia.
 5. Positividad de anticuerpos a células parietales gástricas.
- 109. Paciente de 47 años que acude al servicio de urgencias por astenia ligera junto con ligero tinte icterico. En la analítica realizada aparece una anemia de 6,8 gr/dl. de hemoglobina, con VCM de 90 fl, LDH de 1850 U/ml (normal <400) y Bilirrubina de 2,5 mg/dl a expensas de bilirrubina indirecta. ¿Cuál considera que sería la actitud más adecuada?:**
1. Iniciar tratamiento con hierro oral y derivar a la consulta externa de Hematología para seguimiento.
 2. Transfundir dos concentrados de hematíes dado que el paciente presenta síndrome anémico franco.
 3. Realizar test de Coombs, recuento de reticulocitos y haptoglobina e iniciar tratamiento con esteroides.
 4. Realizar aspirado de médula ósea lo antes posible para averiguar la etiología de la anemia.
 5. Administrar Vitamina B₁₂ y Ac. Fólico.
- 110. Con respecto a la anemia de procesos crónicos o anemia de la inflamación, señale la opción correcta:**
1. La síntesis de hepcidina está aumentada.
 2. La anemia es característicamente macrocítica.
 3. Los niveles de ferritina están disminuidos.
 4. Los niveles de transferrina están elevados.
 5. Debe tratarse con hierro intravenoso.
- 111. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?:**
1. La leucemia linfoblástica infantil con fenotipo

- pre-B es de pronóstico más favorable si presenta la t(9;22).
2. La leucemia mieloblástica es más frecuente entre los pacientes tratados por enfermedad de Hodgkin tratados con agentes alquilantes.
 3. El tratamiento de elección para el tratamiento de un paciente con leucemia mieloide crónica de más de 60 años, no candidato a trasplante, es la Hidroxiurea.
 4. La leucemia linfática crónica de inmunofenotipo B es particularmente frecuente en la población japonesa.
 5. El tratamiento inductor de diferenciación con ácido retinoico es especialmente eficaz para la leucemia mielomonocítica crónica.
- 112. La alteración citogenética característica de la leucemia mieloide crónica es:**
1. t(11;14).
 2. Isocromosoma 6.
 3. t(15;17).
 4. t(9;22).
 5. Trisomía 12.
- 113. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones considera que es la más correcta?:**
1. La forma de enfermedad de Hodgkin esclerosis nodular es especialmente frecuente en mujeres jóvenes.
 2. El linfoma de Burkitt se caracteriza por la t(14;28).
 3. El linfoma folicular tiene habitualmente comportamiento clínico de alta malignidad, con difícil control duradero con las posibilidades terapéuticas actuales.
 4. La presentación inicial más frecuente de un linfoma MALT es una masa mediastínica.
 5. La radioterapia nodal es el tratamiento de primera elección para un paciente con Enfermedad de Hodgkin en Estadio III-B en mujeres en edad fértil.
- 114. El anticuerpo monoclonal anti-CD20 (Rituximab®) mejora los resultados de la quimioterapia, cuando se asocia a ella, en el tratamiento de:**
1. Leucemia Mieloide Aguda.
 2. Mieloma avanzado.
 3. Linfoma no Hodgkin B CD20+.
 4. Linfomas T.
 5. Tricoleucemia.
- 115. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la deplección de células T del injerto en trasplante alogénico hematopoyético es verdadera?:**
1. Reduce la incidencia y severidad de la enfermedad del injerto contra el huésped.
 2. Reduce el riesgo de recaída de la neoplasia de base.
 3. Disminuye el riesgo de fallo primario del injerto.
 4. Mejora la probabilidad de supervivencia global del paciente.
 5. Acelera la reconstitución inmune postrasplante.
- 116. ¿Cuál de los siguientes síntomas es más frecuente en los pacientes con mieloma múltiple?:**
1. Susceptibilidad a infecciones bacterianas.
 2. Dolor óseo.
 3. Letargia.
 4. Diátesis hemorrágica.
 5. Poliuria y polidipsia.
- 117. Paciente de 70 años, operado de cirugía ortopédica, sin antecedentes patológicos de interés habiendo tomado las medidas profilácticas adecuadas, y con una analítica previa. A los 7 días se le detecta una trombopenia de 40.000/mm³. ¿Cuál será la causa más probable?:**
1. Púrpura trombopénica idiopática.
 2. Aplasia medular.
 3. Trombocitopenia inducida por heparina.
 4. Mielodisplasia.
 5. Hepatopatía.
- 118. Un paciente de grupo sanguíneo O Rh positivo es transfundido por error sangre de grupo A Rh negativo. La complicación producida por esta transfusión es:**
1. Reacción hemolítica severa por la interacción de los anticuerpos anti-A del paciente y los hematíes A de la sangre transfundida.
 2. Reacción hemolítica severa por la disparidad de grupos Rh.
 3. Sensibilización del receptor y posible hemólisis en futuras transfusiones.
 4. No se produce hemólisis si se administra gammaglobulina anti-D tras la transfusión.
 5. No se produce hemólisis si se premedica en corticoides.
- 119. ¿Cuál de las siguientes enfermedades/manifestaciones no se asocia con el virus de Epstein-Barr?:**
1. Síndrome mononucleósico.
 2. Sarcoma de Kaposi.
 3. Linfoma cerebral primario.
 4. Linfoma de Burkitt.
 5. Leucoplasia oral vellosa.
- 120. ¿Cuál es la forma más habitual de presentación clínica de la Actinomicosis?:**
1. Absceso submandibular.
 2. Absceso torácico.
 3. Absceso cerebral.

4. Absceso intraperitoneal.
 5. Absceso retroperitoneal.
- 121. Paciente de 30 años de edad, adicto a drogas por vía parenteral, que acude al servicio de urgencias por fiebre de 39,5°C, dolor pleurítico, tos y expectoración. En la radiografía de tórax se observan lesiones nodulares periféricas múltiples, algunas de ellas cavitadas. ¿Cuál sería, de entre las siguientes, la prueba diagnóstica que se debería realizar?:**
1. TAC torácico.
 2. Resonancia magnética pulmonar.
 3. Espirometría.
 4. Ecocardiografía.
 5. Gammagrafía pulmonar.
- 122. Una mujer española de 28 años estuvo tres semanas viajando por Kenia y Tanzania. El día de su regreso comienza con fiebre y postración. Tras una semana así, presenta crisis comiciales generalizadas. ¿Qué prueba realizaría en primer lugar en el servicio de urgencias?:**
1. Hemocultivos.
 2. TAC craneal.
 3. Electroencefalograma.
 4. Serología de dengue y fiebre amarilla.
 5. Frotis y gota gruesa de sangre periférica.
- 123. Un cooperante sanitario de 36 años de edad que trabaja en los trópicos, sufre desde hace dos meses un cuadro abdominal intermitente de náuseas, heces pastosas, flatulencia, meteorismo y que le han llevado a perder tres Kg. de peso. ¿Cuál de los siguientes microorganismos sería con mayor probabilidad el responsable del cuadro?:**
1. *Trichomonas hominis*.
 2. *Staphylococcus aureus enterotoxigénico*.
 3. *Entamoeba coli*.
 4. *Vibrio cholerae*.
 5. *Giardia lamblia*.
- 124. Paciente diabética de 65 años de edad que consulta por un cuadro de dolor en la cara, fiebre y aparición de una lesión inflamatoria bien delimitada que diagnosticamos de erisipela. ¿Cuál es la etiología del proceso?:**
1. *Staphylococcus aureus*.
 2. *Streptococcus pyogenes*.
 3. *Staphylococcus epidermidis*.
 4. *Streptococcus agalactiae*.
 5. *Streptococcus salivarius*.
- 125. Los bacilos gram-negativos se implican con mayor frecuencia que los cocos gram-positivos en una de las siguientes infecciones:**
1. Artritis séptica.
 2. Neumonía nosocomial.
 3. Infección asociada a catéter.
 4. Meningitis extrahospitalaria.
 5. Endocarditis sobre válvula protésica.
- 126. ¿Cuál de los siguientes antibióticos le parece más útil en el tratamiento de la legionelosis?:**
1. Doxiciclina.
 2. Penicilina.
 3. Levofloxacino.
 4. Rifampicina.
 5. Ceftriaxona.
- 127. ¿Cuál de las siguientes situaciones no es una indicación de la quimioprofilaxis de la tuberculosis?:**
1. Menores de 35 años con test de la tuberculina negativo y contacto con un paciente bacilífero.
 2. Menores de 35 años con test de la tuberculina positivo y contacto con un paciente bacilífero.
 3. Pacientes inmunodeprimidos de cualquier edad con test de la tuberculina negativo y contacto con un paciente bacilífero.
 4. Pacientes que van a recibir tratamiento con anticuerpos monoclonales anti TNF- α y con test de la tuberculina negativo.
 5. Pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y con test de la tuberculina positivo.
- 128. Un paciente de 60 años con antecedentes de bronquitis crónica en tratamiento con Prednisona desde hace 2 meses en dosis decreciente, en la actualidad 20 miligramos y etilismo; se presenta en Urgencias con un cuadro de 3 días de evolución de cefalea, náuseas, vómitos y febrícula; en la exploración física destaca que el paciente está febril, somnoliento con rigidez de nuca sin otros hallazgos. Ante la sospecha diagnóstica y tras realizar los estudios complementarios pertinentes se debe iniciar tratamiento empírico con:**
1. Ceftriaxona.
 2. Ceftriaxona y Vancomicina.
 3. Ceftriaxona, Vancomicina y Ampicilina.
 4. Cefotaxima y Vancomicina.
 5. Ampicilina o Penicilina G.
- 129. ¿Cuál de los siguientes factores influye más a la hora de tomar la decisión de iniciar tratamiento antirretroviral?:**
1. Carga viral de VIH-1 en sangre.
 2. Cifra de linfocitos CD4.
 3. Cociente linfocitos CD4/CD8.
 4. Presencia de linfadenopatía generalizada.
 5. Adherencia prevista del paciente al tratamiento.
- 130. Señale la respuesta INCORRECTA en relación**

con la neumonía por Pneumocystis en pacientes con infección por VIH:

1. Los síntomas más frecuentes son tos no productiva, disnea y fiebre.
2. La Rx de tórax puede ser inicialmente normal.
3. La prueba diagnóstica más rentable es el lavado bronquialveolar a través de broncoscopia.
4. El tratamiento de elección es el cotrimoxazol.
5. No deben usarse esteroides en casos graves por el riesgo de agravar la inmunosupresión.

131. Una mujer de 87 años con Enfermedad de Alzheimer que lleva una semana encamada por una infección de vías respiratorias tiene una úlcera por presión de estadio III de 10 x 12 x 2 cm de profundidad en el sacro. La herida está cubierta de tejido necrótico y exudado abundante amarillo verdoso y con mal olor. La piel circundante es eritematosa y caliente. ¿Cuál de los siguientes es el tratamiento inicial más apropiado?:

1. Cultivos, debridación química y antibióticos tópicos.
2. Cultivos, hemocultivos y antibióticos locales.
3. Cultivos, hemocultivos, debridación quirúrgica y antibióticos locales.
4. Hemocultivos, debridación química y antibióticos intravenosos.
5. Hemocultivos, debridación quirúrgica y antibióticos intravenosos.

132. De las siguientes afirmaciones referidas al proceso de reparación de las heridas ¿cuál de ellas NO es cierta?:

1. El factor de crecimiento derivado de las plaquetas (PDGF) tiene un papel importante en la síntesis del colágeno.
2. El factor de crecimiento derivado de las plaquetas (PDGF) no es liberado por los macrófagos de la herida.
3. El factor de crecimiento del endotelio vascular (VEGF) estimula la angiogénesis.
4. El factor de crecimiento derivado de las plaquetas (PDGF) tiene un papel destacado en la migración y proliferación de los fibroblastos.
5. La interleukina 1 (IL1) no está implicada en la angiogénesis.

133. En la decisión terapéutica de un paciente neoplásico es fundamental determinar el estadio tumoral. En los últimos años se ha extendido la práctica de biopsia del denominado “ganglio centinela” para conocer la existencia de diseminación linfática en un tumor determinado. El concepto de ganglio centinela es:

1. El primer ganglio linfático aumentado de tamaño en un territorio que drena un tumor primario.
2. El primer ganglio linfático con metástasis que

aparece en un paciente con un carcinoma primario.

3. El primer ganglio en un territorio linfático que recibe el flujo linfático de un tumor primario.
4. Se refiere a todos los ganglios del territorio axilar en pacientes con carcinoma de mama.
5. Se refiere a todos los ganglios linfáticos más próximos en el flujo linfático de drenaje de un carcinoma primario.

134. Una paciente caquética, consulta por deterioro progresivo. Tiene anemia, ascitis, y nódulos metastáticos en áreas supraclaviculares y zona umbilical. ¿Cuál considera el origen más probable del tumor?:

1. Estómago.
2. Colon.
3. Hígado.
4. Vesícula.
5. Páncreas.

135. ¿Cuál es el tratamiento de elección de la disnea en la fase terminal de la enfermedad?:

1. Broncodilatadores.
2. Morfina.
3. Oxigenoterapia al 35% por mascarilla.
4. Digital y diuréticos.
5. Antibióticos y fisioterapia respiratoria.

136. Paciente de 70 años diagnosticado de adenocarcinoma de próstata con afectación ganglionar y metástasis óseas que consulta por dolores óseos persistentes a pesar de tratamiento analgésico con AINES a dosis plenas. En relación al tratamiento del dolor señale cuál le parece la actitud correcta:

1. Alternar AINES a dosis plenas con paracetamol.
2. Cambiar de AINE.
3. Utilizar un opioide.
4. Utilizar un opioide y un AINE al mismo tiempo.
5. Ingresar al paciente para tratamiento endovenoso con opioide mayor.

137. Un hombre de 82 años con enfermedad de Parkinson bien controlada, tiene una marcha inestable con bradicinesia y retropulsión. Ha sufrido una caída leve hace unas pocas semanas habiendo reducido sus actividades porque tiene miedo a caerse de nuevo. ¿Cuál de las siguientes ayudas es la más apropiada para facilitar una marcha más segura?:

1. Bastón recto.
2. Bastón con cuatro puntas.
3. Andador convencional.
4. Andador con ruedas.
5. Silla de ruedas.

138. Dos mujeres de 80 años de edad ingresan en el hospital por neumonía en lóbulo inferior derecho. Ambas tienen igual gravedad, medida por el índice de severidad APACHE II y reciben el mismo tratamiento agudo. Controlando por el índice de APACHE II, la edad y el género, ¿cuál de los siguientes problemas presentes al ingreso es un FACTOR DE RIESGO INDEPENDIENTE de mortalidad hospitalaria y puede utilizarse para valorar la probabilidad de resultados adversos de la hospitalización?:
1. Incapacidad para realizar de manera independiente 4 de las siguientes actividades básicas de la vida diaria: bañarse, vestirse, asearse, trasladarse de la silla a la cama y viceversa, alimentarse y caminar.
 2. Puntuación de 5 en la escala de depresión del "Geriatric Depression Scale" o Yesavage.
 3. Puntuación de 25 en la escala de exploración del estado mental "mini-Mental Status Examination", de Folstein.
 4. Puntuación de 2 en el test "CAGE" de "screening" de alcoholismo.
 5. La presencia de signos neurológicos de liberación frontal.
139. ¿En qué grupo de la clasificación de la Asociación Americana de Anestesiología [Riesgo ASA] englobarían a un paciente de 70 años, con HTA en tratamiento con antagonista del receptor de la angiotensina, angor inestable, hemiparesia derecha y un by-pass aorto-bifemoral?:
1. 5.
 2. 4.
 3. 2.
 4. 1.
 5. 3.
140. Se le consulta respecto a la evaluación preoperatoria de una mujer de 82 años de edad con fractura de cadera. No tiene historia de enfermedad cardíaca y niega síntomas de dolor precordial, disnea o mareo. En la exploración física, la frecuencia del pulso es de 80/min rítmico, y la presión arterial es de 120/60 mm Hg. La presión venosa yugular es normal, y los pulmones son normales a la auscultación. La auscultación cardíaca revela un desdoblamiento del segundo tono que aumenta durante la inspiración, y un soplo sistólico de eyección grado 2/6 en la base, sin irradiación. ¿Cuál de los siguientes es el manejo más apropiado?:
1. Obtener un ecocardiograma.
 2. Obtener un estudio de perfusión con talio y dipiridamol.
 3. Avisar al traumatólogo que puede proceder con la cirugía de la cadera.
 4. Iniciar un Beta-bloqueante.
 5. Monitorizar a la paciente en la unidad de telemetría.
141. Una paciente de 35 años presenta placas infiltradas y sobreelevadas en rodillas desde hace 16 meses. La biopsia cutánea muestra un infiltrado neutrofilico importante, así como linfocitos e histiocitos, presencia de leucocitoclastia. Rápida respuesta con tratamiento de sulfonas 100 mg/día. ¿Cuál es su diagnóstico?:
1. Nódulos reumatoides.
 2. Psoriasis.
 3. Lues secundaria.
 4. Eritema elevatum diutinum.
 5. Enfermedad de Hansen.
142. ¿En cuál de las siguientes localizaciones anatómicas es más frecuente la Pitiriasis Versicolor?:
1. Codos y rodillas.
 2. Dorso de manos y pies.
 3. Pecho y espalda.
 4. Cara y cuello.
 5. Grandes pliegues.
143. Una mujer de 73 años presenta febrícula, anorexia y pérdida de peso desde hace 2 meses. Se ha notado una pápula eritematosa y dolorosa en el pulpejo del dedo anular derecho. ¿Cuál sería su diagnóstico más probable?:
1. Fiebre tifoidea.
 2. Endocarditis bacteriana subaguda.
 3. Meningococcemia crónica.
 4. Fiebre botanosa.
 5. Sífilis terciaria.
144. ¿Cuál de las siguientes manifestaciones cutáneas NO califica criterio ARA para el diagnóstico de lupus eritematoso sistémico?:
1. Rash malar.
 2. Lesiones discoides.
 3. Fotosensibilidad.
 4. Úlceras orales.
 5. Telangiectasias periungueales.
145. Paciente de 35 años intervenido de melanoma de extensión superficial en la pierna, con un margen peritumoral de 2 cm. El estudio histológico reveló un espesor tumoral (Breslow) de 1.2 mm. ¿Cuál es la actitud a seguir?:
1. Reintervención para ampliar márgenes.
 2. Biopsia selectiva de ganglio centinela.
 3. Vaciamiento ganglionar rutinario.
 4. Radioterapia.
 5. Inmunoterapia con IL-2.
146. ¿En qué patología pensaría ante una paciente, de 34 años de edad, sin antecedentes personales de interés, que acude a consulta por pérdida súbita de visión en ojo derecho, con discreto dolorimiento al mover el ojo, y que presenta los

siguientes datos en la exploración de dicho ojo: aspecto normal de córnea, conjuntiva e iris, presión intraocular 15 mmHg (dentro de la normalidad), exploración normal del fondo de ojo, y defecto campimétrico consistente en escotoma centro-cecal?:

1. Neuritis óptica retrobulbar.
2. Papilitis hipertensiva.
3. Obstrucción de la arteria central de la retina.
4. Neuropatía óptica isquémica anterior.
5. Neuropatía óptica de Leber.

147. El ataque agudo del glaucoma (glaucoma de ángulo cerrado congestivo agudo) es una entidad muy dolorosa cuyo tratamiento debe instaurarse con la mayor brevedad posible. ¿Cuál de estos signos NO corresponden a este diagnóstico?:

1. Miosis.
2. Cámara anterior estrecha.
3. Edema corneal.
4. Enrojecimiento "ciliar".
5. Presión intraocular gravemente aumentada.

148. Entre las complicaciones que pueden presentar los portadores de lentes de contacto, se encuentran todas las que se relatan a continuación MENOS una de ellas. Señala cuál es:

1. Vascularización corneal.
2. Edema corneal.
3. Conjuntivitis papilar gigante.
4. Epiescleritis.
5. Queratitis microbiana.

149. El tracoma es producido por:

1. Tricomonas.
2. Bacterias.
3. Virus.
4. Clamidias.
5. Nocardias.

150. En el cáncer oral, descartando los labios ¿cuál de estas localizaciones es la más frecuente?:

1. Zona yugal.
2. Encía superior.
3. Paladar duro.
4. Lengua móvil.
5. Paladar blando.

151. Hombre de 56 años, con hábito enólico-tabáquico inveterado, consulta por masa cervical, alta, de 3 x 3 cm., de consistencia dura. La punción-aspiración de la misma se informa de: "Metástasis de carcinoma epidermoide". Ante la situación descrita, la afirmación INCORRECTA sería:

1. La probabilidad de un tumor primario de vía

aero-digestiva superior es muy alta.

2. La TAC cervical nos informará en profundidad del grado de desarrollo de la enfermedad cervical.
3. El carcinoma glótico es la ubicación más probable para el primario de esta masa cervical.
4. La biopsia abierta de la masa cervical no debe de preceder a la punción-aspiración en el estudio diagnóstico.
5. La tomografía por emisión de positrones puede resultar útil en la localización del foco tumoral primario.

152. En relación con la otitis media secretoria unilateral del adulto, señalar la afirmación INCORRECTA de las que se relacionan a continuación:

1. Son síntomas frecuentes sensación de taponamiento, sordera y acúfeno en el oído afectado.
2. El Weber audiométrico se desplaza al oído enfermo.
3. El tratamiento de elección consiste en la colocación de un drenaje transtimpánico en el oído afectado.
4. En ocasiones, la otitis media secretoria del adulto puede ser expresión de un cáncer de Cavum.
5. La impedanciometría es una prueba diagnóstica definitiva.

153. Decir cuál de los siguientes hechos del vértigo posicional paroxístico NO es cierto:

1. Se trata mediante la maniobra de reposición de Epley.
2. Las crisis presentan una latencia de 1-5 segundos y duran menos de un minuto.
3. Se produce por el paso de otoconias del utrículo al conducto semicircular posterior.
4. Generalmente el vértigo se asocia a hipoacusia.
5. No reaparece si se repite varias veces la posición desencadenante.

154. Con historia previa de cuadro catarral, un hombre de 30 años inicia molestias faríngeas que progresan rápidamente a dolor intenso de garganta que impide la deglución, y fiebre. Al ser asistido, se niega a acostarse en camilla, permaneciendo sentado e inclinado hacia delante. El diagnóstico más probable será:

1. Laringitis catarral aguda.
2. Amigdalitis bacteriana.
3. Angina de Ludwick.
4. Edema de Reinke.
5. Epiglotitis bacteriana.

155. La distraibilidad acusada suele darse en:

1. Esquizofrenias paranoides.
 2. Hipocondríacos.
 3. Alucinosis alcohólica.
 4. Manías.
 5. Depresiones ansiosas.
- 156. ¿Cuál, entre las siguientes alteraciones, puede encuadrarse como un trastorno distímico?:**
1. Un cuadro crónico de la hipocondria.
 2. La persistencia de una depresión mayor a lo largo de más de un año.
 3. Un trastorno bipolar tipo II atípico.
 4. Un humor crónicamente deprimido (o irritable en niños y adolescentes).
 5. Un síndrome de fatiga crónica, asociado a fibromialgia.
- 157. Con respecto al trastorno de pánico es cierto que:**
1. Las benzodiacepinas son la base del tratamiento.
 2. El término crisis de angustia es sinónimo de trastorno de pánico.
 3. Entre las principales enfermedades con las que habría que realizar un diagnóstico diferencial estaría el hipertiroidismo.
 4. Una de sus variedades se caracteriza por presentarse en personas mayores de 45 años y acompañarse de pérdida de conocimiento.
 5. Su presencia es un criterio diagnóstico de un episodio de depresión mayor.
- 158. Hombre de 26 años de edad que refiere que le genera mucha ansiedad tocar objetos que otras personas hayan podido tocar antes (como picaportes de puertas) o que le rocen en transportes públicos por miedo a contaminarse. Sabe que es absurdo pero mantiene una actitud continuada de vigilancia, realiza conductas de lavado de manos repetidamente y progresivamente ha ido restringiendo sus salidas para evitar las numerosas situaciones que considera de potencial riesgo de contaminación. ¿Cuál es el fenómeno psicopatológico subyacente básico?:**
1. Ideas delirantes de contaminación.
 2. Fobia específica.
 3. Obsesiones de contaminación.
 4. Temores hipocondríacos.
 5. Ideas sobrevaloradas de contaminación.
- 159. ¿Cuál de los siguientes factores NO se asocia a un incremento del riesgo de muerte por suicidio?:**
1. No ser creyente.
 2. Ser militar.
 3. Haber sido diagnosticado de depresión.
 4. Ser mujer.
 5. Ser médico.
- 160. Una paciente de 62 años, con antecedentes de leve hipertensión bien controlada, es traída a urgencias por haber presentado en las últimas horas, con inicio relativamente brusco, confusión mental, desorientación temporal, preguntas reiterativas, e incapacidad para recordar nada de lo dicho o sucedido recientemente, sin trastornos motores, sensitivos ni de la conciencia. Cuando es explorada, cuatro horas después del inicio, se encuentra ya mucho mejor, y muestra un rendimiento cognitivo y una exploración neurológica normales, pero no recuerda nada de lo sucedido. Probablemente ha sufrido:**
1. Una demencia aguda transitoria.
 2. Un ataque de histeria conversiva.
 3. Una intoxicación por CO.
 4. Una amnesia global transitoria.
 5. Un cuadro psicótico.
- 161. Al evaluar a un paciente que padece una esquizofrenia resistente al tratamiento la primera medida a considerar será:**
1. Uso de la Terapia Electroconvulsiva.
 2. Pasar el paciente a un antipsicótico atípico.
 3. Verificar que el paciente estuviera cumpliendo el tratamiento prescrito.
 4. Ingresar al paciente en un hospital.
 5. Añadir un tratamiento psicoterapéutico.
- 162. Una mujer viuda de 75 años que vive sola acude a consulta. Padece de hipertensión arterial e hiponatremia leve por diuréticos. Refiere encontrarse bien y únicamente se queja de pirosis. Preguntada sobre la ingesta de alcohol, dice tomar unas 4 copas al día. La tensión arterial está más elevada que hace 1 año. La puntuación en el cuestionario "CAGE" es ¼ pero no tiene criterios de dependencia de alcohol según el DSM-IV. Afirma que desea disminuir la ingesta de alcohol. Tres meses más tarde dice haber mejorado algo pero anhela el alcohol. Solicita alguna medicación que la ayude. ¿Cuál de los siguientes es el tratamiento más apropiado?:**
1. Buspirona.
 2. Disulfiram.
 3. Fluoxetina.
 4. Litio.
 5. Naltrexona.
- 163. Un hombre de 36 años es llevado al Servicio de Urgencias de un hospital por la Policía Municipal tras haber embestido con su automóvil a un coche patrulla. El paciente huele a alcohol y presenta midriasis bilateral evidente. El paciente le exige a Ud., que es el médico que le recibe en Urgencias, marcharse inmediatamente del hospital porque los agentes que le acompañan son en realidad miembros de Al Qaeda que llevan vigilándole varios días. ¿Cuál de los siguientes comportamientos asistenciales es IN-**

CORRECTO dentro del contexto clínico descrito?:

1. No iniciar ningún procedimiento diagnóstico ni terapéutico orgánico al tratarse de un problema psiquiátrico.
2. Determinar los niveles de tóxicos, incluyendo cocaína, en orina y de etanol en sangre.
3. Mantener al paciente en observación en un área médica, con constantes vitales monitorizadas, permitiendo la vigilancia policial.
4. Monitorizar electrocardiográficamente al paciente, teniendo localizado al cardiólogo de guardia.
5. Sedar al paciente, si es preciso, para posibilitar la exploración clínica, analítica y electrocardiográfica.

164. Un paciente de 68 años, hospitalizado por fractura del cuello del fémur, asegura que es objeto de persecución y víctima de un complot, y protesta de que la enfermera no le hace caso, como si estuviera de acuerdo con sus perseguidores. Ante un cuadro así, lo primero que habría que explorar es:

1. Si hay una historia psiquiátrica previa.
2. Si el contenido del pensamiento es delirante.
3. Si el paciente está orientado y es capaz de fijar su atención.
4. Si el paciente es capaz de autocritica.
5. Si el comportamiento de la enfermera ha sido adecuado.

165. ¿Cuál de estas circunstancias es irrelevante en los antecedentes de un paciente que acude al servicio de urgencias de maternidad con sospecha clínica de gestación ectópica?:

1. Esterilización tubárica.
2. Embarazo ectópico previo.
3. Portador de DIU.
4. Primigesta.
5. Uso de anticonceptivos de dosis baja y continuada de sólo estrógenos (minipills).

166. Secundípara de 30 años a término. Su embarazo ha transcurrido con normalidad. Se ha puesto de parto de forma espontánea con evolución normal hasta que rompe la bolsa con una dilatación de 4 cm. A partir de entonces comienza con hemorragia de sangre roja en moderada cantidad y aparecen signos de sufrimiento fetal agudo. El estado general de la mujer es bueno y la dinámica uterina es normal. Este cuadro corresponde a:

1. Placenta previa central.
2. Placenta previa marginal.
3. Abruptio placentae.
4. Rotura uterina.
5. Rotura de vasa previa.

167. Primigesta de 32 años que acude a urgencias refiriendo sangrado genital y prueba de embarazo en farmacia positiva. Se realiza exploración ginecológica y los hallazgos ecográficos y analíticos sugieren el diagnóstico de mola vesicular. ¿Cuál sería el tratamiento de elección?:

1. Quimioterapia con Metrotexate.
2. Legrado uterino con legra de Recamier y pinza Winter.
3. Legrado por aspiración.
4. Histerectomía simple (conservando ovarios).
5. Histerectomía radical.

168. Embarazada en el primer trimestre de gestación, con antecedentes de hijos fallecidos por una inmunodeficiencia y cuyo defecto molecular en la familia ya es conocido. ¿Qué prueba diagnóstica es la más idónea para el diagnóstico prenatal de la Inmunodeficiencia?:

1. Estudio molecular en los padres.
2. Biopsia de corion en la 9ª semana.
3. Determinación de alfa-fetoproteína en la madre.
4. Amniocentesis.
5. Estudio de subpoblaciones de linfocitos en la madre.

169. ¿Cuál de los siguientes enunciados sobre la preeclampsia es FALSO?:

1. Excepto en el contexto de la enfermedad trofoblástica gestacional, no aparece antes de las 20 semanas.
2. Debe sospecharse en la embarazada frente a tensiones arteriales diastólicas ≥ 90 mmHg o sistólicas ≥ 140 mmHg.
3. Para su diagnóstico debe evaluarse la proteinuria.
4. En un elevado porcentaje de casos deriva en un eclampsia.
5. La paciente con una preeclampsia requiere una cuidadosa valoración del crecimiento fetal.

170. ¿Cuál de los siguientes hallazgos no forma parte del diagnóstico del Síndrome de HELLP en la embarazada?:

1. Hiperbilirrubinemia.
2. Trombocitopenia.
3. Hipertensión arterial.
4. Anemia hemolítica.
5. Disfunción hepática.

171. Gestante secundigesta con antecedente del 1 parto anterior en la semana 36, que consulta en la semana 32 por percibir contracciones. En la exploración se comprueba un cérvix permeable al dedo, borrado en 30% y con 3 cm de longitud ecográfica. La monitorización cardiotocográfica fetal revela una frecuencia cardiaca de 140 L/m y una contracción uterina cada 5 minutos. El

test de fibronectina exocervical es negativo. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA?:

1. Se trata de una amenaza de parto pretérmino establecida que obliga a realizar tocolisis y maduración pulmonar fetal con betametasona.
2. El test de fibronectina negativo se asocia a un riesgo de parto pretérmino inferior al 1% en las 2 semanas siguientes.
3. Una longitud cervical de 3 cm. supone un elevado valor predictivo negativo para el parto pretérmino.
4. Se aconseja la administración de corticoides para maduración pulmonar por el antecedente de parto pretérmino.
5. Se trata de una amenaza de parto pretérmino incierta que requiere nueva evaluación clínica a los 60-120 minutos.

172. Ante una paciente de 28 años con un índice de masa corporal (IMC > 30), baches amenorreicos, acné, hirsutismo y esterilidad de 2 años de evolución, cabría pensar en:

1. Hipotiroidismo.
2. Fallo ovárico precoz.
3. Síndrome del ovario poliquístico.
4. Amenorrea hipogonadotropa.
5. Amenorrea de causa uterina.

173. Señálese la afirmación FALSA en relación a la neoplasia vaginal intraepitelial (VaIN):

1. Entidad poco frecuente.
2. Se asocia a neoplasias de otra localización.
3. Posibilidad de regresión espontánea.
4. Se relaciona etiológicamente con el dietilestilbestrol.
5. No es equivalente al modelo cervical.

174. El estudio histopatológico de la pieza quirúrgica de histerectomía muestra, tras la estadificación completa y como única focalidad neoplásica, un adenocarcinoma endometriode, limitado al endometrio, con aproximadamente un 30% de patrón de crecimiento sólido. Indíquese el estado y grado:

1. Ia G1.
2. Ia G2.
3. Ib G3.
4. Ic G1.
5. Ic G2.

175. Una paciente de 32 años con un cuadro clínico de sangrado menstrual irregular, dismenorrea, dispareunia, y una esterilidad de 3 años de evolución presenta una analítica hormonal normal y un estudio ecográfico transvaginal que informa de un útero normal y sendas formaciones quísticas ováricas bilaterales de 4 cms. sin signos ecográficos de sospecha. ¿Cuál sería la orienta-

ción diagnóstica?:

1. Síndrome adherencial pélvico.
2. Hemorragia uterina disfuncional.
3. Síndrome del ovario poliquístico.
4. Endometriosis.
5. Quistes dermoides bilaterales.

176. El tratamiento de elección de un carcinoma de vulva localizado en labio mayor derecho, de 15 mm de diámetro y 2 mm de profundidad de invasión del estroma es:

1. Destrucción con láser.
2. Excisión local amplia.
3. Vulvectomía simple.
4. Excisión local amplia con linfadenectomía homolateral.
5. Vulvectomía radical con linfadenectomía bilateral.

177. El carcinoma escamoso de cérvix uterino ocupa el 5º lugar de los cánceres que afectan a la mujer. Se ha demostrado que su origen está íntimamente ligado a:

1. Infección por virus del papiloma humano (HVP).
2. El consumo de tabaco.
3. Utilización de tratamiento hormonal sustitutivo en la menopausia.
4. Infecciones vaginales repetidas por Candida Albicans.
5. Infección por herpes virus tipo II.

178. Una mujer de 59 años presenta una imagen espiculada de 8 mm. de diámetro en la mama derecha en el estudio mamográfico. Una biopsia con aguja gruesa evidencia la presencia de un carcinoma ductal infiltrante grado 2, con receptores para estrógenos positivos en un 80% de las células tumorales, receptores para progesterona positivos del 60%, y un oncogén Her-2 negativo. ¿Cuál sería el tratamiento primario de elección?:

1. Quimioterapia primaria en combinación con trastuzumab.
2. Tumorectomía con exéresis del ganglio centinela con radioterapia posterior.
3. Hormonoterapia con Tamoxifeno.
4. Mastectomía con linfadenectomía axilar.
5. Radioterapia externa como único tratamiento.

179. ¿Cuál de estas sentencias sobre el cáncer de mama y el oncogén Her-2 (neu) es INCORRECTA:

1. Se sobreexpresa en un 20-25% de los cánceres de mama.
2. Las pacientes con cánceres que sobreexpresan el oncogén Her-2 se pueden beneficiar del tratamiento con Trastuzumab.

3. Los cánceres de mama que sobreexpresan el oncogén Her-2 tienen mejor pronóstico.
4. La sobreexpresión de Her-2 se ha relacionado con resistencia al tratamiento antihormonal.
5. Existen datos que señalan que se benefician del tratamiento con antraciclinas.

180. Respecto al Síndrome de Muerte Súbita Infantil o del Lactante (SMSL), señale cuál de los siguientes NO constituye un factor de riesgo:

1. El tabaquismo materno.
2. El sexo femenino.
3. Un intervalo QT prolongado en la primera semana de vida.
4. El antecedente de un hermano fallecido por este síndrome.
5. La postura en prono para dormir.

181. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta respecto a las parasomnias en los niños?:

1. Las pesadillas son más frecuentes en el primer tercio del sueño.
2. En los niños con terrores nocturnos el umbral del despertar es bajo, por lo que es habitual que se despierten durante el episodio.
3. La edad típica de presentación de los terrores nocturnos es la adolescencia.
4. Los terrores nocturnos aparecen en el estadio de sueño de ondas lentas.
5. Es frecuente que los niños con terrores nocturnos recuerden, con angustia durante varios días, el episodio vivido.

182. Un niño de 20 meses de edad con antecedentes de un hermano y un primo materno muertos por neumonía en la infancia ha presentado desde los 10 meses de vida dos neumonías y 5 episodios de otitis media. Se encuentra marcada hipogammaglobulinemia con recuento y fórmula leucocitarios normales. ¿Cuál de los siguientes estudios solicitaría en primer lugar en el proceso diagnóstico del paciente?:

1. Gammagrafía con captación de Ga⁶⁷.
2. Biopsia del tejido linfoide amigdalino/adenoides.
3. Cuantificación de linfocitos circulantes T, B y NK.
4. Biopsia de timo.
5. Cuantificación de subclases de IgA (IgA1, IgA2).

183. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta respecto a la talla baja asociada a déficit de hormona de crecimiento (GH)?:

1. La deficiencia de GH es la causa más frecuente de hipocrecimiento armónico patológico.
2. En las formas congénitas de deficiencia de GH el crecimiento prenatal suele ser normal.
3. La maduración ósea en la deficiencia de GH,

al contrario de lo que ocurre en otras endocrinopatías, se encuentra muy elevada.

4. Los valores séricos de IGF-I se encuentran claramente elevados en la deficiencia de GH.
5. El tratamiento con GH debe iniciarse precozmente, pero debe suspenderse antes de la pubertad, por el riesgo de desarrollo de leucemia en este periodo de la vida.

184. Un niño de 2 años de edad es traído a Urgencias por petequias generalizadas sin otros signos de diátesis hemorrágica. Refieren catarro de vías altas y fiebre 2 semanas antes pero en la actualidad se encuentra afebril, con buen estado general, y el resto de la exploración es normal. Un hemograma muestra hemoglobina 14 mg/dL, leucocitos 9400/mm³ y plaquetas 34.000/mm³. Los tiempos de protrombina y de tromboplastina parcial activada son normales. Ante este cuadro clínico, una de las siguientes afirmaciones es cierta:

1. El diagnóstico más probable es el de púrpura trombótica trombocitopénica.
2. Requiere de transfusión urgente de concentrado de plaquetas.
3. La evolución más probable es a la recuperación espontánea.
4. Debe practicarse un TAC craneal para descartar hemorragia intracraneal.
5. El pronóstico depende de la precocidad del tratamiento.

185. Un niño de 16 meses de edad es traído a Urgencias por fiebre, irritabilidad y vómitos de 1 semana de evolución. En la exploración física se observa anisocoria y parálisis del III par craneal derecho. El TAC craneal sin contraste muestra dilatación tetraventricular sin lesiones ocupantes de espacio. A la punción lumbar se obtiene un LCR de aspecto claro con: leucocitos 430/mm³ (80% de linfocitos); proteínas 2300 mg/dL y glucosa 23 mg/dL. La glucemia es de 96 mg/dL. El diagnóstico más probable es:

1. Meningitis tuberculosa.
2. Meningitis por Enterovirus.
3. Absceso cerebral.
4. Aneurisma de la arteria basilar.
5. Astrocitoma de tronco del encéfalo.

186. Lactante de 6 meses que consulta por presentar en el curso de un cuadro catarral de vías altas, fiebre, irritabilidad y llanto. Exploración física: T^a rectal 39,6°C, tímpano derecho hiperémico y abombado, faringe enrojecida con exudado amarillento y secreción nasal abundante. Resto de exploración compatible con la normalidad. Indicar el tratamiento más adecuado a seguir:

1. Penicilina 50.000 UI/Kg/día, 10 días.
2. Azitromicina 10 mgr/Kg/día, 3 días.
3. Amoxicilina 80-90 mgr/Kg/día, 10 días.

4. Cefixima 8 mgr/Kg/día, 10 días.
5. Paracetamol 15 mgr/Kg/dosis.

187. ¿Cuál de estas respuestas sobre el Asma en la infancia es FALSA?:

1. Los síntomas del asma suelen asociarse con una obstrucción del flujo aéreo que suele revertirse espontáneamente o con tratamiento.
2. De todos los niños pequeños que sufren sibilancias recidivantes, sólo una minoría tendrán asma persistente posteriormente.
3. Como broncodilatadores los fármacos anticolinérgicos son mucho menos potentes que los beta-agonistas.
4. La eficacia del tratamiento glucocorticoideo en las exacerbaciones del asma en los niños no está establecida.
5. Los antagonistas de los receptores de los leucotrienos mejoran los síntomas del asma y reducen las necesidades de beta-agonistas complementarios.

188. Una de las siguientes premisas, NO existe en la Tetralogía de Fallot:

1. Crisis hipoxías.
2. Postura de Acucillamiento.
3. Disnea de esfuerzo.
4. Hipertensión Pulmonar.
5. Corazón en zueco en la Rx de tórax.

189. En relación con la transmisión vertical del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) a partir de una madre afecta del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), ¿cuál es la respuesta FALSA?:

1. Puede existir transmisión vertical antes, durante o después del parto.
2. El porcentaje más alto de niños infectados por VIH adquiere el virus durante el parto.
3. La terapia prenatal, intraparto y postnatal con zidovudina ha disminuido la tasa de transmisión en el mundo desarrollado hasta menos del 8%.
4. No se ha detectado virus VIH en la leche de madres infectadas.
5. Un peso al nacer inferior a 2.500 gramos aumenta al doble la tasa de transmisión.

190. En relación a la fibrosis quística (FQ) todas las afirmaciones siguientes son ciertas, EXCEPTO una, ¿cuál?:

1. Las mutaciones del gen de la FQ se localizan en el brazo largo del cromosoma 7.
2. El diagnóstico por despistaje neonatal se realiza mediante la determinación de tripsinógeno o tripsina inmunorreactivos séricos.
3. Las formas mucoides de Pseudomona aeruginosa son diagnósticas de FQ en niños.
4. El hallazgo de concentraciones baja de cloro

en sudor permiten confirmar el diagnóstico.

5. Un 15-20% de los recién nacidos con FQ presenta un ileo meconial.

191. El tratamiento de la Coartación de aorta en el niño escolar consiste en:

1. Tratamiento médico de la hipertensión.
2. Angioplastia con balón.
3. Reparación quirúrgica.
4. Infusión de Prostaglandinas.
5. No requiere tratamiento.

192. Un niño de 8 años inmigrante de un país africano que presenta una gibosidad angulada a nivel torácico con paraparesias en miembros inferiores. En Rx lateral de columna se observa una cifosis angular intensa, destrucción del cuerpo vertebral T8-T9 y en RMN una estrechez del canal torácico y compresión medular. La etiología más frecuente:

1. Cifosis congénita.
2. Tuberculosis vertebral.
3. Tumor de Ewing.
4. Infección piógena.
5. Fractura antigua.

193. ¿Cuál de los siguientes muestreos es de tipo no probabilístico?:

1. Muestreo sistemático.
2. Muestreo estratificado.
3. Muestreo de casos consecutivos.
4. Muestreo aleatorio simple.
5. Muestreo por conglomerados.

194. Para el cálculo del tamaño muestral en un estudio descriptivo en el que la variable de interés es dicotómica se precisa conocer los siguientes ingredientes, EXCEPTO uno:

1. Proporción esperada de la variable de interés en la población.
2. Precisión deseada del intervalo de confianza.
3. El error beta asumible por el investigador.
4. Nivel de confianza del intervalo.
5. Fórmula para calcular el tamaño muestral para un estudio descriptivo con una variable dicotómica.

195. ¿Cuál de las siguientes es una característica de los estudios ecológicos?:

1. La información se recoge de cada individuo.
2. Utilizan datos secundarios.
3. Es el diseño más adecuado para realizar inferencias causales.
4. Son los adecuados después de haber realizado estudios de base individual.
5. Son caros y lentos de realizar.

196. En relación a los estudios de cohortes y a los

estudios de casos y controles es cierto afirmar que:

1. Actualmente se realizan a menudo a través de bases de datos sanitarias.
2. Son diseños observacionales de tipo descriptivo.
3. Los estudios de cohortes son de elección cuando se pretende investigar el riesgo de medicamentos asociado a enfermedades que sean poco frecuentes.
4. Los controles son los pacientes que tienen la enfermedad objeto de estudio pero que no han estado expuestos a los medicamentos cuyo riesgo se investiga.
5. Los estudios de cohortes son de carácter prospectivo.

197. Una ventaja de los estudios de cohortes es que:

1. Pueden evaluar la relación entre la exposición en estudio y muchas enfermedades.
2. Son baratos, debido a que no se requieren prácticamente recursos para seguir en el tiempo a las personas incluidas en el estudio.
3. Los resultados del estudio están disponibles en un corto periodo de tiempo.
4. Se pueden utilizar, y de hecho se suelen utilizar, para el estudio de enfermedades raras.
5. Tienen mejor validez interna que los ensayos clínicos.

198. Con respecto a los estudios de casos y controles, ¿cuál es la opción correcta?:

1. Son prospectivos y muy útiles para medir los efectos de exposiciones infrecuentes en la población.
2. Permiten valorar simultáneamente el riesgo asociado a la exposición a varios factores etiológicos.
3. Son estudios experimentales en los que los casos y los controles se asignan al azar.
4. Consisten en la comparación de un grupo de casos expuestos a un factor de riesgo con un grupo de controles no expuestos a él.
5. Permiten conocer todos los acontecimientos adversos que aparecen con la exposición a un medicamento.

199. Respecto a los estudios de casos y controles, es cierto que:

1. Se analizan comparando la incidencia de una enfermedad o proceso en el grupo de casos respecto al grupo de controles.
2. Pueden escogerse varios controles para cada caso.
3. Una de las medidas de asociación que puede calcularse directamente en su análisis es el riesgo relativo.
4. Se denominan también estudios de prevalencia.

5. Es preferible seleccionar casos prevalentes en lugar de casos incidentes de la enfermedad o proceso en estudio.

200. Se llama Prevalencia a:

1. Número de casos nuevos que surgen en una población en un determinado periodo de tiempo.
2. Proporción de personas de una población que padecerán una enfermedad a lo largo de un periodo de tiempo.
3. Seguimiento de cada uno de los miembros de una población.
4. Número de casos (tanto antiguos como recientes) de una determinada enfermedad que existen en una población.
5. Frecuencia de una enfermedad en cualquier momento a lo largo de la vida de un individuo.

201. Un artículo de una revista científica informa que el intervalo de confianza al 95% del nivel medio de colesterolemia en los adultos atendidos en un Centro de Salud es 192-208. Se aceptó que la variable tenía una distribución normal y el número de pacientes estudiados fue 100. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?:

1. La probabilidad de que el nivel medio poblacional esté comprendido entre 192 y 208 es 0,95.
2. Si se repitiera el estudio muchas veces, en un 95% de ellas se obtendría una media muestral comprendida entre 192 y 208.
3. El 95% de los adultos de la población tiene un nivel de colesterolemia comprendido entre 192-208.
4. La media muestral encontrada en el estudio es de 200.
5. La desviación típica muestral encontrada en el estudio es aproximadamente 40.

202. En relación a las distintas fases del desarrollo clínico de los fármacos, indique cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA:

1. Los ensayos de fase I se realizan en voluntarios sanos para todos los tipos de fármacos.
2. Los ensayos de fase II son de búsqueda de dosis y de diferentes pautas de tratamiento.
3. Los criterios de inclusión en los estudios de fase II son rígidos.
4. El objetivo primordial de los estudios de fase III es confirmar la eficacia del fármaco para conseguir su aprobación.
5. Los ensayos de fase IV se realizan después de que el fármaco ya ha sido comercializado.

203. Estamos diseñando un ensayo clínico controlado para evaluar el efecto de un nuevo fármaco hipolipemiente sobre la morbimortalidad car-

diovascular, y sabemos que la diabetes mellitus tipo II es un factor pronóstico muy relevante que queremos que se distribuya por igual en los dos grupos de tratamiento. ¿Qué tipo de aleatorización sería la más adecuada?:

1. Asignación aleatoria simple.
2. Asignación aleatoria restrictiva.
3. Aleatorización por bloques.
4. Asignación aleatoria estratificada.
5. No es necesario aleatorizar a los pacientes.

204. Según lo cercano o alejado de la práctica habitual, se pueden distinguir dos tipos de ensayos clínicos, los explicativos y los pragmáticos, que presentan características diferentes. Señale la respuesta INCORRECTA:

1. Los estudios explicativos tienen unos criterios de inclusión muy laxos para poder completar el reclutamiento lo antes posible.
2. Los estudios pragmáticos intentan remedar la práctica clínica habitual por lo que incluyen muestras grandes y heterogéneas.
3. En los estudios pragmáticos el análisis estadístico suele ser por intención de tratar y en los explicativos por protocolo.
4. Los estudios explicativos se suelen realizar en la fases I, II y III precoz, y los estudios pragmáticos en la fase III tardía y en la IV.
5. En los estudios explicativos el enmascaramiento de los tratamientos es muy importante.

205. Si en un meta-análisis de ensayos clínicos controlados con placebo se obtiene que el fármaco A presenta un NNT (número de sujetos que necesitamos tratar para evitar un evento) de 10, y en otro meta-análisis de ensayos clínicos de características similares se obtiene que el fármaco B presenta un NNT de 50. ¿Cuál de los fármacos sería de primera elección si consideramos que no existen diferencias en la seguridad?:

1. Necesitamos conocer el riesgo relativo para poder saber cual de los dos fármacos es más eficaz.
2. Hasta que no se realice un ensayo clínico que compare el fármaco A con el fármaco B es mejor no utilizar ninguno de los dos porque la eficacia de ambos parece pequeña.
3. El fármaco A porque es más eficaz.
4. El que sea más barato porque los dos fármacos son igual de eficaces.
5. El fármaco B porque es cinco veces más eficaz que el fármaco A.

206. ¿Qué diseño sería INADECUADO en un ensayo clínico para evaluar la eficacia de un nuevo tratamiento antibiótico en una infección aguda con parámetros objetivos de respuesta clínica?:

1. Controlado que compara el nuevo antibiótico

asociado al tratamiento estándar versus el tratamiento estándar más placebo, aleatorizado, paralelo, doble ciego.

2. Aleatorizado, cruzado, comparado con el tratamiento antibiótico habitual.
3. Doble ciego, aleatorizado, paralelo, controlado con el tratamiento antibiótico habitual.
4. Aleatorizado, no ciego, con otro antibiótico estándar como control y paralelo.
5. Aleatorizado, tratamiento estándar como control, paralelo y simple ciego.

207. Usted desea diseñar un estudio para evaluar en el tratamiento de la hipertensión la combinación de un IECA y un diurético, ambos a dos niveles de dosis, y su comparación con placebo; el diseño que usted consideraría más eficiente es:

1. Un estudio cruzado administrando a cada uno de los pacientes dosis crecientes de los fármacos.
2. Un estudio factorial.
3. Un estudio secuencial.
4. Un diseño de Zelen sería el más apropiado.
5. Ninguno de ellos es adecuado.

208. ¿Cuál sería el diseño más adecuado de un estudio de fase III para verificar la eficacia y la seguridad de un nuevo antiagregante plaquetario?:

1. Aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo, en unos 50 voluntarios sanos.
2. Aleatorizado, doble ciego, comparativo con placebo, en unos 100 hombres de 40-50 años que han sufrido un infarto agudo de miocardio en el último mes.
3. Abierto, de seguimiento durante 5 años a más de 10.000 pacientes con cardiopatía isquémica y comparado con controles históricos tratados con ácido acetil salicílico.
4. Aleatorizado, abierto, comparativo con placebo, en unos 1000 pacientes con cardiopatía isquémica.
5. Aleatorizado, doble ciego, comparativo con ácido acetil salicílico, en más de 1000 pacientes con cardiopatía isquémica.

209. ¿En cuál de las siguientes entidades sería más fácilmente realizar un ensayo clínico con diseño cruzado?:

1. Fármaco para la prevención de migraña.
2. Analgésico en el síndrome premenstrual.
3. Estudio de una vacuna antigripal.
4. Antiagregante en la prevención de embolias.
5. Antibiótico para el tratamiento de una otitis.

210. Se ha realizado un ensayo clínico encaminado a valorar el descenso de la presión portal obtenido después de la administración aguda de tres alternativas de tratamiento (carvedilol, propranolol, metoprolol).

nolol y placebo) en pacientes cirróticos con varices esofágicas. La variable de respuesta es el gradiente de presión venosa hepática que es continua y de distribución normal. ¿Cuál de las siguientes pruebas estadísticas es la correcta para comparar la respuesta?:

1. Una prueba de la t de Student.
2. Una prueba de Wilcoxon.
3. Una prueba de Fisher.
4. Un análisis de la varianza.
5. Una prueba U de Mann-Whitney.

211. Se ha realizado un estudio de distribución aleatoria (ensayo clínico) sin enmascaramiento de los tratamientos del estudio en más de 1000 pacientes con hepatitis C en el que se comparó la administración de interferón y ribavirina frente a l interferón pegilado y ribavirina. En el primer grupo la proporción de respuesta virológica sostenida (variable principal del estudio) fue de 40% y en el segundo del 45%; los límites del intervalo de confianza al 95% de la reducción absoluta del riesgo oscilaron entre -12% y -3%. ¿Cuál es la interpretación del resultado?:

1. El estudio sugiere que ambos tratamientos son similares.
2. Dada la ausencia de enmascaramiento los resultados no se pueden interpretar.
3. La ausencia de un valor de p inferior a 0.05 impide valorar los resultados del estudio con la información disponible.
4. El estudio no es capaz de determinar la superioridad de uno de los dos tratamientos.
5. El estudio demuestra que la diferencia observada es estadísticamente significativa con un nivel de confianza del 95%.

212. Señale cuál de las siguientes afirmaciones sobre el metaanálisis es correcta:

1. Agrega resultados de varios ensayos clínicos de diseño similar.
2. Es un ensayo clínico que se realiza tras la comercialización.
3. Es un análisis de la población que recibirá un tratamiento.
4. Es una combinación de diseños en un análisis.
5. Es un estudio de seguimiento de pacientes que han abandonado un ensayo clínico.

213. Para realizar un cribado en su primer momento o fase, ¿qué característica interna del test se suele priorizar?:

1. Que sea muy sensible.
2. Que sea muy específico.
3. Que sea aplicable a muchas personas.
4. Que sea barato.
5. Alto valor informativo.

214. El valor predictivo positivo de una prueba diag-

nóstica se define como:

1. Una cantidad igual a 1 menos la especificidad.
2. Una función que depende sólo de la sensibilidad y la especificidad de un test.
3. La probabilidad de que un individuo enfermo tenga un resultado positivo.
4. La probabilidad de una enfermedad dado un resultado positivo en el test.
5. La proporción de verdaderos positivos.

215. En los preparativos de un programa de atención al diabético se valoró la validez de un test para la detección de microalbuminuria. Para ello se seleccionaron aleatoriamente 316 sujetos del registro de diabéticos de la zona. Se le practicó la prueba o test y se observaron 204 verdaderos positivos, 5 falsos positivos, 4 falsos negativos y 103 verdaderos negativos. Con estos resultados conteste la siguiente pregunta: La sensibilidad del test para la detección de microalbuminuria es:

1. 4/204.
2. 4/316.
3. 108/103.
4. 201/208.
5. 208/316.

216. ¿Qué tipo de análisis de evaluación económica debe utilizarse para comparar dos intervenciones sanitarias cuyos resultados son iguales?:

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

217. ¿En qué tipo de análisis de evaluación económica se expresan los resultados como coste por año de vida ajustado por calidad (AVAC)?:

1. Análisis coste-afectividad.
2. Análisis coste-beneficio.
3. Análisis coste-utilidad.
4. Análisis de minimización de costes.
5. Análisis coste-consecuencia.

218. ¿Cómo se denominan los costes que, como consecuencia de la enfermedad, afectan negativamente a la actividad productiva, a causa del fallecimiento, la incapacidad, el menor rendimiento o la ausencia al trabajo de la población ocupada?:

1. Tangibles directos médicos (o sanitarios).
2. Tangibles directos no médicos.
3. Tangibles indirectos.
4. Tangibles negativos.
5. Intangibles.

219. Señale la respuesta correcta respecto a la prác-

tica de inmunización:

1. Las vacunas inactivadas causan enfermedad subclínica.
 2. Las vacunas conjugadas son poco unmunógenas en menores de 2 años.
 3. La polio inactivada (VPI) elimina el riesgo de polio paralítica asociada a la vacuna oral.
 4. La administración simultánea de varias vacunas compromete la eficacia de las mismas.
 5. La triple vírica se ha de posponer en niños que mantienen contacto estrecho con una gestante no inmunizada.
- 220. A una paciente inmigrante de 23 años sin antecedentes patológicos relevantes, que proviene de Rumania y que no recuerda si ha sido vacunada, ¿qué vacunas le administraría?:**
1. Solamente la del tétanos porque ya no es una adolescente.
 2. Tétanos y difteria.
 3. Tétanos, difteria y triple vírica.
 4. Tétanos, difteria, triple vírica y polio oral.
 5. Tétanos, difteria, triple vírica y polio inactivada.
- 221. Tiene que iniciarse un tratamiento con digoxina en una paciente de 80 kg de peso. Dado que presenta una insuficiencia cardíaca descompensada queremos obtener un efecto rápido, para lo cual administramos la digoxina por vía IV y nos proponemos alcanzar el nivel plasmático de 2,0 µg/l. Sabiendo que el volumen de distribución de la digoxina es 6l/kg, y asumiendo un modelo mono compartimental, la dosis inicial será:**
1. 2400 µg.
 2. 1200 µg.
 3. 960 µg.
 4. 480 µg.
 5. 160 µg.
- 222. Si la biodisponibilidad de un fármaco es del 75% ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?:**
1. Que el 25% del fármaco es metabolizado en el hígado.
 2. Que el 25% del fármaco no es eliminado pre-sistémicamente.
 3. Que hemos administrado el 75% de la dosis.
 4. Que el 75% del fármaco administrado accede a circulación sistémica.
 5. Que hemos administrado un 75% más de la dosis recomendada.
- 223. Los antagonistas de los receptores cisteinil-leucotrienos:**
1. Causan alta incidencia de reacciones adversas.
 2. Son el tratamiento de primera elección en el asma aguda.
 3. Tienen efecto antiagregante plaquetario.
 4. Son útiles como tratamiento complementario en el asma leve y moderada.
 5. Son de primera elección en bronquitis aguda.
- 224. ¿Cuál de los siguientes fármacos sería de elección en la esofagitis por reflujo gastroesofágico?:**
1. Misoprostol.
 2. Cimetidina.
 3. Pirenzepina.
 4. Bismuto coloidal.
 5. Omeprazol.
- 225. ¿Con cuál de las siguientes combinaciones no es de esperar que se produzca una interacción farmacológica clínicamente relevante?:**
1. Fenobarbital y anticonceptivos orales.
 2. Teicoplanina y carbamazepina.
 3. Tetraciclina y sulfato de hierro.
 4. Eritromicina y teofilina.
 5. Fluconazol y ciclosporina.
- 226. Una de las siguientes afirmaciones referidas a los ácidos teicoicos de la pared celular de las bacterias grampositivas es INCORRECTA:**
1. Son polímeros hidrosolubles de fosfatos de poliol.
 2. Son antígenos de superficie comunes.
 3. Funcionan como estructuras de unión a otras bacterias.
 4. Constituyen una barrera para la penetración de determinados antibióticos dentro de la célula.
 5. Son capaces de unirse a receptores específicos en las superficies de las células de los mamíferos.
- 227. Hay un grupo de microorganismos patógenos capaces de multiplicarse extracelularmente; pero que resisten la acción fagocitaria del macrófago por lo que pueden persistir latentes. Su erradicación depende de la activación de los macrófagos por los linfocitos T CD4 (T helper). ¿Cuál de los microorganismos citados a continuación pertenece a ese grupo?:**
1. *Staphylococcus aureus*.
 2. *Pseudomonas aeruginosa*.
 3. Virus de la hepatitis C.
 4. *Entamoeba histolytica*.
 5. *Mycobacterium tuberculosis*.
- 228. El diagnóstico de laboratorio de un paciente en el que se sospecha absceso hepático debido a *Entamoeba histolytica* debe incluir:**
1. Examen parasitológico de las heces y detección de anticuerpos específicos por técnica de hemaglutinación.

2. Examen parasitológico de las heces y estudio de una extensión de sangre teñida por Giemsa.
3. Estudio de una extensión de sangre teñida por Giemsa y hemocultivo.
4. Intradermorreacción cutánea con un antígeno amebiano específico.
5. Cultivo de una muestra de pus obtenida por punción.

229. Se entiende por “bacteriófagos”:

1. Bacterias que ingieren otras bacterias.
2. Parásitos que ingieren bacterias.
3. Virus que se multiplican en bacterias.
4. Bacterias que producen lisis en cultivos de tejidos celulares.
5. Bacterias que inactivan antibióticos.

230. Ante la sospecha clínica de una neumonía causada por *Legionella pneumophila*, ¿cuáles serían los métodos diagnósticos microbiológicos de elección?:

1. Cultivo de muestras respiratorias y detección de antígeno específico de *L. pneumophila* serogrupo 1 en sangre.
2. Cultivo de muestras respiratorias y detección de antígeno específico de *L. pneumophila* serogrupo 1 en orina.
3. Detección de *L. pneumophila* en muestras respiratorias por inmunofluorescencia directa.
4. Sólo detección de antígeno de *L. pneumophila* porque los cultivos no son rentables.
5. Detección de anticuerpos séricos frente a *Legionella*.

231. Las micromatrices o “microarrays” de DNA son unas nuevas plataformas tecnológicas basadas en la información generada por la secuenciación masiva del genoma humano. Una de las siguientes afirmaciones es cierta en relación a la aplicación de esta tecnología en oncología:

1. Se ha utilizado fundamentalmente para el análisis masivo de mutaciones en oncogenes y genes supresores de tumores.
2. Permite analizar la expresión masiva de decenas de miles de genes simultáneamente a partir de pequeñas cantidades de RNA de los tumores.
3. Está generando una información muy importante sobre la expresión proteica de tumores humanos.
4. Los resultados obtenidos en el momento actual son tan importantes que permiten ya su utilización en la práctica clínica.
5. Una limitación importante es que no proporcionan una información cuantitativa de las alteraciones génicas observadas.

232. El diagnóstico definitivo de amiloidosis tras un alto índice de sospecha clínica requiere la confirmación anatomopatológica del depósito de

amiloide en los tejidos. La maniobra diagnóstica que actualmente se considera de elección por su alto rendimiento es:

1. La biopsia renal.
2. La biopsia hepática.
3. La biopsia cutánea.
4. La punción aspirativa de grasa abdominal.
5. La determinación de amiloide circulante.

233. El diagnóstico más probable en una biopsia ganglionar laterocervical de un paciente joven caracterizada por la presencia de agregados macrofágicos con aspecto epiteliode rodeados de linfocitos y con una extensa ara central de necrosis es:

1. Infección por micobacterias.
2. Infección por bacilos Gram positivos.
3. Sarcoidosis.
4. Reacción inflamatoria a cuerpo extraño.
5. Ganglio que drena un territorio infiltrado por un carcinoma.

234. Una mujer de 55 años acude a consulta por presentar rectorragia acompañada de heces de aspecto mucoide. En el examen endoscópico se encuentra una tumoración plana de superficie vellosa de 4 x 3 cms. que se reseca endoscópicamente aparentemente de forma completa. ¿Cuál es la actuación médica prioritaria en la paciente?:

1. Descartar mediante exploración clínica y de imagen la presencia de un síndrome de Peutz Jeghers.
2. Hacer un estadiaje tumoral inmediato sobre todo con el fin de descartar metástasis hepáticas precoces.
3. Realizar como tratamiento inmediato resección intestinal de la zona que incluya el lecho tumoral, precedida de quimioterapia neoadyuvante y radioterapia preoperatoria.
4. Realizar un estudio histológico exhaustivo de la pieza con el fin de descartar áreas de carcinoma intramucoso o infiltrante.
5. Realizar un estudio clínico, radiológico y genético urgente con el fin de descartar poliposis múltiple familiar y cáncer colorectal hereditario.

235. Un paciente de 65 años acude a consulta de urología al haberle sido detectado un PSA en sangre de 20 ng/L. La ecografía muestra un nódulo de 2 cms. localizado en el lóbulo izquierdo en el que la biopsia demuestra carcinoma. El estudio de extensión no pone de manifiesto metástasis a distancia, adenopatías sospechosas, ni invasión de órganos vecinos. Se le realiza prostatectomía radical. ¿Cuál de los siguientes parámetros tiene importancia pronóstica?:

1. La estadificación anatómica en la pieza de resección y el volumen total de la glándula.
 2. La estadificación anatómica en la pieza de resección y el score de Gleason.
 3. La estadificación anatómica en la pieza de resección y el grado tumoral según Bloom-Richardson.
 4. El volumen tumoral estimado en comparación con el volumen glandular total.
 5. El volumen tumoral estimado en comparación con la cifra preoperatoria del PSA.
- 236. A pesar de que pueden haber variaciones anatómicas, lo habitual es que el ciego sea irrigado por una rama arterial que proviene de una de las siguientes arterias:**
1. Íliaca derecha.
 2. Mesentérica inferior.
 3. Hepática derecha.
 4. Mesentérica superior.
 5. Hemorroidal superior.
- 237. Sobre el menisco externo o lateral de la articulación de la rodilla indique:**
1. Sus inserciones tibiales están muy separadas y, por ello, tiene forma de C abierta.
 2. Su cuerno posterior se inserta por detrás del ligamento cruzado posterior.
 3. Se mueve menos que el menisco interno o medial.
 4. Su cuerno anterior se inserta por delante del ligamento cruzado anterior.
 5. Sus inserciones laterales están muy próximas y tienen forma de C muy cerrada o de O.
- 238. En la cirugía del tiroides es importante conocer que la irrigación de las glándulas paratiroides proviene fundamentalmente de la arteria:**
1. Cervical ascendente.
 2. Cervical transversa.
 3. Tiroidea superior.
 4. Tiroidea inferior.
 5. Tiroidea media.
- 239. Respecto a la gastrulación en el embrión humano, es cierto que:**
1. Tiene lugar en la primera semana del embarazo.
 2. Da origen al amnios.
 3. Da origen al alantoides.
 4. Se generan las tres capas embrionarias.
 5. Se establece la circulación fetal.
- 240. ¿De qué músculo forma parte el ligamento inguinal?:**
1. Oblicuo externo del abdomen.
 2. Oblicuo interno del abdomen.
 3. Transverso del abdomen.
 4. Psoas.
 5. Pectíneo.
- 241. ¿Cuál de las siguientes moléculas HLA es de clase II?:**
1. A11.
 2. B7.
 3. Cw3.
 4. DR2.
 5. CD1.
- 242. ¿Qué metodología es la más adecuada para el diagnóstico de la deficiencia en antígenos de histocompatibilidad de clase II?:**
1. Hemograma.
 2. Respuesta a mitógenos.
 3. Cuantificación de inmunoglobulinas por nefelometría.
 4. Proteinograma.
 5. Citometría de flujo.
- 243. ¿Qué contiene una vacuna conjugada?:**
1. Virus vivos y virus inactivados.
 2. Virus y bacterias.
 3. Un antígeno proteico y su adyuvante.
 4. Una proteína y un polisacárido unidos covalentemente.
 5. Un hapteno y su transportador o *carrier*.
- 244. ¿Cuál de las siguientes enfermedades se produce por un mecanismo autoinmunitario de hipersensibilidad tipo II (mediado por anticuerpos distintos de la IgE)?:**
1. Lupus eritematoso.
 2. Asma.
 3. Miastenia *gravis*.
 4. Rechazo agudo de injertos.
 5. Diabetes mellitus sensible a insulina.
- 245. ¿Dónde se localizan los genes responsables de un patrón de herencia materna?:**
1. En el cromosoma X.
 2. En la región pseudoautosómica de los gonosomas.
 3. En el genoma nuclear del ovocito secundario.
 4. En las mitocondrias.
 5. En los 23 cromosomas homólogos procedentes del progenitor femenino.
- 246. ¿Cuál es la definición correcta de la penetrancia de un genotipo?:**
1. Es el grado de manifestación fenotípico o expresividad.
 2. Es la capacidad de difusión tisular de los productos génicos.
 3. Es la proporción del genotipo que se transmite a lo largo de las generaciones.

4. Es la probabilidad de que se presente un determinado fenotipo.
 5. Es la manifestación temprana de una enfermedad congénita.
- 247. ¿Qué hormonas son las responsables de la fusión de las epífisis y del cese del crecimiento tanto en varones como en mujeres?:**
1. Testosterona.
 2. Estrógenos.
 3. GH.
 4. IgFI.
 5. TSH.
- 248. En relación con el hierro, señale la respuesta FALSA:**
1. En el intestino, el hierro se une a la ferritina, que es la proteína de transporte.
 2. La demanda de hierro es mayor cuando la eritropoyesis está estimulada.
 3. La liberación de hierro en los depósitos disminuye en la inflamación.
 4. La absorción intestinal del hierro contenido en el hemo de la carne roja es proporcionalmente mayor que la del hierro contenido en los vegetales.
 5. La absorción intestinal de hierro de un hombre sano debe ser, por lo menos, 1 mg de hierro elemental al día.
- 249. Sobre los volúmenes pulmonares, indique la respuesta correcta:**
1. La capacidad vital es la capacidad pulmonar total.
 2. El volumen residual es la capacidad funcional residual.
 3. El FEF₂₅₋₇₅ se mide en litros/segundo.
 4. Mediante la espirometría podemos medir la capacidad vital, la capacidad pulmonar total y el volumen residual.
 5. El volumen de ventilación pulmonar en reposo ("tidal volume") incluye el volumen de reserva inspiratoria.
- 250. Uno de los siguientes efectos fisiológicos de los glucocorticoides (Cortisol) es FALSO:**
1. Favorecen la gluconeogénesis en el hígado.
 2. Disminuyen la eliminación de nitrógeno.
 3. Inhibe la respuesta inmunitaria.
 4. Aumenta la eliminación renal de agua exenta de solutos.
 5. Protege contra el estrés.
- 251. Entre las siguientes afirmaciones sobre las quemaduras eléctricas señale la INCORRECTA:**
1. El daño subyacente puede no ser evidente inicialmente.
 2. La resistencia a la corriente eléctrica es máxima en el tejido nervioso y músculos.
 3. El daño renal es secundario a la rabdomiolisis.
 4. La corriente alterna puede provocar fracturas y luxaciones.
 5. El edema puede producir compromiso vascular en zonas distales a la lesión.
- 252. ¿Cuál de las siguientes medidas educacionales parece menos adecuada en el paciente con insuficiencia cardíaca crónica estable?:**
1. Realizar una dieta hiposódica.
 2. Pesarse a diario.
 3. Realizar ejercicio físico a diario.
 4. Tomar ibuprofeno si presenta dolor lumbar.
 5. Contactar con un médico si aparece hinchazón de piernas.
- 253. ¿Cuál de los siguientes procesos NO es una complicación de la inmovilización crónica en un paciente encamado?:**
1. Diarrea.
 2. Depresión.
 3. Amiotrofia.
 4. Úlceras por decúbito.
 5. Neumonías o atelectasias pulmonares.
- 254. Mujer de 18 años de edad hija de paciente con carcinoma medular de tiroides y feocromocitoma. La exploración pone de manifiesto neuroomas mucosos e hiperplasia de los nervios craneales:**
1. Se deberá practicar estudio genético de la mutación del gen que codifica la menina.
 2. Es útil la determinación de prolactina sérica.
 3. Se debe realizar la prueba de secretina-gastrina.
 4. Determinación en plasma de hormonas gastrointestinales.
 5. Posiblemente se trata de una neoplasia endocrina múltiple tipo 2b.
- 255. En un paciente de 8 años que presenta dolor abdominal y articular y cuadro purpúrico limitado a extremidades inferiores que evoluciona por brotes debe hacer pensar, como diagnóstico más probable, en:**
1. Un cuadro de reumatismo poliarticular agudo.
 2. Una púrpura trombocitopénica inmune.
 3. Una púrpura trombótica trombocitopénica.
 4. Una púrpura tipo Shönlein-Henoch, con angitis leucocitoclástica.
 5. Una púrpura trombocitopénica inducida por fármacos.
- 256. Ante un paciente joven que presenta una tumoración en hueso poplíteo de varios años de evolución, indolora y que cambia de tamaño, el diagnóstico más probable es:**

1. Sarcoma de partes blandas.
2. Osteocondroma femoral.
3. Rotura de un aneurisma poplíteo.
4. Quiste de Baker.
5. Hernia muscular de gemelo externo.

257. ¿Cuál de los siguientes marcadores tumorales puede ser útil para el diagnóstico y seguimiento del cáncer de páncreas?:

1. CA 15.3.
2. CA 125.
3. Alfa-fetoproteína.
4. CA 19.9.
5. Gonadotropina.

258. ¿Cuál será entre los siguientes el fármaco antihipertensivo de elección en un paciente con diabetes mellitus tipo 2 más hipertensión arterial y proteinuria?:

1. Bisoprolol.
2. Amlodipino.
3. Hidroclorotiacida.
4. Losartan.
5. Furosemida.

259. ¿En qué circunstancias NO sería aceptable el uso de un placebo como control en un ensayo clínico destinado a evaluar la eficacia de un nuevo tratamiento?:

1. Cuando la enfermedad sea aguda y no exista riesgo grave para el sujeto.
2. Cuando el ensayo clínico sea doble ciego.
3. Cuando la enfermedad tenga un curso no predecible y los tratamientos disponibles sean muy tóxicos.
4. Cuando la enfermedad sea muy grave y exista para ella un tratamiento eficaz.
5. Cuando está previsto un tratamiento de rescate.

260. Los SERM (moduladores selectivos de receptores de estrógenos) se utilizan en mujeres posmenopáusicas para el tratamiento farmacológico de la osteoporosis. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA respecto al Raloxifeno?:

1. El raloxifeno es eficaz en la prevención de fracturas vertebrales.
2. El raloxifeno reduce la incidencia de cáncer de mama invasor.
3. El raloxifeno ejerce una acción agonista estrogénica sobre el hueso.
4. El raloxifeno incrementa el riesgo de cáncer de endometrio.
5. El raloxifeno no disminuye la aparición de sofocos.