

1. ¿Cuál de los siguientes pacientes tiene una indicación más clara de tratamiento quirúrgico de enfermedad por reflujo?:
 1. Paciente de 80 años con hernia hiatal de mediano tamaño y pirosis frecuente que responde bien a 20 mg/día de omeprazol.
 2. Paciente de 56 años con molestias epigástricas tipo flatulencia y pirosis intermitente que responde sólo ligeramente al tratamiento con omeprazol.
 3. Paciente de 27 años con síndrome depresivo y molestias retroestemales que no alivian en absoluto con el tratamiento con inhibidores de la bomba de protones.
 4. Paciente de 58 años con pirosis diaria diurna y nocturna de más de 10 años de evolución y que permanece asintomático en los períodos que es tratado con dosis de omeprazol de 40 mg/día o superiores y cuyos síntomas recidivan inmediatamente al reducir esta dosis.
 5. Paciente de 66 años de edad con esofagitis erosiva y antecedentes de infarto de miocardio hace 1 año con insuficiencia cardiaca residual.

2. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta en relación al divertículo faringoesofágico o divertículo de Zenker?:
 1. Se trata de un divertículo por tracción.
 2. Suele diagnosticarse en pacientes jóvenes.
 3. El tratamiento incluye la miotomía del músculo cricofaríngeo.
 4. La pirosis es su síntoma principal.
 5. Se localiza siempre en la cara anterior de la hipofaringe.

3. La gastroscopia es una prueba diagnóstica fundamental para el estudio del paciente con hemorragia digestiva, y la urgencia en la realización de la misma dependerá de la magnitud de la hemorragia digestiva. ¿Podría señalar cuál de las siguientes situaciones NO expresa una mayor magnitud y por tanto gravedad de la hemorragia?:
 1. Hipotensión y taquicardia.
 2. Disminución del hematocrito y hemoglobina,
 3. Pacientes que requieren transfusión para mantener la estabilidad hemodinámica.
 4. Lavado gástrico por sonda naso-gástrica con abundante sangre roja, que no se aclara tras lavados repetidos con abundante volumen.
 5. Repetidos y frecuentes episodios de hematemesis con sangre roja y melenas.

4. ¿Cuál de las siguientes pautas es más probable que sea efectiva en la erradicación de *Helicobacter Pylori* después del fracaso de un primer tratamiento con Omeprazol (20 mg/12h), Amoxicilina (1g/12h) y Claritromicina (500 mg/12h) durante siete días?:
 1. Repetir nuevamente la pauta inicial pero mantenida durante 14 días.
 2. Repetir la pauta inicial pero cambiando Amoxicilina por Tetraciclina (500 mg/6h).
 3. Repetir la pauta inicial pero cambiando Claritromicina por Metronidazol (500 mg/8h).
 4. Es necesario practicar cultivo de biopsia gástrica y antibiograma para decidir la combinación antibiótica con mayores garantías de éxito.
 5. Administrar Omeprazol (20 mg/12h), Amoxicilina (1 g/12h) y Levofloxacin (500 mg/12h) durante 10 días.

5. Un paciente de 46 años de edad acude a urgencias por vómitos en posos de café y melena. El hematocrito de entrada es del 33%, su presión arterial es de 110/70 mmHg y su frecuencia cardiaca de 87 latidos por minuto. Un estudio endoscópico practicado 5 horas después de su ingreso revela alguna erosión superficial limpia en el tercio distal del esófago y varias erosiones superficiales en la zona antral prepilórica, una de ellas con un punto de hematina en su base. No quedan restos hemáticos en la cavidad gástrica. El paciente se había medicado con diclofenaco 150 mg/día los últimos 8 días por una cialgia. ¿Cuál sería la actitud más recomendable?:
 1. Tratamiento con inhibidores de la bomba de protones por vía oral y alta hospitalaria.
 2. Tratamiento erradicador de *Helicobacter pylori* de forma empírica y alta hospitalaria.
 3. Tratamiento hemostático con sonda de calor de la erosión con hematina en su base y perfusión endovenosa de inhibidores de la bomba de protones durante tres días.
 4. Ayuno total y tratamiento con perfusión endovenosa de inhibidores de la bomba de protones durante 48 horas.
 5. Colocación endoscópica de un hemoclip en la lesión erosiva con signos de hemostasia reciente.

6. Una mujer de 45 años, madre de un niño celíaco y sin síntomas ni signos de patología digestiva, es evaluada por anemia ferropénica detectada en analítica rutinaria. ¿Cuál de los siguientes enunciados es cierto respecto a este caso?:
 1. El riesgo de esta mujer de padecer enfermedad celíaca es similar al de la población general.
 2. La ausencia de diarrea hace que se pueda excluir la enfermedad celíaca como causa de la anemia de esta paciente.
 3. La determinación del alelo HLA-DQ2, de resultar positiva, establecería el diagnóstico de enfermedad celíaca.
 4. La evaluación inicial de esta paciente debería incluir la determinación de anticuerpos antiendomiso y/o anticuerpos antitransglutaminasa tisular.

5. La edad de la paciente permite excluir la enfermedad celíaca del diagnóstico diferencial.
7. Respecto a la enfermedad de Crohn. ¿Cuál de los siguientes enunciados es cierto?:
1. El proceso inflamatorio está limitado a la mucosa y a la submucosa superficial, y las capas más profundas permanecen respetadas.
 2. Para establecer el diagnóstico de enfermedad de Crohn se precisa la presencia de granulomas no caseificantes.
 3. El diagnóstico de enfermedad de Crohn no debe considerarse en individuos mayores de 50 años.
 4. El tabaco es un factor protector para la enfermedad de Crohn.
 5. No todos los pacientes con fístulas perianales presentan signos endoscópicos de inflamación en el colón.
8. A un paciente de 60 años, sin antecedentes familiares de cáncer colorrectal o de poliposis, se le halla en una colonoscopia, un único pólipo sénil de 0,5 cm en el sigma que se reseca por completo en un solo fragmento en el mismo acto endoscópico. La colonoscopia ha sido completa hasta el ciego y la preparación del colón era excelente. La anatomía patológica del pólipo revela un adenoma tubular con displasia de bajo grado. ¿Cuál de las siguientes recomendaciones de seguimiento sería la más adecuada?:
1. Programar un nuevo control colonoscópico dentro de 1 año.
 2. Programar un nuevo control colonoscópico dentro de 5 años.
 3. No hace falta programar una nueva colonoscopia porque el pólipo ya ha sido resecaado y no tenía displasia de alto grado.
 4. Para determinar con mayor precisión el intervalo de tiempo en el cual hay que repetir una nueva colonoscopia es preciso realizar un análisis de inestabilidad de microsátélites en el pólipo resecaado y eventualhmente secuenciación de los genes reparadores del ADN.
 5. Repetir un nuevo control colonoscópico a los tres meses con biopsias de la cicatriz de la base de resección *del* pólipo.
9. Un hombre de 28 años asintomático es remitido a consultas por detectarse en analítica del examen de rutina laboral una cifras de bilirrubina total en sangre de 3,8 mg/100 ml, con resto del perfil sanguíneo hepático normal. Refiere cifras ocasionalmente similares de bilirrubina en exámenes previos. ¿Qué prueba cree importante para orientar el diagnóstico?:
1. Colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPRE) para estudiar la vía biliar.
 2. No es preciso hacer más exploraciones.
 3. Determinación de bilirrubina total y fracciónada y frotis sanguíneo.
 4. Colecistografía oral,
 5. Determinación de virus hepatotropos.
10. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones relativas al tratamiento de la hepatitis crónica viral es FALSA?:
1. Una respuesta viral mantenida (negativización del ARN) en la hepatitis crónica C se considera curación de la infección viral.
 2. Una respuesta viral mantenida (negativización del ADN) en la hepatitis crónica B se considera curación de la infección viral.
 3. La ausencia de respuesta viral temprana permite interrumpir el tratamiento en pacientes con hepatitis crónica C, evitando efectos secundarios y costes económicos innecesarios.
 4. La duración del tratamiento antiviral en la hepatitis crónica C depende del genotipo viral.
 5. El tratamiento antiviral indicado en la hepatitis crónica por virus C es la asociación de interferón alfa pegilado y ribavirina.
11. Hombre de 60 años, diagnosticado de cirrosis hepática virus C, en situación clínica Child B, que presenta hemorragia por varices gástricas. El tratamiento médico, la terapia endoscópica y el taponamiento han fracasado, continuando con hemorragia digestiva por varices. El tratamiento más adecuado será:
1. Trasplante hepático urgente.
 2. Realización de una cirugía resectiva: desconexión árgico portal (técnica de Sugiura).
 3. Realización de una portocava calibrada (shunt portosistémico quirúrgico).
 4. Shunt transyugular porto sistémico íntrohepático.
 5. La mejor cirugía derivativa de urgencia es la derivación selectiva espleno-renal distal de Warren.
12. Un hombre de 52 años acude a consulta refiriendo un cuadro de cansancio generalizado, leve pérdida de peso, dolores articulares en muñecas y rodillas y disminución de la libido. No refiere hábitos tóxicos ni ingesta de medicamentos. A la exploración llama la atención un bronceado de la piel (no relacionado con toma de sol) y discreta hepatomegafia. En la analítica realizada destaca: glucosa basal 180 mg/dl; GOT: 78 U/l; GPT: 89 U/l; ferritina 650 ng/ml; transferrina: 260 mg/dl; saturación de transferrina: 66%; hierro sérico: 220 ug/dl. ¿Qué otra prueba complementaria entre las siguientes solicitaría inicialmente para llegar al diagnóstico?:
1. Prueba de sobrecarga oral a la glucosa.
 2. Estudio genético de la mutación C282Y,
 3. Carga viral del virus de la hepatitis C.
 4. Niveles de testosterona en sangre.

5. Resonancia magnética de las articulaciones de la muñeca,
13. Ante la presencia de una masa hepática asintomática descubierta de forma casual, es FALSO:
1. El diagnóstico diferencial entre masa sólida y quística se realizará mediante ecografía.
 2. Se debe establecer el diagnóstico diferencial entre hiperplasia nodular focal y el adenoma hepático.
 3. El hemangioma cavernoso se diagnostica por resonancia con contraste de gadolinio al ser muy intenso en T2.
 4. El tratamiento de elección de la hiperplasia nodular focal es quirúrgico por la posibilidad de malignidad.
 5. La biopsia hepática de la lesión será de utilidad para instaurar una terapia no quirúrgica.
14. Una de las siguientes patologías NO es un factor predisponente para el desarrollo de un colangiocarcinoma:
1. Litiasis intrahepática.
 2. Parasitosis por *Clonorchis Sinensis*.
 3. Colangitis esclerosante primaria.
 4. Hemocromatosis.
 5. Enfermedad de Caroli.
15. ¿Cuándo sospecharemos que un paciente diagnosticado previamente de pancreatitis crónica está desarrollando una insuficiencia pancreática exocrina grave?:
1. El paciente explica pérdida de apetito.
 2. Se le detecta hiperglicemia en varias analíticas realizadas.
 3. El paciente refiere deposiciones amarillentas y brillantes con pérdida de peso.
 4. Su enfermedad ya lleva muchos años de evolución.
 5. El paciente se queja de dolor incapacitante.
16. En un paciente con pancreatitis aguda que presenta mal estado general, leucocitosis de 20.000/uX, fiebre de 39°C, insuficiencia renal, disnea y shock, la actuación recomendada es:
1. Laparotomía de urgencia.
 2. Nutrición parenteral total.
 3. Albúmina i.v. hasta que la albúmina sérica supere los 3 g/L.
 4. Dextrano 60.
 5. Punción del páncreas con aguja fina y cultivo.
17. Un paciente de 25 años inició hace 6 semanas un cuadro de diarrea con sangre y fiebre por lo que fue tratado con amoxicilina/clavulánico durante 7 días sin mejoría. Ante la persistencia de los síntomas se practica una colonoscopia que demuestra un recto normal y la presencia de aftas en sigma y úlceras longitudinales en colon transversal. ¿Cuál es el diagnóstico de sospecha más probable?:
1. Colitis por *Clostridium Difficile*.
 2. Colitis ulcerosa,
 3. Colitis amebiana.
 4. Enfermedad de Crohn.
 5. Colitis isquémica.
18. Un niño de 10 años sufrió un accidente de bicicleta y hubo que intervenirle quirúrgicamente por un hemoperitoneo. Existía una ruptura del bazo y hubo que practicar una esplenectomía urgente. Todas las entidades que se refieren a continuación son más frecuentes en este niño que en la población normal, SALVO una. Señala ésta:
1. Bacteriemias.
 2. Úlcus duodenal.
 3. Trombosis profunda.
 4. Neumonías.
 5. Meningitis graves.
19. ¿Qué tenemos que hacer cuando en una pancreatitis aguda grave se demuestra por el cultivo, realizado en la punción-aspiración con aguja fina guiada por TAC abdominal, infección de la necrosis pancreática?:
1. Iniciar tratamiento antibiótico y mantener actitud conservadora.
 2. Cambiar la nutrición parenteral por enteral.
 3. Tratamiento quirúrgico: desbridamiento o necrosectomía.
 4. Iniciar tratamiento con un inhibidor de las proteasas.
 5. Aumentar el tratamiento analgésico.
20. Un paciente acude a su consulta y usted hace el diagnóstico de presunción de diverticulitis aguda, porque relata cuatro signos frecuentes de esta enfermedad. Uno de los siguientes NO suele acompañar a la diverticulitis aguda de sigma:
1. Dolor en fosa ilíaca izquierda.
 2. Escalofríos.
 3. Fiebre.
 4. Cambio en el ritmo intestinal,
 5. Rectorragias.
21. Gimbernat dijo en el siglo XIX que las enfermedades que más comúnmente afligen a la humanidad son sin duda las hernias. Hasta finales del siglo XX éstas eran la causa más frecuente de oclusión intestinal. En las últimas décadas la causa más frecuente de la obstrucción intestinal mecánica es:
1. Siguen siendo las hernias, suponiendo un 60% de las causas de íleo.
 2. Las tumoraciones malignas, que suponen un 60% de las causas de íleo.

3. El síndrome adherencia! postoperatorio, que supone el 60% de las causas de íleo.
 4. Los vólvulos e invaginaciones, que sumados en niños y adultos suponen un 60% de las causas de íleo.
 5. Los síndromes metabólicos tipo diabetes y otros, lo que sumado a la pluripatología y ancianidad de los pacientes quirúrgicos actuales suponen un 60% de las causas de íleo.
22. Un hombre de 72 años de edad con sólo antecedentes de hipercolesterolemia bien controlada, leve depresión y enfermedad por reflujo gastroesofágico controlada con omeprazol, acude al Servicio de Urgencias por presentar desde hace 12 horas dolor intenso en fosa iliaca izquierda y aumento del número de deposiciones (hasta 4/día), líquidas pero sin productos patológicos. A la exploración se observa dolor a la palpación superficial y profunda en fosa iliaca izquierda, ruidos presentes y no signos de irritación peritoneal. La analítica urgente es normal salvo leucocitosis ($16,3 \cdot 10^3/uX$) con desviación izquierda. Se le realiza un TAC abdominal urgente en el que se describe imágenes sugerentes de diverticulosis con signos de diverticulitis aguda sin datos de perforación. ¿Qué actitud terapéutica considera más correcta?:
1. Realización de colonoscopia urgente.
 2. Colocación urgente de un drenaje percutáneo, dirigido por TAC, en área inflamada.
 3. Intervención quirúrgica urgente para extirpar zona del colon inflamada.
 4. Alta domiciliaria, recomendando dieta rica en fibra y que acuda nuevamente a urgencias si empeora la situación del paciente.
 5. Observación hospitalaria con dieta absoluta y administración de ciprofloxacino y metronidazol por vía i.v.
23. ¿En cuál de las siguientes situaciones clínicas, el pulso paradójico (disminución de la presión arterial de más de 10 mmHg durante la inspiración), no está presente en la exploración física?:
1. Estenosis aórtica.
 2. Taponamiento cardíaco.
 3. Pericarditis constrictiva.
 4. Embolia pulmonar.
 5. Enfisema pulmonar (cor pulmonale).
24. Está contraindicado usar betabloqueantes como tratamiento en sujetos hiperénsos que tengan además una de las siguientes circunstancias acompañantes, SALVO:
1. Bloqueo aurículo-ventricular de 2º grado.
 2. Asma bronquial,
 3. Enfermedad del nódulo sinusal.
 4. Diabetes mellitus en tratamiento con hipoglucemiantes.
 5. Insuficiencia cardíaca.
25. Hombre de 55 años, fumador de 20 cigarrillos/día y bebedor de más de 90 gramos de alcohol/día. Ingresa por presentar en los últimos 2 meses disnea progresiva hasta hacerse de reposo, ortopnea y crisis de disnea paroxística nocturna. En la exploración destaca soplo pansistólico, crepitantes de gruesa burbuja diseminados y edemas en extremidades inferiores. Electrocardiograma: fibrilación auricular con respuesta ventricular a 130 lpm y bloqueo completo de rama izquierda. En la radiografía de tórax presentaba cardiomegalia global, derrame pleural bilateral, edema intersticial en bases y líneas B de Kerley. ¿Cuál sería su primer diagnóstico de sospecha?:
1. Miocardiopatía restrictiva.
 2. Pericarditis crónica constrictiva.
 3. Miocardiopatía dilatada.
 4. Miocardiopatía hipertrófica obstructiva.
 5. Cor pulmonale crónico.
26. ¿Cuál de los siguientes hallazgos ecocardiográficos es un criterio mayor en el diagnóstico de la Endocarditis Infecciosa?:
1. Derrame pericárdico.
 2. Prolapso de un festón de la válvula mitral!
 3. Insuficiencia mitral moderada.
 4. Absceso periaórtico.
 5. Insuficiencia aórtica severa.
27. Un paciente de 63 años, con Insuficiencia Cardíaca por cardiopatía hipertensiva, en situación estable (en clase funcional I según grado de disnea), presenta en el Ecocardiograma, Disfunción Sistólica (Fracción de Eyección < 35%). ¿Qué grupo de fármacos estaría más indicado como tratamiento inicial?:
1. Digitalicos.
 2. Inhibidores de la ECA.
 3. Antagonistas de Calcio.
 4. Betabloqueantes.
 5. Diuréticos.
28. En relación con el empleo de la trombolisis en el infarto agudo de miocardio, señale la afirmación FALSA:
1. Es útil para disminuir el tamaño de la zona infartada.
 2. Es útil para disminuir las arritmias.
 3. Es útil para disminuir la mortalidad.
 4. Es útil para limitar la disfunción ventricular izquierda.
 5. Sólo es útil en las primeras horas post-íntarto.
29. El mecanismo principal de acción de la tenecteplasa (TNK) en los síndromes coronarios agudos con elevación del segmento ST es:

1. Estimular el complejo protrombinasa y la formación de trombina.
 2. Estimular la conversión de plasminógeno en plasmina.
 3. Bloquear el receptor GP Hb/EIa de las plaquetas.
 4. Inhibir la formación de trombina y plasminógeno.
 5. Estimular la producción de heparinoídes.
30. Paciente de 65 años de edad, con antecedentes de haber sufrido un infarto de miocardio hace dos años. Acude al Hospital por un cuadro de malestar general, sudoración y palpitaciones. En el electrocardiograma se observa un ritmo regular a 170 latidos por minuto con complejos QRS de 0.14 segundos. ¿Cuál sería su primer diagnóstico?:
1. Fibrilación auricular paroxística.
 2. Taquicardia nodal.
 3. Taquicardia ventricular.
 4. Taquicardia paroxística supraventricular.
 5. Flutter auricular.
31. Una de las siguientes respuestas, referidas a la arritmia cardiaca, fibrilación auricular, es FALSA:
1. Deben descartarse factores precipitantes como hipertiroidismo o embolismo pulmonar.
 2. La anticoagulación está indicada en todos los casos.
 3. En situaciones de inestabilidad hemodinámica es adecuado el tratamiento de cardioversión eléctrica.
 4. Cuando el diámetro de la aurícula izquierda es mayor de 45 mm, puede ser difícil revertir a ritmo sinusal.
 5. Cuando el diámetro de la aurícula izquierda es mayor de 45 mm. puede ser difícil mantener el ritmo sinusal, si se consigue la reversión.
32. Se considera indicación de desfibrilador implantable:
1. Extrasístoles ventriculares complejos sintomáticos en paciente sin cardiopatía.
 2. Taquicardia ventricular incesante.
 3. Fibrilación ventricular que ocurre en la primera hora tras un infarto agudo de miocardio.
 4. Parada cardiaca por fibrilación ventricular en paciente con infarto de miocardio crónico anterior extenso.
 5. Síncopes de repetición en paciente con estudio cardiológico normal.
33. ¿En cuál de estas posibles causas desencadenantes de Insuficiencia Cardiaca NO existe incremento del gasto cardiaco?:
1. Tirotoxicosis.
 2. Embarazo.
 3. Anemia.
 4. Fiebre.
 5. Taquiarritmia.
34. Señale la respuesta INCORRECTA respecto a la estenosis aórtica:
1. Suele requerir tratamiento quirúrgico en personas mayores.
 2. La edad no suele ser una contraindicación para el recambio valvular.
 3. La muerte súbita es una complicación poco común de los pacientes con estenosis aórtica sintomática.
 4. Cuando la estenosis aórtica se hace sintomática está indicada la sustitución valvular.
 5. Los pacientes con estenosis aórtica que desarrollan angina tienen un elevado riesgo de mortalidad.
35. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos es más probable en un paciente de 33 años con antecedentes familiares de muerte súbita que acude por dolor torácico intenso, de inicio brusco y en reposo y que en la exploración presenta un soplo diastólico precoz y ausencia del pulso radial izquierdo?:
1. Embolia de pulmón.
 2. Derrame pericárdico severo.
 3. Neumotorax espontáneo.
 4. Infarto de miocardio con embolia a la arteria radial izquierda.
 5. Disección aórtica.
36. ¿Cuál es el tumor benigno cardiaco más frecuente en adultos?:
1. Rabdomioma.
 2. Lipoma.
 3. Fibroma.
 4. Mixoma.
 5. Hemangioma.
37. Señale la respuesta correcta sobre la cirugía de la trombosis venosa:
1. Cuando afecta al cayado de la safena interna puede ligarse éste por debajo del trombo y evitarse así la anticoagulación.
 2. La anticoagulación es obligatoria cuando se practica la extirpación del sistema superficial.
 3. El tratamiento quirúrgico de las varices de miembros inferiores requiere el ingreso hospitalario de los pacientes.
 4. El edema y las úlceras son complicaciones poco frecuentes de las varices.
 5. No es bueno administrar antiinflamatorios tópicos en las varices superficiales.
38. La alteración más frecuente de las pruebas de función pulmonar en los supervivientes del Síndrome de Distrés Respiratorio del Adulto es:

1. Disminución de la complianza pulmonar.
 2. Disminución de la capacidad de difusión.
 3. Aumento de resistencia de la vía aérea.
 4. *Hipertensión pulmonar*.
 5. Disminución de la capacidad pulmonar total.
39. La siguiente gasometría arterial: PH 7.40, PaO₂ 98, PaCO₂ 38, HC0₃ 25, refleja:
1. Acidosis metabólica.
 2. Alcalosis metabólica.
 3. Valores normales.
 4. Alcalosis respiratoria.
 5. Acidosis respiratoria.
40. En el asma persistente leve. ¿Cuál de los siguientes esquemas terapéuticos puede considerarse de elección?:
1. Salmeterol a demanda.
 2. Salbutamol *pautado más* salbutamol a demanda.
 3. Budesonida a demanda más salbutamol a demanda.
 4. Budesonida pautada más salbutamol a demanda.
 5. Budesonida pautada más salbutamol pautado.
41. ¿Por qué mecanismo aparece la "hiperinsuflación dinámica" durante el ejercicio en los enfermos con EPOC?:
1. Por alteraciones en la relación "ventilación/perfusión".
 2. Por vaciado incompleto de unidades alveolares a causa del aumento de la frecuencia respiratoria.
 3. Por vaciado incompleto de *unidades alveolares* a causa de una disminución en la "orden respiratoria".
 4. Por los problemas mecánicos asociados a una alcalosis metabólica.
 5. Por los problemas mecánicos asociados a una alcalosis respiratoria.
42. Un paciente de 60 años, fumador, con historia de disnea de un año de evolución presenta una auscultación de crepitantes y se comprueban acropaquias. La TC torácica demuestra una afectación reticular en la periferia del pulmón. El diagnóstico más probable es:
1. Neumonitis por hipersensibilidad.
 2. Neumonía organizada criptogénica.
 3. Fibrosis pulmonar idiopática.
 4. Neumonía intersticial no específica.
 5. Neumonía eosinófila crónica.
43. A un paciente obeso y roncador intenso, sin somnolencia diurna, con antecedentes de insuficiencia cardíaca, se le practica una polisomnografía después de haber detectado su pareja
- pausas respiratorias durante el sueño. El registro muestra un índice de apnea-hipopnea de 4/hora a expensas de apneas obstructivas, una SaO₂ media durante el sueño de 94% y una SaO₂ mínima de 86%. El diagnóstico es:
1. Se trata de un roncador simple que no precisa tratamiento.
 2. Se trata de un síndrome de apnea del sueño subsidiario de tratamiento con CPAP nasal.
 3. Se trata de un síndrome del sueño subsidiario de dieta hipocalórica y dormir en decúbito lateral.
 4. Se trata de un síndrome de apneas centrales secundarias a la insuficiencia cardíaca.
 5. Los resultados de polisomnografía no son compatibles con la historia clínica.
44. El hallazgo más frecuente en la radiografía de tórax en un paciente con asma es:
1. Hiperinsuflación pulmonar.
 2. Condensaciones alveolares bilaterales y difusas.
 3. Radiografía de tórax normal.
 4. Engrasamiento de paredes bronquiales.
 5. Neumomediastino.
45. Un paciente de 43 años acude a urgencias por disnea, tos y fiebre de una semana de evolución y en la radiografía de tórax presenta una cavidad de paredes lisas en lóbulo superior derecho rodeada por áreas de consolidación alveolar. ¿Cuál es la conducta inicial más correcta?:
1. El paciente puede ser dado de alta con tratamiento antibiótico y realizar una radiografía de control en un mes.
 2. Se debe realizar *un* estudio de *tomografía* computarizada (TC) torácica ante la sospecha de neoplasia pulmonar.
 3. El paciente puede ser bacilífero y se debe realizar un análisis del esputo.
 4. Se debe obtener un diagnóstico citológico mediante broncoscopia o punción percutánea.
 5. Se debe completar el estudio con una Resonancia Magnética con gadolinio.
46. ¿Cuál sería la primera exploración radiológica que se haría en un paciente con dolor torácico?:
1. Rx PA y Lat del tórax en inspiración.
 2. Rx PA y Lat del tórax en espiración.
 3. Rx en decúbito supino.
 4. Rx oblicuas de ambos pulmones.
 5. Rx en proyección íordótica.
47. Mujer de 55 años, postmenopáusica y fumadora activa, que consulta por dolor de hombro izquierdo irradiado a brazo de varias semanas de duración. En la exploración física destaca ptosis y miosis del ojo izquierdo. ¿Cuál sería su actitud?:

1. Solicitar estudio de osteoporosis.
 2. Solicitar estudio oftalmológico.
 3. Realizar anticuerpos antireceptor de acetilcolina.
 4. Solicitar TAC cerebral.
 5. Solicitar radiografía simple de tórax.
48. Mujer de 70 años que acude a urgencias por cuadro sincopal. Intervenida de neoplasia de colón hace 2 semanas. En la exploración: presión venosa a 4 cm sobre horizontal, 102 latidos por minuto, 35 respiraciones por minuto. Tⁱⁱ: 37,8 °C, dolorimiento abdominal difuso, resto de exploración sin datos patológicos; pulsioximetría: saturación de oxígeno basal: 86%. ECG: ritmo sinusal a 100 Ipm, inversión de ondas T de VI a V4. Radiografía de tórax: elevación de hemidiafragma izquierdo con pinzamiento seno costofrénico. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:
1. Infección respiratoria.
 2. Infarto de miocardio con Síndrome de Dressler.
 3. Taponamiento cardíaco.
 4. Tromboembolismo pulmonar masivo.
 5. Dehiscencia de sutura con distress respiratorio.
49. Paciente de 28 años con cuadro de dos días de evolución de tos y fiebre de 39°. En la radiografía de tórax se observa la existencia de un derrame pleural que ocupa la mitad del hemitórax izquierdo. Los hallazgos bioquímicos de la toracocentesis son los siguientes: pH 7,10, LDH 1200 u/L, proteínas 4,2, ADA 70. ¿Cuál será la conducta más apropiada a seguir?:
1. Iniciar tratamiento antibiótico empírico y esperar los resultados del cultivo del líquido pleural para colocar un tubo de drenaje torácico.
 2. Colocar un drenaje pleural, instilar fibrinolíticos intrapleurales e iniciar tratamiento antibiótico empírico.
 3. Iniciar tratamiento antibiótico empírico y repetir la toracocentesis al cabo de 24 horas para valorar la actitud a seguir en función de la evolución de los parámetros bioquímicos del líquido pleural.
 4. Colocar un tubo de drenaje torácico e iniciar tratamiento antibiótico empírico.
 5. Efectuar una broncoscopia para toma de muestras microbiológicas, colocar un tubo de drenaje torácico e iniciar tratamiento antibiótico empírico.
50. Paciente de 62 años, fumador importante, que presenta masa en lóbulo inferior derecho con diagnóstico de carcinoma no microcítico de pulmón que infiltra la grasa mediastínica y rodea al esófago, desplazándolo. No hay evidencia de adenopatias mediastínicas afectadas por tumor. El paciente es operable, ¿Cuál de estas actitudes le parece más adecuada llegado este momento?:
1. El paciente presenta un carcinoma broncogénico no microcítico estadio IV (T4N0M0), por lo que no es resecable. Se debe tratar con quimioterapia y radioterapia.
 2. El paciente presenta un carcinoma broncogénico no microcítico estadio clínico IECB (T4N0M0). La realización de una ecoendoscopia esofágica que determine el grado de afectación de la pared del esófago sería útil para plantear una posible extirpación, aunque se debe empezar con quimioterapia y radioterapia.
 3. El paciente presenta un carcinoma broncogénico no microcítico estadio clínico IHB (T4N0M0). Se debe operar, extirpando todo el pulmón y la totalidad del esófago.
 4. El paciente presenta un carcinoma broncogénico no microcítico estadio clínico fV (T4N0M0). La realización de una ecoendoscopia esofágica que determine el grado de afectación de la pared del esófago sería útil para plantear una posible extirpación, aunque se debe empezar con quimioterapia y radioterapia.
 5. El paciente presenta un carcinoma broncogénico no microcítico estadio clínico IHB (T4N0M0), por lo que en ningún caso es resecable. Se debe administrar tratamiento paliativo con quimioterapia.
51. Un paciente ingresado después de un politraumatismo grave indica a las 24 horas disnea progresiva. Una primera radiografía de tórax muestra infiltrados alveolares bilaterales que, pasadas unas horas, evolucionan a una imagen de "pulmón blanco". ¿Cuál es su diagnóstico?:
1. Tromboembolismo pulmonar secundario a la inmovilización.
 2. Contusión pulmonar.
 3. Síndrome de distress respiratorio del adulto.
 4. Hemorragia alveolar.
 5. Derrame pleural bilateral masivo por hemotórax.
52. En relación con la patología del nervio óptico y los nervios oculomotores, es cierto:
1. Un infarto de la corteza occipital produce una hemianopsia homónima ipsilateral.
 2. La duración más habitual de la amaurosis fugaz es de entre 45 y 60 minutos.
 3. En la neuritis óptica las pupilas son isocóricas y puede encontrarse un defecto pupilar aferente.
 4. La pérdida de agudeza visual en el edema de papila es muy grave.
 5. En las lesiones compresivas del III par (motor

ocular común) hay característicamente un respeto de la función pupilar.

53. ¿En qué situación estaría contraindicada la fibrinólisis endovenosa para tratar un infarto cerebral?:
1. Edad superior a setenta años.
 2. Evolución de la clínica de más de dos horas.
 3. Historia de tratamiento hipotensor.
 4. Mejoría espontánea del déficit neurológico.
 5. TC cerebral normal.
54. En un paciente *que* presenta un cuadro agudo de cuadro confusional, oftalmoparesia por afectación del sexto par bilateral y ataxia de la marcha pensaría en:
1. Encefalopatía hiperglucémica.
 2. Encefalopatía de Korsakoff.
 3. Infarto cerebeloso.
 4. Administrarle inmediatamente tiamina.
 5. Intoxicación por plomo.
55. En un periodo de 3 meses, un hombre de 42 años ha presentado cuatro episodios de desconexión de su entorno, asociados con postura distónica de la mano derecha y movimientos de masticación, de un minuto de duración, que dando a continuación confuso y con dificultad para la expresión verbal durante 10 minutos. Después se recupera con normalidad pero no recuerda lo que le ha ocurrido. ¿Cuál es la actitud más correcta?:
1. Iniciar tratamiento con clobazam oral y realizar un electroencefalograma (EEG).
 2. Iniciar tratamiento con carbamacepina y realizar una resonancia magnética (RM) y un EEG.
 3. Realizar un EEG y una RM de forma ambulatoria y esperar los resultados antes de iniciar el tratamiento.
 4. Ingresar en la Unidad de Cuidados Intensivos e iniciar tratamiento con fenitoina intravenosa.
 5. Recomendar observación por su familia y volver a revisión en tres meses.
56. Una joven de 13 años sin antecedentes personales de interés, presenta bruscamente mientras juega con sus padres por un centro comercial, cuadro vertiginoso asociado a vómitos. Inmediatamente después, refiere parestesias en hemicuerpo derecho y disartria, que remiten en pocos minutos, y a continuación cefalea, que mantiene a su llegada al centro de salud. Señala la respuesta correcta:
1. El diagnóstico más probable es el de síncope vasovagal.
 2. Si la exploración física es normal no se requieren más estudios.
 3. La ausencia de antecedentes personales excluye el diagnóstico de migraña.
 4. El empleo de analgésicos y antieméticos no son aconsejables en este supuesto.
 5. Se debe evaluar la existencia de estímulos desencadenantes.
57. En un enfermo con una clínica de pérdida de fuerza progresiva de 48 horas de evolución que se inició a nivel distal, y ha ido ascendiendo progresivamente, una de las siguientes afirmaciones es FALSA:
1. Sospecharía un síndrome de Guillain-Barré,
 2. Vigilaría la aparición de complicaciones por neuropatía autónoma.
 3. Esperaría encontrar disociación albúminocitológica a partir de los 10 días desde el inicio del cuadro.
 4. Indicaría tratamiento con Inmunoglobulinas intravenosas.
 5. Los hallazgos neurofisiológicos aparecen antes de que sea evidente la clínica.
58. Una mujer de 34 años refiere diplopia de varias semanas. Unos meses antes había sufrido diplopia, que remitió espontáneamente. La exploración muestra leve ptosis palpebral:
1. El sexo de la paciente hace improbable un diagnóstico de Miastenia Gravis.
 2. La presencia de lesiones desmielinizantes en la RMN cerebral confirmaría que se trata de Miastenia Gravis.
 3. En pacientes de Miastenia Gravis con afectación ocular limitada, se observa presencia de Ac antireceptores de acetilcolina en sólo el 50%. Este dato positivo confirmaría el diagnóstico.
 4. Se trata de un síndrome de Horner y la Rx de tórax mostraría un tumor de Pancoast.
 5. Los inmunosupresores no han demostrado eficacia en la Miastenia Gravis.
59. En una paciente de 68 años con dolor facial en el que se sospecha una neuralgia idiopática de la segunda rama del nervio trigémino derecho, una de las siguientes respuestas NO sería correcta:
1. Hipoestesia en la zona malar derecha.
 2. La duración del dolor es de unos pocos segundos.
 3. Los paroxismos dolorosos pueden desencadenarse al tocar suavemente una zona facial.
 4. El reflejo corneal es normal.
 5. Indicaría tratamiento con carbamacepina.
60. Acude a urgencias un paciente de 80 años que presenta desde hace 2 días alteración del nivel de consciencia de forma fluctuante con lenguaje incoherente, agitación y desorientación. La familia refiere que durante la última semana al paciente se le ha prescrito lormetazepam por dificultad para conciliar el sueño. En la exploración

ración física el paciente se encuentra afebril con TA 140/70 y sin focalidad neurológica motora ni sensitiva, con lenguaje incoherente y agitado. La frecuencia cardiaca era rítmica a 65 lpm. ¿Cuál de las afirmaciones le parece correcta?:

1. Se trata de un paciente que ha sufrido un accidente vascular cerebral y debe realizarse una TAC cerebral urgente y administrar benzodiazepinas para controlar la agitación.
 2. Se trata de una clínica sugestiva de crisis cómica y debe realizarse un electroencefalograma urgente y administrar benzodiazepinas endovenosas.
 3. Se trata de un delirium y debe retirarse el lormetazepam y administrar un neuroléptico para controlar la agitación.
 4. Debería realizarse una punción lumbar para descartar posible etiología infecciosa.
 5. Se trata de un efecto indeseable del lormetazepam que desaparecerá al cabo de unos días sin ser necesario retirar medicación.
61. La esclerosis múltiple es un proceso inflamatorio y desmielinizante del SNC. En el diagnóstico de esta enfermedad es muy útil la presencia de:
1. Elevaciones del ácido úrico en plasma.
 2. Bandas oligoclonales en el líquido cefalorraquídeo.
 3. Más de 100 linfocitos por microlitro en el líquido cefalorraquídeo.
 4. Cifras elevadas de ácidos grasos de cadena muy larga en plasma.
 5. Más de 50 polimorfonucleares por microlitro en el líquido cefalorraquídeo.
62. ¿Cuál de los siguientes fármacos cree que tiene más posibilidades de inducir un parkinsonismo yatrógeno?:
1. Omeprazol.
 2. Cisapride.
 3. Risperidona.
 4. Clozapina.
 5. Quetiapina.
63. Ante un cuadro clínico de amenorrea-galactorrea y pérdida de campo visual el primer diagnóstico a considerar es:
1. Adenoma hipofisario no funcionante.
 2. Prolactinoma.
 3. Meningioma del tubérculo solar.
 4. Pinealoma.
 5. Intoxicación por benzodiazepinas.
64. ¿Cuál de las siguientes lesiones vasculares cerebrales conlleva un menor riesgo de sangrado intracraneal?:
1. Angioma venoso.
 2. Malformación arteriovenosa.
 3. Cavernoma.
 4. Aneurisma micótico de la arteria cerebral media.
 5. Aneurisma sacular de la arteria comunicante anterior.
65. ¿Qué actitud tomaría ante un hombre de 25 años con un nódulo tiroideo indoloro, de 4 cm. de tamaño, de reciente aparición, frío en la gammagrafía, con estudio hormonal normal, y con abundantes células foliculares en la punción aspiradora con aguja fina?:
1. Levotiroxina a dosis sustitutivas y reevaluar a los 6 meses.
 2. Levotiroxina a dosis supresoras y reevaluar a los 3 meses.
 3. Tiroidectomía total.
 4. Administrar Yodo¹³¹.
 5. Simplemente observar y repetir ecografía tiroidea a los 6 meses para valorar tamaño.
66. Mujer de 88 años, natural del Pirineo, donde siempre ha vivido, que consulta por un gran bocio multinodular junto con arritmia y hallazgo de un hipertiroidismo por T3 (T4 libre normal, T3 libre 8 praol/L, normal de 4 a 6.8, y TSH de 0.15 mUL, normal de 0.3 a 5). Reconoce que su bocio existe desde hace más de 30 años sin claro crecimiento reciente. No refiere disfga ni estridor. Lleva tratamiento para hipertensión arterial, controlada con hidroclorotiacida y potasio, así como broncodilatadores y corticoides inhalados por una EPOC. ¿Cuál será, probablemente, la actitud terapéutica más indicada?:
1. No tratar, ya que la T4 libre es normal.
 2. Hemitiroidectomía más ismectomía.
 3. Iniciar L-tiroxina sódica.
 4. Iniciar propranolo!
 5. Tratamiento con yodo radioactivo.
67. En una paciente de 40 años se encuentra una cifra de calcio de 11,8 mg/dl (normal menos de 10,5 mg/dl) en un análisis realizado por otro motivo. La determinación de PTH solicitada en el estudio de la hipercalcemia arrojó una cifra de 115 pg/ml (límite superior de la normalidad, 45 pg/ml). La densidad ósea, el aclaramiento de creatinina y la calciuria son normales. ¿Cuál debe ser la conducta a seguir?:
1. Administración de bisfosfonatos.
 2. Paratiroidectomía.
 3. Administración de quejantes del calcio.
 4. Observación.
 5. Administración de diuréticos perdedores de calcio (fürosemida).
68. Ante un paciente, con antecedentes de haber recibido hace 5 años radioterapia sobre hipófis, que llega a Urgencias estuporoso, con pre-

sión arterial sistólica de 70 mm Hg, fiebre de 39 °C y con sudoración fría, lo primero que debe hacerse es:

1. Practicar cultivos (hemocultivos, urocultivos) para localizar el foco infeccioso.
2. Realizar un test corto de Nuvacthen (ACTH) intravenoso.
3. Colocar una vía con cloruro sódico al 0,9% e hidrocortisona.
4. Colocar una vía con cloruro sódico al 0,9%, glucosa al 10% e hidrocortisona.
5. Administrar hidrocortisona y tiroxina.

69. ¿Cuál es la enfermedad endocrina más frecuente en la Neoplasia Endocrina múltiple tipo 1 ?:

1. Carcinoma medular de tiroides.
2. Tumor endocrino del páncreas.
3. Hiperparatiroidismo Primario.
4. Feocromocitoma.
5. Adenoma hipofisario.

70. En relación con los hipoglicemiantes orales es cierto que:

1. La acarbosa aumenta la secreción de insulina.
2. Las tiazolidindionas bloquean la α -glucosidasa intestinal.
3. La metformina reduce la producción hepática de glucosa.
4. No pueden asociarse a la administración de insulina.
5. Con glibenclamida el riesgo de hipoglucemias es mínimo.

71. La afectación más frecuente en la polineuritis diabética es:

1. Proximal, bilateral, simétrica, dolorosa y motora
2. Distal, bilateral, simétrica y motora.
3. Distal, unilateral y motora.
4. Distal, bilateral, simétrica y sensitiva.
5. Proximal, bilateral, simétrica y sensitiva.

72. En relación con las complicaciones que pueden acompañar a la acromegalia. ¿Cuál es la verdadera?:

1. Complicaciones neoproliferativas especialmente los osteosarcomas de huesos largos.
2. Complicaciones cardiovasculares.
3. Complicaciones neoproliferativas especialmente la neoplasia de pulmón.
4. Los aneurismas intracraneales se observan hasta un 70% de los casos.
5. A pesar de las complicaciones asociadas, la mortalidad no está aumentada en los casos de acromegalia no tratada.

73. Si una mujer de 35 años consulta por presentar un microprolactinoma de 9 mm, podremos de-

cirle que:

1. Si permanece asintomática y no presenta deseo gestacional no requiere tratamiento.
2. SÍ permanece asintomática no requiere tratamiento ni seguimiento/observación.
3. Aún estando asintomática debe iniciar tratamiento con agonistas dopaminérgicos.
4. El tratamiento quirúrgico es recomendable de entrada en lesiones próximas a los 10 mm.
5. Si presenta síntomas, la radioterapia es una alternativa de tratamiento dado que se normalizan las cifras de prolactina en un 80% de los casos.

74. ¿Cuál de las siguientes *contra*indica la nutrición parenteral?:

1. Pancreatitis aguda grave.
2. Fístula yeyunal.
3. Resección subtotal de intestino delgado
4. Expectativa de ayuno de menos de 5 días.
5. Postoperatorio de hemicolecotomía.

75. ¿Cuál de los siguientes NO es un efecto secundario frecuente del tratamiento con esta tina?:

1. Aumento de la TSH.
2. Aumento de la CPK (Creatinfosfoquinasa).
3. Aumento de las transaminasas.
4. Mialgias.
5. Artralgias.

76. En relación al aumento de la prevalencia de la obesidad y la inactividad física en la población, se ha incrementado la frecuencia de un trastorno denominado síndrome metabólico. Señale cual de las siguientes características NO forma parte del síndrome metabólico:

1. Hipertrigliceridemia.
2. Hipertensión arterial.
3. Hiperglucemia en ayunas
4. Aumento del perímetro de la cintura abdominal
5. Aumento de la concentración plasmática de colesterol-LDL.

77. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones que reflejan las características clínicas de la artritis reumatoide es correcta?:

1. La afectación de la columna lumbar es más frecuente que la cervical.
2. La afectación de las articulaciones interfalángicas distales es más frecuente que las proximales.
3. La artritis reumatoide es más frecuente en los hombres en áreas rurales.
4. Es una poliartritis de más de 6 semanas de duración.
5. La artritis reumatoide del adulto se asocia con un aumento de la frecuencia de uveítis.

78. Paciente de 40 años con febrícula y síndrome constitucional (astenia, anorexia, pérdida de peso), que presenta epistaxis recurrente con dolor en tabique nasal. Se realiza una radiografía de tórax en la que se aprecian infiltrados pulmonares nodulares cavitados bilaterales. Se practica una analítica con estos resultados: 12.000 leucos/mm³ con 68% neutrófilos (7.800 por mm³), 23% Hnfocitos (2760 por mm³), 5% monocitos (600 por mm³) y 1% eosinófilos (120 por mm³), creatinina normal, anticuerpos anti citoplasma de neutrófilo positivos (c-ANCA). ¿Qué entidad sospecharía en este paciente?:
1. Poliarteritis Nodosa clásica.
 2. Granulomatosis alérgica de Churg-Strauss.
 3. Granulomatosis de Wegener.
 4. Arteritis de Takayasu.
 5. Artritis Reumatoide.
79. ¿Cuál de las siguientes manifestaciones es compartida por las espondiloartropatías?:
1. La inflamación ocular (uveítis, conjuntivitis).
 2. La leucopenia.
 3. La hipertensión arterial,
 4. La presencia de afectación gástrica.
 5. La afectación renal.
80. En una paciente de 68 años con arteritis de células gigantes. ¿Cuál de los siguientes datos de laboratorio suele estar menos alterado?:
1. Hemoglobina.
 2. Recuento de leucocitos.
 3. Hierro sérico.
 4. Alfa 2 globulinas.
 5. Velocidad de sedimentación globular.
81. Ante un paciente con sospecha de Poliarteritis Nodosa (PAN). ¿Cuál de las siguientes pruebas complementarias diagnósticas tiene mayor rendimiento?:
1. Complemento sérico.
 2. Arteriografía abdominal
 3. Determinación de anticuerpos anticitoplasma del neutrófilo (ANCA).
 4. Endoscopia digestiva alta.
 - X Medida del flujo lagrimal.
82. ¿Cuál de estas afirmaciones es FALSA con respecto a las artritis inducidas por microcristales?:
1. Pueden ser producidas por cualquiera de los siguientes cristales: urato monosódico, pirofosfato calcico, hidroxapatita calcica y oxalato calcico.
 2. El depósito de cristales puede producir cuadros clínicos similares a la artritis reumatoide o la espondilitis anquilosante.
3. Los cuadros clínicos producidos son específicos para cada uno de los tipos de cristales depositados.
4. Para hacer el diagnóstico es imprescindible el estudio del líquido sinovial con microscopio de luz polarizada para identificar el tipo de cristales.
5. El líquido sinovial suele ser de tipo inflamatorio, aunque en ocasiones existen cristales en ausencia de inflamación,
83. Una mujer de 58 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 1 y artrosis de ambas rodillas acude al servicio de urgencia por fiebre de hasta 39°C junto con dolor y tumefacción de 24 horas de evolución en la rodilla derecha. ¿Cuál de las siguientes actitudes o exploraciones complementarias está más indicada?:
1. Artrocentesis, examen del líquido sinovial con microscopio de luz polarizada y test de Gram urgente.
 2. Tratamiento con antibióticos intraarticulares.
 3. Estudio inmunológico, incluyendo factor reumatoide.
 4. Lavado articular y tratamiento con antibióticos intravenosos.
 5. Artrocentesis e infiltración con corticosteroides de acción prolongada.
84. Una mujer de 84 años acude a nuestra consulta por dolor crónico, a veces intenso, en la zona media de la columna vertebral torácica, que aumenta al sentarse y levantarse. A la exploración se detecta una marcada cifosis y contractura de la musculatura paravertebral. También se palpa una masa pulsátil en el epigastrio. ¿Cuál es la causa más probable del dolor?:
1. Aneurisma abdominal con erosión vertebral acompañante.
 2. Estenosis de canal lumbar.
 3. Hernia de disco aguda.
 4. Osteoporosis con aplastamiento vertebral.
 5. Enfermedad de Paget
85. Paciente de 40 años que acude al Servicio de Urgencias tras sufrir un traumatismo directo sobre el brazo izquierdo al caerse de la motocicleta. La exploración clínica es la siguiente: dolor, movilidad anormal e impotencia funcional en la zona media del brazo, pulsos distales humeral y radial presentes, imposibilidad para realizar la extensión activa de la muñeca y de los dedos, e hipoestesia en la zona dorsal del primer dedo y del primer espacio interdigital. Las radiografías muestran una fractura conminuta del tercio medio del húmero. ¿Cuál es la lesión asociada más probable que presenta?:
1. Lesión arteria humeral y nervio mediano.
 2. Lesión nervio cubital.
 3. Lesión nervio radial.

4. Lesión nervio mediano.
 5. Lesión nervios radial y mediano.
86. Un chico de 20 años, jugando al fútbol hace una semana, sufrió una torsión en su rodilla al clavar los tacos de la bota en el césped y girar bruscamente el tronco. A la exploración no se aprecia derrame articular, la palpación del tercio posterior de la interlínea articular medial es dolorosa, duele al forzar la flexión, la manobra de Lachman es negativa y los bostezos a varo y valgo son indoloros. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:
1. Lesión meniscal del menisco medial.
 2. Lesión capsular póstero-medial.
 3. Lesión del ligamento cruzado anterior.
 4. Lesión del complejo ligamentario póstero-lateral.
 5. Lesión del ligamento colateral medial.
87. Trabajando como médico rural recibimos, en la urgencia de un centro de salud situado a 100 Km del hospital, una fractura abierta de tobillo por caída en la montaña, presentando una contaminación grave por restos vegetales y tierra. Nuestra actitud terapéutica debe ser:
1. Nula, evacuación inmediata solicitando transporte aéreo.
 2. Antibioterapia, profilaxis antitetánica, retirada de contaminación grosera, lavado inicial, cobertura y estabilización provisional para traslado inmediato.
 3. Antibioterapia, profilaxis antitetánica, retirada de contaminación grosera, sutura de aproximación para cierre de la herida, inmovilización provisional y traslado inmediato.
 4. Antibioterapia, profilaxis antitetánica y traslado inmediato.
 5. Retirada de contaminación grosera, lavado inicial y estabilización provisional para traslado inmediato.
88. Acude a la urgencia una mujer de 53 años tratada dos días antes con una reducción cerrada y yeso antebraquial cerrado por una fractura de Colles en su muñeca izquierda. Aqueja dolor muy intenso y progresivo en mano y muñeca, así como incapacidad de mover los dedos y falta de sensibilidad en ellos. El yeso presenta un aspecto adecuado. Los dedos presentan buen relleno capilar y una coloración aceptable, pero están muy hinchados, con nula movilidad activa, y su movilización pasiva produce intenso dolor. La actitud más correcta será:
1. Mantener el yeso, administrar antiinflamatorios y remitir a la paciente a consultas externas.
 2. Mantener el yeso, elevar la mano, ingresar a la paciente en observación instándole a mover activamente los dedos.
3. Abrir el yeso, antiinflamatorios y diuréticos, estimular la movilidad activa, y si no mejora rápidamente osteosíntesis de la fractura.
 4. Abrir el yeso, administrar antiinflamatorios y remitir a la paciente a consultas externas.
 5. Abrir el yeso, antiinflamatorios y diuréticos, estimular la movilidad activa, y si no mejora rápidamente fasciotomía urgente,
89. Una auxiliar de clínica de 40 años de edad acude a nuestra consulta por dolor intenso en el codo derecho, irradiado por cara ántero-lateral de antebrazo, de 4 días de evolución, que le dificulta sus actividades cotidianas y laborales. La movilidad activa del codo es completa, siendo dolorosa la palpación del origen de los músculos radiales, El dolor empeora con flexión de codo contra resistencia y con extensión de muñeca contra resistencia. La radiografía simple es rigurosamente normal. Nuestra actitud inicial deberá ser:
1. Serie de 3 infiltraciones con corticoide y anestésico local.
 2. Antiinflamatorios. codera con dispositivo de presión, aplicación de calor local.
 3. Resonancia magnética.
 4. Inmovilización con yeso braquial.
 5. Indicación quirúrgica inmediata.
90. Hombre de 29 años: accidente de tráfico. Ingresó en servicio de Traumatología con cuadro de pérdida progresiva de fuerza en miembros inferiores, los reflejos osteotendinosos están abolidos. El estudio con radiografías simples *muestran una* fractura por compresión de Lj con desplazamiento del muro posterior y acunamiento anterior de un 50%, ¿Qué prueba diagnóstica indicaría para valorar la ocupación del canal raquídeo?:
1. Una termografía.
 2. Una densitometría ósea.
 3. Una TAC vertebral centrada en región dorso lumbar.
 4. Una gammagrafía ósea.
 5. Una tomografía cervical.
91. Tras un accidente de coche llega al Servicio de Urgencias una paciente de 34 años inconsciente, hipotensa, disneica y con fracturas abiertas en ambas extremidades inferiores. En la valoración inicial o revisión primaria rápida y resucitación, usted debe realizar el llamado protocolo ABCDE de la atención al paciente politraumatizado. Este incluye los siguientes pasos, EXCEPTO uno, indique este último:
1. Mantenimiento vía aérea con control de la columna cervical.
 2. Análisis del déficit neuroológico.
 3. Tratamiento de las fracturas abiertas.
 4. Desvestir completamente a la paciente y pre-

venir ía hipotermia. 5.
Análisis del estado circulatorio.

92. Un paciente polítóxico de 28 años ingresó hace 3 días por fractura subtrocantérea de fémur izquierdo, fractura de rótula derecha y fractura diafisaria conminuta de tibia izquierda que se inmovilizaron provisionalmente en espera de cirugía de osteosíntesis. Bruscamente inicia un cuadro de estupor y obnubilación intensos acompañado de disnea y de aparición de petequias difusas. Debemos sospechar:
1. Neumonía nosocomial por encarnamiento.
 2. Shock hipovolémico.
 3. Coma exotóxico por abuso de sustancias ilegales.
 4. Shock neurogénico por dolor.
 5. Síndrome de embolia grasa.
93. Un hombre de 66 años, diagnosticado de hiperplasia benigna de próstata, presenta un cuadro de fiebre con escalofríos. El examen de orina muestra que su pH es 8,5. El sedimento urinario contiene cristales de estruvita (*MgNH₄PO₄*). Señale la respuesta correcta:
1. Padece una acidosis tubular que le impide acidificar la orina.
 2. El pH urinario, normal en este paciente, descarta una infección.
 3. Cualquier proceso infeccioso bacteriano urinario, eleva el pH.
 4. Debe sospecharse una infección urinaria por gérmenes que degradan la urea.
 5. El pH básico y la presencia de cristales triples, sugieren infección por candidas.
94. Un paciente de 52 años con el diagnóstico de úlcus pilórico y vómitos de repetición de una semana de duración acude al Hospital con una tensión arterial de 100/58 mmHg y la siguiente analítica: Plasma: Na⁺ 140 mmol/l, K⁺ 2.2 mmol/l, Cl⁻ 86 mmol/l, CO₃H* 42 mmol/l, pH 7.53, pCO₂ 53 mmHg y creatinina 2,9 mg/dl; Orina Na⁺ 2 mmol/l, IC 21 mmol/l, pH 5. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos es cierto?:
1. Alcalosis mixta.
 2. Acidosis metabólica con vacío amónico normal
 3. Alcalosis metabólica.
 4. Alcaluria paradógica,
 5. Acidosis hipoclorémica.
95. ¿Qué es cierto acerca de la oliguria?:
1. Se define como un volumen urinario inferior a 1000ml/día.
 2. Es un hallazgo constante en la insuficiencia renal aguda.
 3. Se asocia a dolor lumbar bilateral.
 4. Hace más difícil el manejo conservador del

fracaso renal agudo. 5. Mejora el pronóstico del fracaso renal agudo.

96. Señale la respuesta correcta referida a la Púrpura de Henoch-Schönlein:
1. La lesión glomerular, idéntica a la de la Neuropatía IgA (enfermedad de Berger), se caracteriza por depósitos de IgA en el mesangio glomerular.
 2. Es una entidad exquisitamente sensible al tratamiento con corticoides.
 3. Se detectan Ac anticitoplasma de neutrófilos en 80% de pacientes.
 4. Debe sospecharse en pacientes con hemoptisis e insuficiencia renal aguda.
 5. La presencia de proteinuria masiva es clave en el diagnóstico de esta enfermedad.
97. Una mujer de 24 años acude a urgencias remitida por su médico de Atención Primaria porque al realizarle una analítica por astenia, artralgias febrícula y aparición de edemas maleolares, objetiva anemia normocítica normocrómica (hemoglobina de 9 gs/dl), creatinina sérica de 2 mgs/dl, sedimento con microhematuria y proteinuria en tira reactiva de 500 mgs/dl. ¿Cuál o cuáles serían las exploraciones complementarias que usted solicitaría en primer lugar dado el diagnóstico de presunción?:
1. Cuantificación de proteinuria en orina de 24 horas y aclaramiento de creatinina.
 2. Tomografía axial computarizada renal.
 3. Test de Coombs, haptoglobina, ferrocinetica.
 4. C3, C4, ANA, AntiDNA.
 5. Biopsia renal.
98. ¿Cuál es la causa principal de muerte en pacientes con insuficiencia renal crónica, sometidos a tratamiento con hemodiálisis?:
1. Hiperpotasemia.
 2. Imposibilidad de diálisis por falta de acceso vascular.
 3. Sepsis de punto de partida en acceso vascular.
 4. Hemorragias relacionadas con el uso de heparina.
 5. Enfermedad cardio-vascular.
99. Señale cuál de las siguientes medidas NO es adecuada para evitar ía progresión de la nefropatía diabética:
1. Restricción de proteínas en la dieta.
 2. Control glucémico estricto en los diabéticos tipo 1.
 3. Control glucémico estricto en los diabéticos tipo 2,
 4. Incremento de la presión de perfusión glomerular.
 5. Tratamiento con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, en pacientes con

100. ¿Cuál de estas sustancias es habitualmente utilizada como marcador tumoral de los tumores de testículo?:
1. CEA.
 2. PSA.
 3. AFP.
 4. TPA.
 5. CA 19.9.
101. En un paciente con un traumatismo pélvico y sospecha de rotura uretral por incapacidad de orinar espontáneamente, globo vesical y uretrorragia. ¿Cuál de estas maniobras debe evitarse?:
1. Sondaje vesical.
 2. Colocación de cistostomía suprapúbica.
 3. Realización de uretrografía retrógrada.
 4. Tacto rectal.
 5. Palpación abdominal.
102. ¿Qué diagnóstico debe sospecharse en un hombre de 53 años, fumador, que inicia de manera insidiosa un síndrome miccional irritativo con tacto rectal normal, flujo urinario no obstructivo, ecografía reno-vésico-prostática normal, sedimento urinario con microhematuria y urocultivo negativo, cistoscopia normal y citología urinaria con atipias?:
1. Prostatitis.
 2. Litiasis uretral.
 3. Carcinoma in situ vesical.
 4. Hípmefxoma.
 5. Esquistosomiasis.
103. El carcinoma de células renales del adulto suele asociarse con mayor frecuencia a:
1. Adenocarcinoma de páncreas.
 2. Adenocarcinoma de endometrio.
 3. Insuficiencia renal crónica adquirida y diálisis.
 4. Linfoma.
 5. Quimioterapia previa con ciclofosfamida.
104. Una maestra jubilada de 74 años con diabetes mellitus presenta frecuentes episodios de retención urinaria. No presenta incontinencia al toser o cambiar de postura. En la exploración física se detecta una neuropatía sensitiva en extremidades inferiores. El residuo postmiccional es de 400 mL. La maniobra de Valsalva realizada en bipedestación no provoca pérdida de orina. El estudio urodinámico muestra un detrusor acontráctil sin obstrucción al vaciamiento vesical. Los estudios de laboratorio son normales y el tratamiento farmacológico ha sido inefectivo. ¿Cuál es la opción terapéutica más apropiada?:

1. Sondajes intermitentes.
 2. Sonda urinaria permanente.
 3. Dilatación uretral.
 4. Uretrolisis.
 5. Ureterotomía transuretral.
105. Ante un paciente con insuficiencia renal crónica y sospecha de uropatía obstructiva en una exploración ecográfica. ¿Qué exploración es la idónea para evaluar el nivel de obstrucción y la causa?:
1. Renograma isotópico.
 2. Cistoscopia,
 3. Tomografía axial computarizada,
 4. Urografía mediante resonancia magnética.
 5. Urografía intravenosa.
106. ¿Cuál cree usted que es el trastorno endocrino que provoca mayor prevalencia de disfunción eréctil?:
1. Diabetes Mellitus.
 2. Síndrome de deficiencia androgénica asociada a la edad.
 3. Hipogonadismo hipogonadotrofo.
 4. Síndrome de Cushing.
 5. Hipotiroidismo.
107. Señale cuál de las siguientes afirmaciones NO es correcta en relación con la aplasia medular:
1. Cursa con pancitopenia.
 2. Se trata con trasplante de médula ósea.
 3. Puede responder al suero antitirnocítico (ATG).
 4. Cursa con eritroblastos en sangre periférica.
 5. Los reticulocitos están descendidos.
108. Hombre de 27 años, con antecedentes de enfermedad de Crohn y resección de íleon terminal hace 3 años, presenta intensa astenia y palidez cutáneo-mucosa. En la bioquímica destaca LDH 2730 UI/L y bilirrubina 1,7 mg/dL. En el hemograma muestra $2,9 \times 10^9$ leucocitos/L con recuento diferencial normal, hemoglobina 7,5 g/dL, hematocrito 22%, VCM 135 fl y 105×10^9 plaquetas/L. El recuento de reticulocitos es 1% y en el frotis de sangre periférica se observan abundantes neutrófilos hipersegmentados. ¿Cuál sería su juicio diagnóstico más probable y su actitud terapéutica inicial?:
1. Anemia de probable origen inflamatorio. Transfundir concentrado de hematíes.
 2. Anemia megaloblástica por déficit de vitamina B12. Iniciar vitamina B12 parenteral y ácido fólico oral
 3. Anemia hemolítica. Iniciar corticoides.
 4. Síndrome mielodisplásico. Transfundir concentrado de hematíes.
 5. Anemia megaloblástica por déficit de ácido fólico. Iniciar ácido fólico oral.

109. Una chica de 27 años, asintomática, le consulta porque en una revisión de la empresa le han detectado alteraciones analíticas. Aporta los siguientes resultados: hematíes $4.9 \times 10^{12}/L$, hemoglobina 9 g/dl, VCM 75 fl, leucocitos $6.2 \times 10^9/L$, plaquetas $220 \times 10^9/L$, bilirrubina total 12 $\mu\text{mol}/l$ (normal: 5 - 17), LDH 2.8 U/L (normal: 1.7 - 3.2), sideremia 20 $\mu\text{mol}/l$ (normal: 9 - 27) y ferritina 180 U/L (normal: 10 - 200). ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:
1. Anemia ferropénica.
 2. Anemia hemolítica.
 3. Anemia sideroblástica.
 4. Mielofibrosis.
 5. β talasemia.
110. Ante los siguientes hallazgos analíticos: Hemoglobina 8,5 gr/dL, VCM 85 fl, Bilirrubina normal, hierro sérico 10 $\mu\text{g}/dL$, capacidad de fijación total de hierro 200 U/L , índice de saturación de la transferrina 15% y ferritina 150 $\mu\text{g}/dL$. ¿Qué tipo de anemia pensaría que tiene el paciente?:
1. Anemia por déficit de vitamina B12.
 2. Anemia inflamatoria (de proceso crónico).
 3. Anemia ferropénica.
 4. Anemia por déficit de ácido fólico.
 5. Anemia hemolítica aguda.
111. ¿Cuál es el tratamiento de primera línea de un paciente con cifras de plaquetas inferiores a $10 \times 10^9/L$, diátesis hemorrágica y un aspirado de médula ósea con abundantes megacariocitos?:
1. Ciclosporina.
 2. Prednisona.
 3. Hidrocortisona.
 4. Esplenectomía.
 5. Inmunoglobulinas intravenosas.
112. En una paciente de 20 años de edad con adenopatías laterocervicales dolorosas tras la ingesta de alcohol, fiebre y prurito intenso generalizado el diagnóstico más probable sería:
1. Mononucleosis infecciosa.
 2. Toxoplasmosis.
 3. Enfermedad de Hodgkin.
 4. Linfoma difuso de células grandes.
 5. Tuberculosis ganglionar.
113. Mujer de 30 años que consulta porque en una revisión de empresa le han detectado un hemograma normal, con leucocitos $35 \times 10^9/L$ (60% segmentados, 12% cayados, 16% mielocitos, 4% meta mielocitos, 7% linfocitos, 1% monocitos, hemoglobina 127 g/L, VCM 89 fL, HCM 28 pg, reticulocitos $46 \times 10^9/L$ y plaquetas $389 \times 10^9/L$. La morfología eritrocitaria es normal. En el resto de análisis destaca un ácido úrico de 8

mg/dL y una LDH de 650 UI/L. Su estado general está conservado, sin ningún otro síntoma que una ligera sensación de astenia desde hace 2-3 meses. No ha perdido peso, no tiene fiebre ni ningún síntoma de infección ni de dolor. La exploración física muestra la presencia de una esplenomegalia de 1-2 traveses de dedo por debajo del reborde costal como único hallazgo. La paciente no es fumadora y no tiene antecedentes de interés excepto que hace seis meses se le practicó otro hemograma que mostró una cifra leucocitaria de $14 \times 10^9/L$, que se atribuyó a una infección respiratoria que resolvió sin problemas. ¿Cuál es el diagnóstico más probable en éste caso?:

1. Leucocitosis reactiva.
2. Leucemia mieloide crónica (LMC).
3. Mielofibrosis en etapa incipiente.
4. Leucemia mielomonocítica crónica (LMMC).
5. Síndrome mielodisplástico.

114. Un paciente VIH positivo presenta una gran masa abdominal, adenopatías a nivel supra e infradiaphragmático, sudoración nocturna y fiebre. La biopsia ganglionar muestra una proliferación difusa de células de mediano tamaño no hendidas, con un citoplasma intensamente basófilo con vacuolas, CD19 y CD20 positivas, y reordenamiento del protooncogén C-MYC. De entre las siguientes entidades cuál es el diagnóstico más probable:

1. Linfoma folicular.
2. Enfermedad de Hodgkin.
3. Linfoma de Burkitt.
4. Linfoma de células del manto.
5. Linfoma T hepatoesplénico.

115. Hombre de 65 años diagnosticado de mieloma múltiple IgG Kappa con un nivel de paraproteína de 2.400 mg/dl, sin proteinuria de Bence Jones, anemia, insuficiencia renal, hipercalcemia ni lesiones óseas significativas. La actitud terapéutica inicial debe ser:

1. Tratamiento con esquema Meifalán y Prednisona.
2. Esquema Meifalán, Prednisona y Talidomida.
3. Autotrasplante de progenitores hematopoyéticos.
4. Poliquimioterapia tipo VAD.
5. No tratamiento inicial, seguimiento e iniciar tratamiento ante datos de progresión.

116. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el tratamiento de la trombosis venosa profunda (TVP) es FALSA?:

1. En pacientes con TVP confirmada objetivamente, recomendamos tratamiento agudo con heparina de bajo peso subcutánea o heparina no fraccionada.

2. Para pacientes con elevada sospecha clínica de trombosis, se recomienda tratamiento anticoagulante mientras se espera el resultado de las pruebas diagnósticas.
 3. El tratamiento con heparina se dice debe controlarse realizando TPT (tiempo parcial de tromboplastina).
 4. Se recomienda iniciar la administración de anticoagulantes orales junto con heparina en el primer día del tratamiento, e interrumpir la administración de heparina cuando el INR sea estable y superior a 2.
 5. En los pacientes tratados con heparina de bajo peso es necesario hacer mediciones sistemáticas de la actividad antiXa con el fin de ajustar la dosis.
117. Hombre de 76 años con antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento con enalapril que consulta por presentar de forma brusca disartria y hemiparesia derecha que desaparece en doce horas. Eco-Doppler de troncos supraaórticos: aterosclerosis carotídea bilateral con estenosis del 55% en la carótida izquierda, y del 30% en la derecha* Electrocardiograma: fibrilación auricular con respuesta ventricular a 90 Ipm. TAC craneal: normal. Para la prevención de nuevos episodios su tratamiento inicial sería:
1. Acenocumarol, ajustándolo a la dosis que consiga un ENR de 2.5.
 2. Ácido acetil salicílico: 300 mg al día.
 3. Clopidogrel: 75 mg al día.
 4. Angioplastia transluminal percutánea carotídea izquierda.
 5. Endarterectomía carotídea izquierda.
118. Paciente de 36 años que, debido a una hematemesis masiva por un ulcus recibe una transfusión con 2U de concentrado de hematíes. A los 5-10 m. de iniciarse la transfusión comienza con fiebre, escalofríos, hipotensión, dolor en región lumbar y oliguria. ¿Cuál sería el diagnóstico más probable?:
1. Contaminación bacteriana de la sangre.
 2. Sepsis secundaria al ulcus.
 3. Reacción febril secundaria a la transfusión.
 4. Reacción febril por el plasma que contamina los hematíes.
 5. Reacción transfusional hemolítica.
119. Acude a nuestra consulta un paciente de 30 años con fiebre, cefalea y "trancazo" desde hace 48 horas. En la exploración, además de fiebre de 38,5 °C, se observa un exantema maculopapuloso generalizado que afecta a palmas y plantas y una pequeña lesión costrosa en una pierna. ¿Cuál de los siguientes es el diagnóstico más probable?:
1. Fiebre botonosa.
 2. Lúes secundaria.
 3. Tifus murino.
 4. Mononucleosis infecciosa.
 5. Síndrome de Stevens-Johnson.
120. ¿Cuál de las siguientes relaciones entre microorganismo y enfermedad es INCORRECTA?:
1. Arbovirus-dengue.
 2. Rickettsias-tifus.
 3. Protozoos-esquistosomiasis.
 4. Hongos-histoplasmosis.
 5. Bacterias-lepra.
121. Los gérmenes que con mayor frecuencia infectan las heridas quirúrgicas limpias son:
1. Género *Staphylococcus*.
 2. Enterobacteriáceas.
 3. *Bacteroides* sp.
 4. *Pseudomonas aeruginosa*.
 5. *Streptococcus* sp.
122. Un hombre de 43 años, ingeniero de profesión, ha permanecido durante 2 meses en la RD del Congo. A los 8 días de su regreso, comienza con un cuadro de fiebre, escalofríos, cefalea, mialgias, náuseas y dolor abdominal. A la exploración: esplenomegalia y discreta hepatomegalia. En la analítica sanguínea destaca: Hb 9,8 gr/dl; Leucocitos 3465 mm³, plaquetas 97.000, AST 121, ALT 119 y Na 129. Es FALSO sobre esta patología que:
1. Para su diagnóstico es útil un frotis y una gota gruesa.
 2. Podría haberse evitado con una vacunación correcta.
 3. Es una enfermedad potencialmente mortal.
 4. Las medidas de barrera son fundamentales en la prevención.
 5. La doxiciclina ha demostrado eficacia en su profilaxis.
123. Hombre de 47 años, natural de Brasil, residente en España desde hace 10 años, acude a su consulta por presentar disfagia y estreñimiento crónico. Entre sus antecedentes destaca, ser portador de marcapasos y una miocardiopatía dilatada. En el tránsito gastroesofágico se objetiva un megaesófago, así como megacolon en el enema opaco. La prueba diagnóstica más rentable para el diagnóstico sería:
1. Panendoscopia oral y colonoscopia para toma de biopsias.
 2. Aspirado de médula ósea para *Jeishmania* sp.
 3. Serología para *T. cruzi*.
 4. Coprocultivo para enteropatógenos.
 5. PCR para malaria.
124. Señalar la respuesta correcta en relación con la osteomielitis vertebral:

1. La forma más común de afectación vertebral es la diseminación por contigüidad de un foco parameningeo.
 2. El agente causal más frecuente es *Escherichia Coli*.
 3. La resonancia magnética es el procedimiento diagnóstico de elección.
 4. La evolución sólo con tratamiento médico es generalmente desfavorable.
 5. La duración recomendable del tratamiento antibiótico es de 4 semanas.
125. Las pautas cortas (3 días) de tratamiento anti biótico de la infección urinaria, NO se aconsejan en el caso de:
1. Infección por *Proteits Mirabilis*.
 2. Genero masculino
 3. Presencia de más de 10⁵ unidades formadoras de colonias por microlitro de cualquier bacteria.
 4. Infecciones por *Stafitococcus Saprophyticus*.
 5. Infección por *Escherichia Coli*.
126. Un paciente de 80 años con antecedentes de insuficiencia renal crónica y diabetes tipo 2, presenta desde hace 3 días tos con expectoración purulenta, fiebre alta, dificultad respiratoria y dolor costal derecho. En la exploración presenta una presión arterial de 120/60 mmHg, frecuencia cardiaca de 80 LPM, y respiratoria de 20 RPM. La temperatura es de 38°C; se encuentra algo confuso y parcialmente desorientado. Presenta crepitantes localizados en la base pulmonar derecha y la Rx de tórax muestra un infiltrado de pequeño tamaño en esa localización. ¿Cuál de las siguientes es la opción de tratamiento antibiótico más adecuada?:
1. Eritromicina IV más Cefuroxima IV, hospitalizado,
 2. Amoxicilina-clavulánico IV más Gentamicina IV, hospitalizado.
 3. Ceftriaxona IV más Cíaritromicina VO, hospitalizado.
 4. Telitromicina IV. hospitalizado.
 5. Levofloxacino durante 7 días, ambulante,
127. Entre los principios básicos del tratamiento de la tuberculosis NO se encuentra uno de los siguientes:
1. La utilización de más de un fármaco al que el microorganismo sea sensible.
 2. La estrategia de inducción con un número elevado de fármacos durante dos meses, seguida de un tratamiento simplificado de duración prolongada.
 3. En la actualidad el tratamiento de inicio recomendado está compuesto por ísoniacida, rifampicina, etambutol y pirazinamida.
 4. En casos de fracaso terapéutico se recomienda monitorizar los niveles plasmáticos de los fármacos.
 5. La utilización de procedimientos de administración directamente observada es recomendable en determinados pacientes.
128. En relación al tratamiento de la Sífilis. ¿Cuál de las siguientes es la respuesta correcta?:
1. No hay ningún tratamiento efectivo.
 2. La Penicilina es el tratamiento de elección en cualquier estadio.
 3. La Penicilina es el tratamiento de elección sólo en la Neurosífilis.
 4. La Penicilina es el tratamiento de elección sólo en la Sífilis no complicada.
 5. El tratamiento de elección son las Tetraciclinas.
129. Un funcionario de prisiones previamente sano, no fumador, de 35 años, con tos y expectoración mucóide desde hace 3 meses, acude a consulta con una radiografía reciente que muestra un infiltrado cavitado en lóbulo superior derecho. Está eupneico, no tiene fiebre ni dolor alguno. El examen físico es normal. Lo más adecuado será ahora:
1. Recoger al menos 3 muestras de esputo matutino para baciloscopia y cultivo, solicitar Mantoux y análisis de sangre, incluyendo transaminasas, y serología de VIH, y aislarle en domicilio hasta tener los resultados.
 2. Avisar a Epidemiología de la Comunidad Autónoma para que inicie el protocolo de estudio y tratamiento de los contactos.
 3. Remitirle a Urgencias del Hospital para estudio y tratamiento antituberculoso, durante 2-3 semanas, o hasta que la baciloscopia sea negativa.
 4. Comenzar tratamiento antituberculoso mientras esperamos las baciloscopías de esputo.
 5. Dado que es una persona de alto riesgo, debe estar vacunado de la tuberculosis y por ello el Mantoux no es valorable.
130. Señale la correcta en relación con la circuncisión y la prevención de la transmisión de la infección por VIH:
1. En África se ha mostrado eficaz en la prevención de la transmisión de la mujer al hombre.
 2. Reduce la transmisión tras relaciones homosexuales entre hombres.
 3. Incrementa la transmisión del VIH del hombre a la mujer.
 4. El balance coste-beneficio es desfavorable en países subdesarrollados.
 5. Se recomienda generalizar el procedimiento para reducir las tasas de transmisión en todo el mundo.
131. ¿Cuál sería el tratamiento quirúrgico de elec-

ción para una lesión cutánea en región deltoidea con Anatomía Patológica de Melanoma Maligno Clark IV y Breslow de 1,92 mm:

1. Ampliación de márgenes de 1 cm.
2. Ampliación de márgenes de 2 cm si la Eografía axilar es negativa.
3. Ampliación de márgenes de 2 cm y detección del ganglio centinela.
4. Ampliación de márgenes de 2 cm y vaciamiento axilar.
5. Interferón adyuvante previo al tratamiento quirúrgico.

132. Mujer de 60 años de edad diagnosticada de carcinoma ductal infiltrante multicéntrico de mama subsidiaria de mastectomía más vaciamiento axilar y quimioterapia postoperatoria. ¿Cuándo estaría indicado realizar la reconstrucción de la mama?:

1. Sistemáticamente diferida al cabo de 5 años libre de enfermedad postmastectomía.
2. El momento {inmediato-diferido} vendrá indicado por el número de ganglios positivos.
3. La quimioterapia postoperatoria es una contraindicación para realizar la reconstrucción inmediata.
4. De forma inmediata, pues la reconstrucción de la mama no interfiere en la historia natural de la enfermedad.
5. A partir de los 60 años es mejor el uso de prótesis externa.

133. Una mujer de 33 años consulta por un nódulo mamario que se diagnostica de carcinoma ductal. Su madre a los 50 años y su hermana a los 40 han tenido cáncer de mama. Su tía materna a los 45 y su abuela a los 55 han tenido cáncer de ovario. ¿Qué estudio solicitaría?:

1. BCRA1.
2. Her2.
3. P53.
4. Receptor de estrógeno.
5. Receptor de progesterona.

134. Una mujer de 70 años consulta por astenia y anemia ferropénica que no presentaba en análisis del año anterior. En el estudio se demuestra un cáncer intestinal. ¿En qué lugar estará más frecuentemente localizado?:

1. Duodeno.
2. Yeyuno.
3. Ciego.
4. Sigma.
5. Recto.

135. Un paciente con carcinoma de pulmón de células escamosas inoperable desarrolla una hipercalcemia de 14 mg/dl. Se inicia una perfusión con suero salino y, una vez bien hidratado, fu-

rosemida, con lo que horas más tarde la calcemia es de 11,5 mg/dl. ¿Cuál es el paso terapéutico siguiente más apropiado?:

1. Corticoides.
2. Nitrato de galio.
3. Aíndronato.
4. Plicamicina.
5. Zoledronato intravenoso.

136. Con respecto a la utilización de analgésicos opioides en enfermos con cáncer en situación paliativa. Indique la respuesta INCORRECTA;

1. El estreñimiento es un efecto secundario casi constante por lo que se debería utilizar un laxante para evitar su aparición.
2. Su uso continuado requiere aumentar la dosis administrada para obtener el mismo efecto analgésico debido a fenómenos de tolerancia y sobre todo a la progresión de la enfermedad.
3. La depresión respiratoria es un efecto secundario frecuente dada la disfunción orgánica que presentan estos pacientes.
4. La morfina no tiene techo terapéutico por lo que no existe una dosis máxima que no pueda sobrepasarse si lo requiere el paciente.
5. Se deben pautar a intervalos regulares y no sólo si el paciente presenta dolor.

137. Un hombre de 84 años ingresado en una residencia de ancianos está diagnosticado de Enfermedad de Alzheimer moderada. No toma medicamentos psicotrópicos y duerme bien. En ocasiones ha presentado ansiedad e ideas delirantes de intensidad leve, pero en las últimas dos semanas ha pasado cada vez más tiempo deambulando por los vestíbulos. Varias veces ha entrado en las habitaciones de otros residentes y ha burgado en sus pertenencias. En una ocasión también se ha escapado de la Residencia. ¿Cuál de las siguientes estrategias de tratamiento es la más apropiada?:

1. Proporcionarle actividad física estructurada y acompañarlo en sus paseos por el exterior.
2. Utilizar de forma intermitente un chaleco de restricción en una silla durante el día.
3. Utilizar restricciones de muñecas durante los episodios de deambulación más prolongados.
4. Prescribir risperidona, 1 mg por vía oral, dos veces al día.
5. Trasladar al paciente a otro centro geriátrico especializado.

138. Hombre de 29 años de edad que es traído a urgencias de un Centro de Salud por unos vecinos al habérselo encontrado inconsciente en la calle. A la exploración destaca: pulso a 54 latidos por minuto, bradipnea con f «radas respiratorias cada vez más frecuentes y prolongadas, hipotermia, cianosis central y pupilas mióticas. ¿Cuál de las siguientes actitudes terapéuticas

iniciales es la más correcta?:

1. Asegurar la vía aérea, oxígeno y suero glucosado 10%.
 2. Asegurar la vía aérea, calentamiento corporal y observación.
 3. Asegurar la vía aérea, administrar dopamina intravenosa y observación.
 4. Asegurar la vía aérea, administrar naloxona intravenosa y observación.
 5. Asegurar la vía aérea, administrar naltrexona y observación.
139. No representa un beneficio de la Cirugía sin ingreso:
1. Beneficios psicológicos, en especial en niños.
 2. Menor infección de la herida.
 3. Un menor consumo de analgésicos.
 4. Reducción de la lista de espera.
 5. Reducción de los costes sanitarios.
140. Los opioides son fármacos de uso sistemático durante la anestesia. En referencia a dichos fármacos. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?:
1. Reducen la concentración alveolar mínima (CAM) de los anestésicos inhalatorios.
 2. Producen analgesia profunda y rnmima depresión cardíaca.
 3. Pueden producir hipnosis y amnesia.
 4. Pueden producir bradipnea y depresión respiratoria.
 5. Sólo son eficaces por vía intravenosa,
141. ¿En qué gen deben buscarse mutaciones en un paciente joven afecto de un carcinoma medular de tiroides para determinar si existe un riesgo familiar a padecer una adenomatosis endocrina múltiples (MEA)?:
1. RET.
 2. APC.
 3. MSH2.
 4. c-KIT.
 5. c-MYC.
142. Las mutaciones del gen GJB1 situado en la región cromosómica Xq13.1 son causa de una neuropatía hereditaria denominada Charcot-Marie-Tooth tipo CMT1X. Un paciente de 25 años diagnosticado de CMT1X (caso índice) y al que le hemos hallado una mutación validada clínicamente acude a la consulta de consejo genético con sus dos hijos por el momento clínicamente sanos: un niño de 1 año y una niña de 3. ¿Cuáles familiares directos deben ser portadores obligados de la enfermedad y en los que indicaremos pruebas genéticas para estudiar su transmisión a la descendencia?:
1. Ambos hijos.
 2. El hijo de 1 año.
 3. La niña de 3 años.
 4. La esposa del caso índice.
 5. La niña de 3 años y la madre del caso índice,
143. ¿Qué lesión de la mucosa oral debe ser considerada como precancerosa?:
1. Leucoplasia.
 2. Pénfigo.
 3. Enfermedad de Beheet.
 4. Estomatitis añosa recidivante.
 5. Candidiasis oral.
144. Hombre de 69 años con antecedentes de hipertensión arterial e hiperuricemia en tratamiento con amlodipino y alopurinol. Hace unas 2 semanas presentó un cuadro de lumbalgia por el que recibió tratamiento con diclofenaco. Acude a urgencias del hospital por presentar desde hace 48 horas una erupción cutánea confluyente en tronco y extremidades. A la exploración se observan lesiones maculares eritematovioláceas muy extensas (>70% de la superficie cutánea) sobre las cuales aparecen ampollas y erosiones. Existe afectación (lesiones erosivo-costrosas) de mucosa labial, oral y conjuntiva. El signo de Nikolsky es positivo. El diagnóstico probable es:
1. Penfigoide ampollosa.
 2. Necrolisis tóxica epidérmica.
 3. Pénfigo vulgar.
 4. Pénfigo paraneoplásico.
 5. Liquen ampollosa.
145. Un paciente de 22 años acude a urgencias en shock anafiláctico, posiblemente después de tomar jarabe para la tos. No presenta, antecedentes personales de interés y a la exploración se aprecian lesiones maculosas, marrónáceas no descamativas y generalizadas de 1-2 cm. de diámetro que en zonas de roce están elevadas, más eritematosas y pruriginosas. Al ser interrogado indica que han ido apareciendo y progresando en los diez últimos años. ¿Qué enfermedad presenta este paciente que relacione todos los síntomas?:
1. Liquen plano atrófico.
 2. Amiloidosis.
 3. Psoriasis.
 4. Mastocitosis.
 5. Candidiasis mucocutánea crónica,
146. ¿Cuál de estos procesos puede producir simultáneamente afectación ocular y cutánea?:
1. Acné vulgaris,
 2. Lupus eritematoso discoide.
 3. Dermatitis herpetiforme.
 4. Rosácea,
 5. Dermatomiositis.

147. Con relación a las manifestaciones clínicas del liquen plano, todas las respuestas son correctas, EXCEPTO:
1. Distribución simétrica, en zonas flexurales.
 2. Prurito en la mayoría de los pacientes.
 3. La variante anular se localiza con preferencia en el pene.
 4. La variante hipertrófica se localiza preferentemente en el cuero cabelludo.
 5. La afectación oral aparece en los 2/3 de la totalidad de los casos.
148. Un paciente de 48 años, acude a urgencias aquejando un intenso dolor en el ojo izquierdo que le sobrevino de forma brusca mientras veía televisión. A la exploración se evidencia que ese ojo izquierdo está enrojecido, con discreto edema corneal y la pupila se encuentra en midriasis media, con pobre respuesta a la luz. Ante el cuadro clínico descrito, ¿qué opción le parece MENOS probable de las siguientes propuestas?:
1. El cuadro clínico expuesto suele ser más frecuente en personas con hipermetropía.
 2. En esta situación se espera que la presión infraocular de ese ojo esté elevada.
 3. Se trata de un cuadro más frecuente en pacientes sin cristalino, (afáquicos).
 4. Probablemente este paciente tendrá una cámara anterior estrecha.
 5. Es probable que este paciente refiera ver halos alrededor de las luces.
149. Hombre de 66 años que acude a consulta por dolorimiento y enrojecimiento del ojo derecho de 2 días de evolución. La exploración efectuada en ese ojo nos revela los siguientes datos: discreta disminución de la agudeza visual, presión intraocular de 18 mmHg, pupila en miosis, presencia de células en humor acuoso, opacidad cristalina moderada y presencia de una sinequia iris-cristalino. ¿Cuál sería la actitud inmediata más correcta de las que se enumeran a continuación?:
1. Cirugía de la catarata de ese ojo, responsable del cuadro clínico.
 2. Tratamiento tópico (colirios) con midriáticos y corticoides.
 3. Cirugía del glaucoma (trabeculectomía clásica o esclerectomía profunda no perforante).
 4. Manitol intravenoso asociado a tratamiento miótico y corticoides tópicos.
 5. Tratamiento con colirios antibióticos tópicos.
150. La Uveítis por reconstitución inmune es una entidad:
1. Asociada al HLA-B27-
 2. Descrita en pacientes VIH.
 3. Muy frecuente en *pacientes con lupus* eritematoso sistémico.
 4. Que ocurre en algunos pacientes con sífilis ocular tras la administración de penicilina.
 5. Que ocurre en algunos pacientes con sarcoïdosis tras abandonar el tratamiento con corticoides.
151. Mujer de 65 años, hipertensa y diagnosticada de diabetes no insulino-dependiente, con buen control metabólico, acude a consulta por pérdida importante de agudeza visual en su ojo derecho de 4 días de evolución. En la exploración del fondo de ojo destaca la presencia de venas dilatadas y tortuosas, hemorragias en llama, edema retiniano difuso y algunas manchas algodónicas; no se observan alteraciones significativas en cabeza de nervio óptico (papila). Con los datos indicados, señale el diagnóstico más probable:
1. Oclusión de la arteria central de la retina.
 2. Obstrucción de la vena central de la retina.
 3. Retinopatía diabética proliferativa.
 4. Retinopatía hipertensiva grado IV de Keith-Wegener.
 5. Hemorragia vítrea.
152. La angina de Ludwig:
1. Es una forma de amigdalitis abscesificada.
 2. Asocia edema de labio con parálisis facial y tumefacción parotídea.
 3. Debe ser tratada exclusivamente con antiinflamatorios no esteroideos.
 4. Se produce habitualmente en pacientes inmunodeprimidos, siendo su etiología micótica.
 5. Es una forma grave de infección que afecta al suelo de la boca y la región submandibular.
153. Ante un paciente fumador de 45 años que presenta disfonía y mediante exploración se observa una lesión vegetante rugosa en el borde libre de la cuerda vocal derecha ¿cuál es la conducta a seguir?:
1. Reposo vocal.
 2. Conducta expectante.
 3. Derivación para biopsia.
 4. Supresión del tabaco.
 5. Braquiterapia.
154. ¿Cuál es el tratamiento de elección del absceso periamigdalino?:
1. Amoxicilina clavulánico.
 2. Corticoesteroides.
 3. Clindamicina.
 4. Eritromicina.
 5. Quirúrgico.
155. El principal germen responsable de la otitis externa difusa es:
1. *Pseudomonas aeruginosa*.

3. *Can dida A Ibicans.*
 4. *Hem oph Hits Influenz ae.*
 5. *Siaphylococcus Aureits.*
156. La hipoacusia característica de la enfermedad de Menière es:
1. Hipoacusia de transmisión.
 2. Hipoacusia neurosensorial sin reclutamiento.
 3. Hipoacusia neurosensorial fluctuante.
 4. Hipoacusia mixta, de transmisión y neurosensorial.
 5. Hipoacusia neurosensorial retrolaberíntica.
157. Uno de los siguientes síntomas característicos del síndrome esquizofrénico no puede considerarse un síntoma negativo:
1. Anhedonia.
 2. AJogia.
 3. Frialdad emocional.
 4. Paralugia.
 5. Abulia.
158. ¿Cuál de los siguientes enunciados respecto a la depresión mayor o episodio depresivo mayor es INCORRECTO?:
1. A lo largo de la vida, aproximadamente un 15% de la población sufre un episodio depresivo mayor.
 2. Cerca de un 8% de los pacientes que atiende un médico de Atención Primaria podría recibir un diagnóstico de depresión mayor.
 3. Hasta un 15% de los casos de depresión mayor son secundarios a una enfermedad médica somática o al abuso de sustancias.
 4. Cuando se sospecha que un paciente sufre un episodio depresivo mayor, debe evitarse hacer preguntas directas al paciente sobre ideas o proyectos suicidas, porque tal pregunta aumenta el riesgo de suicidio un 35%.
 5. Cerca del 15% de los pacientes con depresión mayor que no reciben tratamiento se suicidan.
159. La diferencia fundamental entre "rasgo de personalidad" y "trastorno de personalidad" es la siguiente:
1. No existen diferencias entre ambos conceptos. Se utilizan de modo equivalente.
 2. El rasgo de personalidad es un patrón persistente de funcionamiento cognitivo, afectivo y relacional inflexible, desadaptativo y causa malestar.
 3. El trastorno de la personalidad es un patrón persistente de funcionamiento cognitivo, afectivo y relacional inflexible, desadaptativo y causa malestar.
 4. El rasgo de personalidad es por definición patológico y como tal debe de tratarse.
 5. El rasgo de personalidad conduce inevitablemente hacia un trastorno de la personalidad.
160. Señalar cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA en relación a los efectos adversos de las sales de litio en el tratamiento del trastorno bipolar:
1. El litio puede ocasionar alteraciones de la función renal.
 2. El litio puede causar alteraciones de la electrofisiología cardíaca.
 3. El litio puede provocar exacerbación de la psoriasis.
 4. El litio puede provocar insuficiencia respiratoria.
 5. El litio puede producir hipotiroidismo.
161. Mujer de 47 años sin antecedentes psiquiátricos que es hospitalizada para estudio de metrorragias y a los 5 días de su ingreso es informada del diagnóstico de neoplasia uterina con metástasis. Se consulta a Psiquiatría porque 24 horas después muestra tristeza y llanto frecuente, refiere ideas de muerte y presenta insomnio. En la evaluación psiquiátrica no se recoge ningún antecedente psiquiátrico y la exploración detecta elevada ansiedad y desesperanza en relación con las consecuencias de su enfermedad neoplásica. El diagnóstico más probable es:
1. Trastorno esquizoafectivo.
 2. Distimia.
 3. Trastorno de ansiedad generalizada.
 4. Trastorno por estrés posttraumático.
 5. Reacción normal frente al estrés.
162. Señalar el trastorno de la personalidad en el que es más frecuente la presencia de autolesiones:
1. Trastorno narcisista de la personalidad.
 2. Trastorno paranoide de la personalidad.
 3. Trastorno antisocial de la personalidad.
 4. Trastorno límite de la personalidad.
 5. Trastorno obsesivo de la personalidad.
163. La característica más específica del síndrome esquizofrénico es:
1. La existencia de trastornos de la percepción.
 2. La incapacidad para distinguir entre la realidad interior y la exterior.
 3. El marcado simbolismo que expresa su conducta.
 4. La hipersensibilidad.
 5. La incongruencia del pensamiento.
164. Un señor de 60 años, empleado de comercio, acude a urgencias acompañado de su familia; éstos cuentan que el día anterior, de forma bastante brusca, comenzó a decir cosas raras, a no responder a lo que le preguntaban y a mostrar se confuso incluso respecto de su propio nombre. Efectivamente en la exploración parece no

entender lo que se le pregunta, no recuerda nada de lo que le ha pasado y no sabe ni el día, ni el lugar en el que está. El diagnóstico sería:

1. Psicosis breve.
2. Delirium.
3. Alzheimer.
4. Esquizofrenia.
5. Trastorno de ansiedad.

165. Un paciente bebedor habitual de alcohol es llevado a urgencias con un cuadro de desorientación, dificultad para recordar hechos de los días anteriores, errores en los razonamientos, marcha torpe y una desviación en los ojos divergente que antes no tenía. Según parece, ha estado bebiendo alcohol hasta unas horas antes de llevarlo a urgencias. Probablemente se trate de un caso de:

1. Síndrome de abstinencia complicado.
2. Enfermedad de Korsakoff.
3. Encefalopatía de Wernicke.
4. Alucinosis alcohólica.
5. Intoxicación etílica aguda.

166. ¿En cuál de los siguientes casos la terapia electroconvulsivante es un tratamiento de primera elección?:

1. Esquizofrenia paranoíde.
2. Psicosis reactiva.
3. Depresión mayor con síntomas melancólicos.
4. Trastorno esquizotípico de la personalidad.
5. Trastorno delirante crónico.

167. El síndrome de ovario poliquístico es una enfermedad bien conocida de la mujer en edad fértil y su diagnóstico se basa en los datos que aporta:

1. Historia clínica familiar pormenorizada ya que lo más importante son los antecedentes familiares.
2. Realización de una Resonancia Nuclear magnética de la hipófisis para descartar un adenoma.
3. Estudio ecográfico ginecológico con tecnología tridimensional y biopsia.
4. Valoración clínica, estudio hormonal (andrógenos, FSH y LH) y ecografía ginecológica.
5. Un escáner para estudiar de forma resolutiva los ovarios y estudio hormonal completo.

168. Una mujer de 18 años consulta por amenorrea primaria. En la exploración se observa un feno tipo femenino normal pero con ausencia de desarrollo de los caracteres sexuales secundarios. Los genitales externos son femeninos de aspecto infantil y los genitales internos femeninos e hipoplásicos. La talla es normal. El cariotipo es 46 XX. Los niveles plasmáticos de gonadotropinas (FSH y LH) están muy elevados,

¿Cuál de los siguientes diagnósticos corresponde a este cuadro?:

1. Síndrome de insensibilidad a los andrógenos (feminización testicular).
2. Disgenesia gonadal tipo Síndrome de Turner.
3. Disgenesia gonadal pura.
4. Defecto congénito de hormona liberadora de gonadotropinas (Gn-RH).
5. Síndrome adrenogenital.

169. Mujer de 60 años. En la revisión rutinaria se detecta una masa móvil en pelvis. El estudio ecográfico pone de manifiesto, como único hallazgo, una lesión quística de 70 mm. con proliferaciones papilares internas y dependiente de ovario derecho. El marcador tumoral Ca25 es de 70 U/mL (normal < 35 U/ml). ¿Cuál es la conducta diagnóstico/terapéutica adecuada?:

1. Control evolutivo mediante seriación ecográfica y del nivel del marcador.
2. Completar el estudio mediante marcadores de estirpe germinal (alfa-fetoproteína/gonadotropina coriónica).
3. Estudio citológico de la lesión mediante punción aspiración con aguja fina.
4. Tratamiento quirúrgico: anexectomía y estudio intraoperatorio de la lesión.
5. Tratamiento quirúrgico: quistectomía y estudio intraoperatorio de la lesión.

170. ¿Cuál es el tratamiento correcto para una pareja estéril por una obstrucción bilateral de las trompas?:

1. La insuflación de las trompas.
2. La inseminación artificial con semen del marido.
3. La inseminación artificial con semen de donante.
4. Inducir la ovulación con gonadotropinas.
5. La fecundación in vitro.

171. ¿Cuál de las siguientes situaciones clínicas es una contraindicación absoluta para anticoncepción hormonal?:

1. Hipertensión arterial bien controlada.
2. Historia personal de tromboembolismo previo.
3. Diabetes.
4. Mujer de menos de 35 años y fumadora.
5. Infección urinaria.

172. Los factores pronósticos condicionan la evolución en el cáncer de cuello uterino. ¿Cuál de éstos NO sería importante para el estadiaje clínico del tumor?:

1. Tamaño tumoral.
2. Afectación ganglionar.
3. Profundidad de invasión tumoral.
4. Permeabilidad vascular.

5, Vaginitis de repetición.

173. A una gestante a término que ingresa en trabajo de parto se le detectan unas pequeñas vesículas vivares de herpes simple recidivante. Años antes de la gestación tuvo una primoinfección de herpes genital y varios brotes de herpes recidivante. ¿Cuál es la conducta a seguir?:
1. Hacer una cesárea.
 2. Permitir el parto vaginal y tratar con aciclovir al recién nacido.
 3. No es necesario una conducta especial ya que el herpes recidivante no tiene riesgo para el recién nacido.
 4. Permitir el parto vaginal y aislar al recién nacido de la madre.
 5. Tratar inmediatamente las lesiones con ácido tricloroacético para inactivar el virus y entonces permitir el parto vaginal.
174. ¿Cuál de los siguientes factores NO es un factor de riesgo para desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta?:
1. Hipertensión arterial crónica.
 2. Nuliparidad,
 3. Tabaquismo.
 4. Hipofibrinogenemia congénita.
 5. Presencia del anticoagulante lúpico en sangre.
175. ¿Cuál de las siguientes situaciones NO supone una indicación primaria de la ecografía obstétrica durante el primer trimestre de gestación?:
1. Definir la causa de un sangrado vaginal.
 2. Confirmar la edad gestacional.
 3. Valorar una sospecha de enfermedad trofoblástica gestacional.
 4. Diagnosticar un embarazo en mujer con amenorrea.
 5. Evaluar un dolor pélvico agudo.
176. En una mujer embarazada de 11 semanas que lleva tres días sangrando por genitales, con muchas náuseas, útero mayor que su amenorrea y unos valores de beta HCG muy elevados, ¿en cuál de las siguientes patologías debe pensarse?:
1. Amenaza de aborto.
 2. Aborto diferido.
 3. Mola hidatídica.
 4. Amenaza de aborto en un útero con miomas.
 5. Aborto incompleto.
177. ¿Cuál de las siguientes serologías es más recomendable hacer a todas las embarazadas?:
1. La del citomegalovirus.
 2. La del parvovirus.
 3. La de la hepatitis C.
 4. La del SIDA.
 5. La de la listeriosis.
178. Señala cuál de las siguientes afirmaciones sobre los genes BRCA1 y BRCA2 implicados en el cáncer de mama hereditario es FALSA:
1. El riesgo de padecer cáncer de mama en mujeres portadoras de mutaciones en alguno de estos genes es del 60-85%.
 2. El riesgo de padecer además cáncer de ovario es mayor en las mujeres portadoras de mutación en el BRCA1 que en las portadoras de mutación en el BRCA2.
 3. Los cánceres de mama asociados a mutaciones en el BRCA1 son generalmente bien diferenciados en comparación con los cánceres de mama esporádicos.
 4. Mutaciones en los genes BRCA1 y BRCA2 son muy poco frecuentes en cánceres de mama esporádicos.
 5. La prevalencia de mutaciones del BRCA1 es mayor que la del BRCA2.
179. Paciente de 51 años que en mamografía de cribado se detecta nódulo espiculado de 8 mm. en cuadrante superoexterno de la mama izquierda. Biopsia con agua gruesa: carcinoma ductal infiltrante G IL Receptores hormonales positivos. Ki 67 10%, Her 2-neu negativo. Exploración clínica: nódulo no palpable, axila libre, Ecografía axilar: No ganglios sospechosos. ¿Cuál es el tratamiento primario de elección?:
1. Hormonoterapia primaria.
 2. Quimioterapia neoadyuvante.
 3. Mastectomía y Knfadnectomía axilar.
 4. Tumorectomía y ganglio centinela.
 5. Trastuzumab.
180. Paciente de 4 años que acude a urgencias con una historia de secreción nasal purulenta y de mal olor unilateral desde hace 4 días. El diagnóstico más frecuente es:
1. Fibrosarcoma del cornete nasal.
 2. Atresia de coanas unilateral.
 3. Rinitis crónica por Rinovirus.
 4. Cuerpo extraño intranasal.
 5. Granulomatosis crónica nasofaríngea.
181. En relación con el crecimiento y desarrollo del niño en su primer año de vida, todas las afirmaciones siguientes son ciertas, EXCEPTO:
1. En el primer año de vida, el niño aproximadamente triplica su peso al crecimiento y duplica su longitud.
 2. El peso del recién nacido suele disminuir más del 10% en la primera semana de vida, por pérdida de líquido extravascular, aunque se recupere posteriormente.
 3. Un niño debe ganar alrededor de 30 gramos/día durante el primer mes de vida.
 4. Los reflejos precoces o arcaicos presentes al

- nacimiento, desaparecen entre los 3 y 4 meses de edad. 5. Hacia los 2 meses, suele haber hecho su aparición la sonrisa voluntaria o social.
182. Paciente de 3 meses con linfopenia, neumonía por *Pneumocystis Carinii* junto con muguet de repetición e incapacidad para ganar peso. El diagnóstico más probable es:
1. Deficiencia de IgA.
 2. Inmunodeficiencia combinada grave.
 3. Síndrome variable común de inmunodeficiencia.
 4. Enfermedad granulomatosa crónica.
 5. Deficiencia en moléculas de adhesión.
183. Un niño con anorexia, fatigabilidad e irritable, adoptando una postura con las extremidades semiflexionadas y abducidas, que Hora al moverlo y tiene gingivitis hemorrágica e hiperqueratosis folicular, tendrá un déficit de:
1. Vitamina A.
 2. Triptófano.
 3. Vitamina C.
 4. Selenio.
 5. Vitamina K.
184. Niña de 2 años que estando previamente bien sufre episodio brusco de desconexión del medio e hipertonia, con estridor y sialorrea, durante aproximadamente 2 minutos, quedando posteriormente somnolienta durante aproximadamente 5 minutos. A su llegada al Centro de Salud se objetiva temperatura axilar de 38,9°C. En relación con esta niña, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?:
1. Presenta un proceso benigno pero que casi siempre recurre.
 2. Debe remitirse a un Centro Hospitalario para realización de una prueba de neuroimagen.
 3. Si el foco causal de la fiebre es claro y banal y la recuperación clínica completa, puede manejarse con antitérmicos y observación domiciliar sin realizar ninguna prueba complementaria.
 4. Será necesaria la realización de un EEG más adelante.
 5. Presenta un riesgo de desarrollo posterior de alguna forma de epilepsia mayor que el resto de la población.
185. Se encuentra ante un recién nacido a cuya madre se le descubrió una seroconversión a Toxoplasmosis durante la gestación. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?:
1. El estudio de la placenta puede resultar de utilidad en el diagnóstico.
 2. Debe realizar cuanto antes un estudio serológico al recién nacido.
 3. El cuadro clínico neonatal puede ser indistinguible de otras infecciones congénitas.
 4. El recién nacido puede encontrarse asintomático.
 5. Los recién nacidos infectados pero no enfermos no precisan tratamiento.
186. Lactante de 3 meses de edad que acude a la consulta por presentar desde los 15 días de vida, regurgitaciones postprandiales en casi todas las tomas y de forma esporádica, vómitos en mayor cantidad. Heces de características normales. Lactancia artificial con fórmula de inicio y presenta un adecuado desarrollo ponderoestatural, sin pérdida de peso. ¿Cuál entre los siguientes, es el diagnóstico más probable?:
1. Alergia a proteína de leche de vaca.
 2. Estenosis pilórica.
 3. Intolerancia a proteínas de leche de vaca.
 4. Reflujo gastroesofágico madurativo.
 5. Vólvulo intestinal.
187. En un niño de 11 años con asma persistente moderada, y sensibilización a ácaros de polvo doméstico y pólenes de arizónicas, gramíneas y olea, todas las siguientes medidas son recomendables EXCEPTO una:
1. Vacunar anualmente contra la gripe.
 2. Tratar la rinitis y la sinusitis coincidentes.
 3. Enseñarle a medir el flujo espiratorio máximo en su domicilio.
 4. Evitar o reducir la exposición a los alérgenos a los que esté sensibilizado y a otros irritantes de la vía respiratoria.
 5. Emplear como tratamiento de mantenimiento beta-agonistas de acción larga en monoterapia.
188. Una de las siguientes características clínicas NO es típica de la intolerancia a disacáridos:
1. Diarrea postprandial.
 2. Deposiciones de olor ácido.
 3. Eritema perianal.
 4. Deposiciones explosivas.
 5. Heces abundantes, brillantes y adherentes (esteatorreicas).
189. Cuando se diagnostica de fimosis a un lactante, al comentarles sobre el proceso a sus padres tenemos que tener en cuenta que:
1. Hasta los dos años se puede tratar de un proceso fisiológico.
 2. Es un hallazgo poco frecuente.
 3. Se realiza circuncisión solo en caso de existir motivos religiosos.
 4. Las adherencias penianas y la fimosis se trata de una misma patología.
 5. En la actualidad el uso de pomadas de corticoides evita la circuncisión por motivos médicos.

190. Entre otras manifestaciones, la talla baja está presente en múltiples síndromes genéticos y polimalformativos, como los que se exponen a continuación, EXCEPTO en uno. ¿Cuál de ellos NO suele cursar con talla baja?:
1. Síndrome de Turner.
 2. Síndrome de Down.
 3. Síndrome de Silver-Russell.
 4. Síndrome de Seckel
 5. Síndrome de Klinefelter.
191. Recién nacido prematuro de 3 horas de vida que presenta cianosis persistente, con hipoxemia, que mejoran escasamente con O_2 al 100%. La radiografía de tórax muestra pulmones hiperclaros, con corazón en bota. Señale la respuesta correcta:
1. El niño presenta una enfermedad de la membrana hialina.
 2. Debe instaurarse una terapia intravenosa con prostaglandina E_i para mantener permeable el conducto arterioso.
 3. La ecocardiografía bidimensional no será diagnóstica en este caso.
 4. El tratamiento de elección inicial es la ventilación mecánica.
 5. El paciente reúne todos los criterios de insuficiencia cardíaca neonatal.
192. Si se realiza el diagnóstico de osteocondritis de la epífisis femoral superior o enfermedad de Legg-Calvé-Perthes es verdad que:
1. La edad de aparición es en mayores de 10 años.
 2. Aparece especialmente en el sexo femenino.
 3. La cojera es el síntoma predominante con mayor o menor dolor.
 4. En la exploración del niño llama la atención la importante afectación del estado general.
 5. La evolución de la enfermedad es rápida, siendo a evolución más frecuente de aproximadamente un mes.
193. En un estudio clínico, a una serie de pacientes se les trata con un nuevo fármaco para estudiar, si en un periodo de tiempo después de la administración de dicho fármaco, el nivel de bilirrubina ha disminuido. Se acepta que la distribución de la bilirrubina es normal, para este diseño. ¿Cuál es la prueba estadística de elección?:
1. T de Student para datos apareados.
 2. T de Student para datos independientes.
 3. Ji-cuadrado.
 4. Mann-Whitney.
 5. Prueba exacta de Fisher.
194. Supongamos un modelo de regresión lineal simple que relaciona los niveles medios de Proteína C Reactiva (PCR) medida en mmol/L como variable dependiente con el número de articulaciones dolorosas o hipersensibles de un paciente con artritis idiopática (variable independiente). El modelo ajustado en una muestra de 100 pacientes es el siguiente: $\hat{f}(y) = 0,47 + 0,08x$. En el modelo. ¿Cómo se interpreta el coeficiente de 0,08?:
1. Dado que es superior a 0,05, quiere decir que no existe asociación entre las variables dependiente e independiente.
 2. Es el cambio obtenido en la media de PCR como consecuencia de pasar a tener una articulación adicional inflamada.
 3. Es el valor medio de la PCR para los sujetos con una sola articulación afectada.
 4. Su cuadrado se interpreta como el porcentaje de varianza de la variable dependiente explicado por el modelo lineal.
 5. Es el valor medio basal de PCR para los individuos sanos (sin articulaciones afectadas).
195. En un contraste de hipótesis estadístico, si la hipótesis nula fuera cierta y se rechazara:
1. Se comete un error de tipo EL
 2. Se toma una decisión correcta.
 3. La potencia aumenta.
 4. Se comete un error de tipo I.
 5. Se toma la decisión más conservadora.
196. En un ensayo clínico para comparar dos fármacos, se incluyen 75 pacientes en cada rama, la variable de interés es tiempo hasta que desaparezcan los síntomas y el período de seguimiento es de 30 días. Al final de ese período hay pacientes a los que no les han desaparecido los síntomas. El análisis de los datos:
1. Se puede hacer con la prueba t de Student.
 2. Se debe hacer con la prueba ji-cuadrado.
 3. Se debe hacer con las técnicas de análisis de supervivencia.
 4. Se debe hacer con la prueba de Marun-Withney.
 5. Se puede hacer con la prueba de Mann-Withney, o con las técnicas de análisis de supervivencia.
197. Un ensayo clínico sobre 3.000 pacientes compara un nuevo fármaco antihipertensivo con placebo (1.500 pacientes por rama de tratamiento), Para cada grupo, se obtiene un valor medio de tensión arterial. Para comprobar si existen diferencias estadísticamente significativas, se debe realizar la siguiente prueba:
1. La X^2 de Pearson.
 2. La t de Student.
 3. La F de Snedecor.
 4. La U de Mann-Whitney.
 5. Hazard Ratio.

198. Se va a realizar un estudio para comprobar si la administración de determinado antipsicótico podría estar relacionado con un aumento de la incidencia de conductas suicidas en esquizofrénicos en los que se inicia el tratamiento de un brote agudo. Los pacientes más graves pueden ser más proclives a serles indicado este antipsicótico y también tienen mayor riesgo suicida. Teniendo en cuenta este posible factor de confusión "por indicación". ¿Cuál de los siguientes tipos de estudio minimiza mejor en el diseño la posibilidad de que se produzca este sesgo de confusión?:
1. Un ensayo clínico aleatorizado.
 2. Un estudio de casos y controles apareado.
 3. Un estudio de cohortes de seguimiento prospectivo,
 4. Un estudio de prevalencia.
 5. Un estudio de casos y controles anidado en una cohorte.
199. Respecto a los estudios epidemiológicos de cohorte es cierto que:
1. Se utiliza la Odds Ratio como medida fundamental de asociación.
 2. Se denominan también estudios de prevalencia.
 3. El grupo de comparación se constituye con los sujetos no expuestos al factor de riesgo en estudio.
 4. Estudian las características de una muestra de sujetos en un momento dado, en el que se recogen todos los datos.
 5. Si existen pérdidas en el seguimiento de los sujetos, el estudio no puede analizarse.
200. ¿Cuál de los siguientes estudios se corresponde con el diseño de un estudio de casos y controles?:
1. Seleccionamos un grupo de pacientes diagnosticados de agranulocitosis y un grupo control de pacientes del mismo hospital con otras enfermedades hematológicas. Comparamos a los dos años en ambos grupos la proporción de pacientes que sobreviven. f
 2. Seleccionamos un hospital en el que han ocurrido una serie de casos de legionelosis y como control, otro hospital sin ningún caso. Comparamos la temperatura del agua en los depósitos de agua caliente de cada hospital.
 3. Seleccionamos un grupo de diabéticos e hipertensos en tratamiento con enalapril y otro grupo con las mismas enfermedades en tratamiento con diuréticos. Comparamos en ambos grupos los valores de proteinuria después de 6 meses de tratamiento.
 4. Seleccionamos una muestra de sujetos que han tenido un resultado positivo en un control de alcoholemia mientras conducían. Calculamos en este grupo la prevalencia de cardiopatía isquémica sintomática. 5. Seleccionamos un grupo de pacientes diagnosticados de infarto agudo de miocardio y un grupo seleccionado de forma aleatoria procedente de la misma colectividad, sin infarto. Comparamos en ambos grupos la proporción de pacientes previamente expuestos a determinado anti-inflamatorio no esteroideo.
201. Si en un estudio de casos y controles se usa la *odds ratio* para medir la asociación entre la exposición de interés y la característica estudiada y el error que se comete en la clasificación de los sujetos en expuestos o no expuestos es igual en el grupo de los casos que en el de los controles. ¿Cuál es el efecto sobre el valor estimado de la fuerza de la asociación?:
1. Se produce un sesgo en el sentido de aumentar erróneamente la fuerza de la asociación medida.
 2. Se produce un sesgo en el sentido de disminuir erróneamente la fuerza de la asociación medida.
 3. Se produce un sesgo unas veces aumentando y otras disminuyendo erróneamente la fuerza de la asociación medida.
 4. Una estimación válida de la fuerza de la asociación, pero con un aumento de la magnitud de su intervalo de confianza.
 5. Una estimación válida de la fuerza de la asociación medida.
202. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA sobre las ventajas de los estudios de casos y controles?:
1. Útiles para abordar enfermedades infrecuentes.
 2. Alternativa eficiente para el estudio de enfermedades con periodos de latencia prolongados.
 3. Facilidad de constituir un grupo adecuado de comparación.
 4. Permiten valorar diferentes factores etiológicos simultáneamente.
 5. Un menor plazo de realización, unido a un menor tamaño muestral, supone un menor coste.
203. Los resultados de los distintos estudios observacionales (cohortes, casos y controles) llevados a cabo sobre el riesgo de infarto agudo de miocardio asociado a medicamentos han sido:
- fármaco A: OR(IC95%): 4,0 (2,5-7,2)
 - fármaco B: RR(IC95%): 2,1 (0,85-3,9)
 - fármaco C: RR(IC95%): 0,7 (0,4-0,85)
 - fármaco D: OR(IC95%): 3,0 (2,2-9,1)
- Si asumimos que A, B, C y D tienen N misma eficacia, similar seguridad respecto al resto de reacciones adversas y similares costes. ¿Cuál sería el tratamiento de elección?:

1. Fármaco B.
 2. Fármaco C.
 3. Fármaco A.
 4. Fármaco D.
 5. No puede establecerse pues dependería de la frecuencia absoluta de la enfermedad (IAM).
204. Una de la siguientes afirmaciones con respecto a la aleatorización es INCORRECTA:
1. El proceso de asignación aleatoria debe estar documentado en todos sus pasos.
 2. La aleatorización permite que la asignación de cada paciente incluido en el ensayo clínico sea impredecible.
 3. En el caso de un ensayo con aleatorización 1:1, todos los participantes tienen las mismas probabilidades de ser asignados a uno u otro de los grupos en estudio.
 4. La aleatorización asegura totalmente la homogeneidad entre los grupos en comparación ya que este es su objetivo.
 5. Idealmente el proceso de aleatorización debe estar enmascarado para evitar sesgos en la asignación a los grupos en comparación.
205. En el diseño y realización de un ensayo clínico debemos tener en cuenta diversos factores a la hora de determinar los objetivos y variables de evaluación que vamos a establecer. Señale la respuesta correcta:
1. Debemos establecer tantos objetivos y variables principales de evaluación como deseemos evaluar.
 2. Si queremos evaluar resultados válidos y significativos desde el punto de vista clínico, la utilización de variables intermedias en un método ideal y carente de sesgos.
 3. La utilización de escalas de evaluación multidimensionales (por ejemplo las de calidad de vida) tiene la ventaja de ser clínicamente más relevante pero puede tener problemas de validación y ser de difícil interpretación.
 4. A lo largo del desarrollo de un nuevo fármaco (Fases I a IV) la variable principal de evaluación de los diferentes ensayos clínicos realizados debe ser la misma para permitir la consistencia en la evaluación de la eficacia del fármaco.
 5. El objetivo principal de un ensayo clínico en fase ni debe ser elegido por su facilidad para ser medido y así facilitar la detección de los efectos del fármaco.
206. En relación con el diseño y realización de un ensayo clínico, señale la respuesta INCORRECTA:
1. El denominado "análisis por protocolo" puede incurrir en sesgos debidos a las pérdidas durante el estudio.
 2. Los estudios con controles históricos tienden a sobrevalorar la eficacia del fármaco experimental.
3. En el análisis de un ensayo clínico se debe hacer el máximo número posible de análisis intermedios de la variable principal porque así se aumenta la probabilidad de obtener un resultado positivo en el ensayo.
 4. El ensayo clínico controlado y aleatorizado se considera el diseño con mayor fortaleza para determinar la eficacia de una intervención.
 5. El ensayo clínico cruzado es muy sensible a las pérdidas de sujetos durante la realización del mismo.
207. Al contrario que los estudios de eficacia, que se realizan en condiciones experimentales ideales, los ensayos clínicos de efectividad pretenden evaluar el valor de un nuevo tratamiento en condiciones lo más parecidas a las que tienen lugar en la práctica clínica habitual. Este tipo de ensayos clínicos para la evaluación de la efectividad se denominan:
1. Ensayos clínicos multicéntricos.
 2. Ensayos clínicos aleatorizados, doble ciego y paralelos.
 3. Ensayos clínicos post-comercialización.
 4. Ensayos clínicos pragmáticos.
 5. Diseños de cohorte amplia.
208. De las siguientes situaciones clínicas indique en cuál podría estar más justificado el empleo de un estudio clínico con control histórico para evaluar la eficacia:
1. Hipertensión arterial,
 2. Infección de vías respiratorias altas.
 3. Cáncer de páncreas en estadio avanzado.
 4. Carcinoma basocelular cutáneo.
 5. Dolor postoperatorio agudo después de extracción del tercer molar.
209. Al analizar los resultados de un ensayo clínico, se concluye que existen diferencias entre los parámetros evaluados para cada una de las ramas de tratamiento, con una P de 0,034. Esto significa:
1. Que si se repite el estudio, en un 3,4% de ocasiones no se encontrarían diferencias.
 2. Que en un 3,4% de sujetos de ambas ramas, no se encontraron diferencias.
 3. Que hay un 3,4% de diferencia entre los tratamientos estudiados.
 4. Que la magnitud de la diferencia entre tratamientos es mayor que si $P = 0,05$.
 5. Que hay una probabilidad de 3,4% de que la diferencia obtenida se deba al azar.
210. Se compara la utilidad de dos fármacos activos, A y B, en un ensayo clínico cuya variable principal es la reducción de la mortalidad asociada al infarto agudo de miocardio. Los resultados

no muestran diferencias estadísticamente significativas en la reducción de la mortalidad, pero el análisis de 10 variables secundarias muestra que en una de ellas (la reducción de la estancia media hospitalaria post-infarto), el fármaco A es superior al B. ¿Qué actitud tomaría ante estos resultados?:

1. Formular una nueva hipótesis basada en los resultados observados en las variables secundarias significativas y planificar un nuevo ensayo clínico.
2. Ajustar los resultados de mortalidad por las diferencias observadas en la estancia media hospitalaria.
3. Añadir la indicación de disminución de la estancia media hospitalaria en la ficha técnica del fármaco A.
4. Realizar un análisis por subgrupos de pacientes para determinar si la mortalidad está disminuida en alguno de ellos.
5. Agrupar las variables secundaria y primaria en una única variable combinada.

211. Se compara un fármaco activo con placebo para la prevención de fracturas osteoporóticas en mujeres postmenopáusicas tratadas con corticosteroides. En la interpretación de este ensayo clínico, ¿qué significado tiene el número necesario para tratar o NNT?:

1. El número necesario de pacientes que deben recibir el comparador no activo para que los resultados resulten creíbles.
2. El número mínimo de pacientes incluidos en el ensayo clínico que deben concluir el tratamiento para que se mantenga el poder estadístico.
3. El número de pacientes a tratar para que el fármaco activo resulta coste/eficaz.
4. El número de pacientes que debe incluir el ensayo clínico para obtener resultados con un nivel de significación estadística predeterminado.
5. El número de pacientes a tratar con el comparador activo para evitar un desenlace adverso.

212. Una de las siguientes afirmaciones sobre las cuatro fases del desarrollo clínico de un medicamento es FALSA, señálela:

1. Las fases son consecutivas en el tiempo pero pueden superponerse.
2. Los primeros estudios que se realizan en humanos para demostrar la eficacia de un medicamento se engloban dentro de la fase I.
3. Uno de los objetivos de la fase II es establecer la relación dosis-respuesta del medicamento.
4. La utilidad en la práctica clínica se pone de manifiesto en la fase III, en la que se incluye a un número mayor de pacientes que en la fase II.
5. Los estudios de fase IV se diseñan para eva-

luar nuevas indicaciones del medicamento, aunque éste ya esté en el mercado.

213. En relación a los estudios de bioequivalencia, señale la respuesta INCORRECTA:

1. Para que se autorice la comercialización de un medicamento genérico suele ser necesario realizar un estudio de bioequivalencia en voluntarios sanos.
2. El objetivo de los estudios de bioequivalencia es demostrar que dos formulaciones del mismo principio activo tienen la misma eficacia clínica.
3. Las dos formulaciones a comparar deben de tener la misma composición cualitativa y cuantitativa en cuanto a principio activo, para que el producto pueda comercializarse.
4. Se suele emplear un diseño cruzado, de manera que un grupo de sujetos recibe primero la formulación de referencj; . luego la del producto genérico, y el otro grupo la secuencia inversa.
5. La variable principal de evaluación se basa en la cuantificación plasmática (o urinaria) del principio activo, tras la administración de las dos formulaciones.

214. ¿Qué es un metaanálisis?:

1. Un sistema de análisis estadístico que agrupa las variables secundarias para aumentar la potencia estadística de un estudio determinado.
2. Una revisión sistemática de la literatura sobre un determinado tema realizada con criterios explícitos en fuentes bibliográficas.
3. Una metodología estadística centrada en el análisis económico de los fármacos.
4. Un sistema de asignación aleatoria de pacientes dentro de un ensayo clínico cuyo objetivo es garantizar la ausencia de sesgos de selección.
5. Un sistema de análisis para agrupar y resumir conjuntamente los resultados de diferentes ensayos clínicos sobre una misma materia.

215. Cuando se evalúa la eficiencia de una intervención sanitaria. ¿A qué pregunta se está tratando de responder?:

1. ¿Puede funcionar en condiciones ideales?.
2. ¿Puede funcionar en la práctica clínica habitual?.
3. ¿Es adecuada su relación beneficio-riesgo?.
4. ¿Compensa ó es rentable desde el punto de vista económico?.
5. ¿Es adecuada su calidad?.

216. ¿Cuál es el principal inconveniente de las evaluaciones económicas realizadas dentro de los ensayos clínicos?:

1. La necesidad de utilizar suposiciones.

2. La baja validez interna.
 3. La baja validez externa.
 4. La baja calidad de los datos de eficacia.
 5. La falta de rigor científico.
217. El resultado de un electrocardiograma de es fuerza, para la predicción de una enfermedad coronaria, cambia si se varían los milímetros de depresión del segmento ST que definen el resultado anormal. Si se considera como resultado anormal a partir de los 2 mm de depresión del segmento ST en lugar de a partir de 0,5 mm. Señala la respuesta correcta:
1. La sensibilidad aumenta.
 2. Es necesario representar los falsos negativos frente a los verdaderos negativos en una curva ROC.
 3. La especificidad aumenta.
 4. Los falsos positivos aumentan.
 5. Es necesario representar los falsos negativos frente a los falsos positivos en una curva ROC.
218. ¿Cuál de los siguientes datos NO forma parte del vigente conjunto mínimo básico de datos, al alta de hospitalización, aprobado por el Consejo Interterritorial del Ministerio de Sanidad y Consumo?:
1. Fecha de Nacimiento.
 2. Identificación del Hospital.
 3. Tipo de Hospital.
 4. Diagnósticos, codificados.
 5. Procedimientos quirúrgicos u obstétricos, codificados.
219. Las vacunas del papilomavirus frente al carcinoma cervical han demostrado su eficacia mediante:
1. La demostración de que no aparece cáncer cervical en los vacunados.
 2. La demostración de que se producen anticuerpos tras la vacunación.
 3. La demostración de protección frente a la aparición de lesiones preneoplásicas (CEN 2/3) asociadas a los virus incluidos en la vacuna.
 4. La demostración de la remisión del cáncer cervical en las mujeres vacunadas.
 5. Estudios clínicos no controlados.
220. Las vacunas frente a la gripe que se utilizan actualmente se caracterizan por:
1. Impedir mediante la inmunidad que generan que aparezca una pandemia.
 2. Precisar solo la administración de una dosis a lo largo de la vida.
 3. Ser más eficaces en ancianos, ya que responden con títulos de anticuerpos más elevados.
 4. Variar su composición antigénica cada año, como consecuencia de la deriva antigénica de los virus gripales A y B.
5. Disponer de tres subtipos del virus de la gripe A(H3N2,HTNlyH5N1).
221. Señale la asociación correcta fármaco antihipertensivo - mecanismo de acción:
1. Sertralina - inhibidor de MAO.
 2. Bupropión - inhibidor selectivo de la recaptación de 5HT.
 3. Iproniacida - inhibidor selectivo de la recaptación de 5HT.
 4. Citalopram - inhibidor selectivo de la recaptación de 5HT.
 5. Duloxetina - inhibidor de MAO.
222. ¿Cuál de los siguientes antiepilépticos administrado en mujeres embarazadas puede producir, en el recién nacido, una deficiencia de factores de la coagulación dependientes de vitamina K?:
1. Carbamazepina.
 2. Fenitoína.
 3. Etosuximida.
 4. Valproato sódico.
 5. Clonazepam.
223. ¿Cuál de los siguientes fármacos debe de utilizarse con precaución en un paciente tratado con un inhibidor selectivo de recaptación de serotonina por el riesgo de provocar un cuadro de hiperactividad serotoninérgica?:
1. Lmezolid.
 2. Vancomicina.
 3. Caspofungina.
 4. Meropenem,
 5. Gentamicina.
224. ¿Cuál de los siguientes criterios que se utilizan para establecer la relación de causalidad entre un fármaco y una supuesta reacción adversa, es el único que resulta imprescindible para al menos poder mantener la sospecha de que estamos ante una reacción adversa a medicamentos?:
1. Que la respuesta al fármaco sea conocida (plausibilidad biológica).
 2. Mejoría de la reacción al retirar el fármaco.
 3. Secuencia temporal razonable entre la exposición al fármaco y la aparición de la reacción adversa.
 4. Reparación de la reacción al reintroducir el fármaco.
 5. Presencia de una explicación alternativa para la reacción (por ejemplo, la propia patología de base del paciente).
225. Señale el fármaco que debe ajustarse su dosis en el paciente con deterioro de la función renal:
1. Teofilina.
 2. Carbamazepina.
 3. Digoxina,

4. Propanolol.
 5. Verapamilo.
226. ¿Qué microorganismo es el principal responsable de las bacteriurias asociadas a catéter intra vascular?:
1. *P. aeruginosa*.
 2. *C. albicans*.
 3. *S. aureus*.
 4. *E. coli*.
 5. *S. epidermidis*.
227. Un niño de 6 meses presenta tos persistente y fiebre. La exploración física y la radiografía de tórax sugieren una neumonía. ¿Cuál de los siguientes microorganismos es menos probable que sea el agente causal de esta infección?:
1. Virus sincitial respiratorio.
 2. Adenovirus.
 3. Virus parainfluenza 1.
 4. Rotavirus.
 5. Virus parainfluenza 3.
228. La criptosporidiosis, que está causada por *Cryptosporidium parvum*, cursa como una enteritis benigna en personas previamente sanas, pero en personas con inmunosupresión causa una enfermedad grave. En estas formas graves su diagnóstico convencional se efectúa por:
1. Serología.
 2. Hemocultivo.
 3. Examen microscópico de las heces (T. de Ziehl-Neelsen modificada).
 4. Coprocultivo.
 5. Reacción en cadena de la polimerasa de una muestra de sangre.
229. Las siguientes afirmaciones referidas a los virus de la hepatitis C (VHC) y al virus de la hepatitis D (VHD), EXCEPTO una, son correctas. Señala la respuesta INCORRECTA:
1. El VHC es una importante causa de hepatitis postransfusional,
 2. El VHD es un virus defectivo con un genoma de RNA y una cápside que contiene el antígeno de superficie del VHB.
 3. El VHD se transmite fundamentalmente por vía fecal-oral.
 4. Los pacientes infectados por el VHC suelen desarrollar una infección crónico-activa que puede conducir al desarrollo de un hepatocarcinoma.
 5. La determinación seriada de la carga vírica del VHC es útil para monitorizar la eficacia del tratamiento administrado.
230. La organela celular más implicada en la patogénesis de la apoptosis a través de la vía intrínseca es:
1. Núcleo.
 2. Mitocondria.
 3. Retículo endoplásmico.
 4. Lisosoma.
 5. Zona interna de la membrana celular.
231. La sinovitis de la artritis reumatoide asocia las alteraciones siguientes, SALVO una. ¿Cuál?:
1. Hipertrofia vellosa de la sinovial.
 2. Focos de necrosis caseiforme.
 3. Hiperplasia del lecho que bordea los sinoviocitos.
 4. infiltración linfoplasmocitaria.
 5. Neo-angiogénesis.
232. Una biopsia renal muestra con el microscopio óptico numerosos glomérulos con semilunas. La inmunofluorescencia presenta un patrón lineal con la IgG. ¿Cuál es el diagnóstico?:
1. Granulomatosis de Wegener.
 2. Síndrome de Goodpasture.
 3. Púrpura de Schonlein Henoch.
 4. Poliarteritis microscópica.
 5. Lupus eritematoso sistémico.
233. Un tumor gástrico protruye en la luz. Está formado por células epitelioides y fusiformes y con inmunohistoquímica expresa c-kit (CD117). ¿Cuál es el diagnóstico?:
1. Tumor del estroma gastrointestinal (GIST).
 2. Leiomioma.
 3. Adenocarcinoma de tipo intestinal.
 4. Linfoma.
 5. Leiomioma epitelioide.
234. ¿Cuál de los siguientes tumores tiroideos puede aparecer en el seno de un síndrome de neoplasia endocrina múltiple?:
1. Carcinoma papilar.
 2. Carcinoma folicular.
 3. Carcinoma de células de Hurthle.
 4. Carcinoma medular.
 5. Carcinoma anaplásico.
235. Un hombre de 30 años presentó un tumor intracerebral frontal derecho que no captaba con contraste con los métodos de imagen. Se le realizó una lobectomía frontal. Se le aplicó radioterapia asociada a temozolomida. Al cabo de 8 años se produce una recidiva del tumor, que ahora muestra con los métodos de imagen captación de contraste y áreas de necrosis. El estudio histológico estableció el diagnóstico de:
1. Gangliocitoma,
 2. Astrocitoma Pilocítico.
 3. Glioblastoma.
 4. Meduloblastoma.

5. Cordoma.
236. Las siguientes estructuras desembocan en la aurícula derecha, EXCEPTO:
1. Vena cava superior.
 2. Vena cava inferior.
 3. Seno coronario.
 4. Vena pulmonar derecha.
 5. Venas cardíacas anteriores.
237. En la cirugía del cáncer de esófago es importante conocer bien la anatomía esofágica. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?:
1. El esófago tiene capa mucosa, capa muscular y capa serosa.
 2. El esófago abdominal es más largo que el cervical.
 3. El diámetro máximo del esófago normal es de 5 cm.
 4. El esófago torácico pasa por detrás del cayado aórtico.
 5. El epitelio esofágico normal es cilíndrico.
238. Existen anomalías anatómicas, pero habitualmente la arteria gastroepiploica izquierda es una rama directa de una de las siguientes arterias:
1. Mesentérica inferior.
 2. Mesentérica superior.
 3. Esplénica.
 4. Gástrica derecha,
 5. Gástrica izquierda.
239. Indique qué estructura nerviosa más frecuentemente puede ser lesionada ante un paciente con lesión inciso-contusa en región preauricular derecha:
1. Nervio hipogloso derecho.
 2. Nervio glossofaríngeo derecho.
 3. Nervio neumogástrico derecho.
 4. Nervio facial derecho.
 5. Nervio estatoacústico derecho.
240. Paciente de 18 años que acude a urgencias por presentar sangrado pulsátil a nivel de muñeca derecha después de corte accidental con un cristal. A su llegada a urgencias se coloca maniquito de presión en brazo derecho a una presión de 120 mmHg con disminución y desaparición del sangrado. Indique cuál de las siguientes afirmaciones es correcta:
1. El sangrado es probable que sea debido a la sección de la arteria cubital localizada en el margen lateral de la muñeca.
 2. El sangrado es secundario a la sección accidental de la arteria humeral.
 3. Posiblemente la sección de la arteria radial es la causante del sangrado pulsátil.
 4. La vena cefálica, medial al tendón del músculo palmar mayor debe ser la causante del sangrado.
 5. La vena basílica es la estructura vascular más frecuentemente seccionada ante un paciente con esta sintomatología.
241. Sobre la inmunoterapia es correcto que:
1. La artritis reumatoide y la enfermedad de Crohn pueden tratarse con anticuerpos monoclonales anti-TNF alfa.
 2. Los pacientes con esclerosis múltiple mejoran notablemente con la administración de gamma interferón.
 3. La plasmaféresis es útil en el tratamiento del síndrome de Guillain-Barré.
 4. Los anticuerpos monoclonales anti-CD3 son muy útiles en el tratamiento del rechazo crónico.
 5. La rapamicina bloquea a la calcineurina uniéndose a FKBP12 en el citoplasma celular.
242. ¿Cuál de las siguientes estrategias terapéuticas constituye actualmente el tratamiento de elección en las inmunodeficiencias combinadas severas (SCID)?:
1. Terapia sustitutiva con inmunoglobulina intravenosa (IVÍG).
 2. JL-2 en perfusión intravenosa continua.
 3. Administración de anti-TNF-alfa.
 4. Administración de IFN-beta.
 5. Transplante de progenitores hematopoyéticos (TMO).
243. En los déficits de la inmunidad humoral (anticuerpos). ¿Qué agente de los señalados es más probable que cause infección oportunista?:
1. *Histoplasma capsulatum*.
 2. *Mycobacterium tuberculosis* (Bacilo de Koch).
 3. Virus de la varicela - zoster.
 4. *Streptococcus pneumoniae* (neumococo).
 5. *Pneumocystis jiroveci*.
244. En las vacunas conjugadas frente a *Haemophilus influenzae* formadas por Polisacárido bacteriano (PS) más toxoide tetánico, la reacción inmunológica en la que se basa el diseño y eficacia de la vacuna es la siguiente:
1. El linfocito B reconoce fragmentos del Polisacárido y presenta fragmentos de éste a las células T.
 2. El linfocito B reconoce fragmentos del toxoide tetánico y produce Anticuerpos frente al Polisacárido.
 3. El linfocito B reconoce fragmentos del Polisacárido, presenta fragmentos del toxoide a las células T y produce Anticuerpos frente al toxoide.

4. El linfocito B reconoce fragmentos del Polisacárido, presenta fragmentos del toxoide de los linfocitos T y produce Anticuerpos frente al Polisacárido.
 5. El linfocito B reconoce fragmentos del toxoide, presenta fragmentos del toxoide a los linfocitos T y produce Anticuerpos frente al Polisacárido.
245. Paciente de 23 años sin patología previa que comienza con neumonías de repetición, trombopenia e hipogammaglobulinemia. ¿Qué diagnóstico nos sugiere?:
1. Agammaglobulinemia ligada al cromosoma X.
 2. Enfermedad granulomatosa crónica.
 3. Síndrome variable común de inmunodeficiencia.
 4. Infección por VIH.
 5. Síndrome de Hiper-IgM.
246. ¿Cuál de los siguientes síndromes se caracteriza por mutaciones en los genes de reparación de ADN, que se traduce en inestabilidad de microsatélites?:
1. Síndrome de Peutz-Jeghers.
 2. Síndrome de Cowden.
 3. Síndrome de Gardner.
 4. Síndrome de Lynch.
 5. Poliposis Juvenil.
247. ¿Cuál de las siguientes sustancias forma parte de la secreción biliar?:
1. Carboxipeptidasa.
 2. Tripsina.
 3. Elastasa.
 4. Lecitina.
 5. Quimiotripsina.
248. Los remanentes de quilomacrón son retirados de la circulación por el hígado mediante un proceso que requiere la siguiente apoproteína:
1. ApoB-100.
 2. Apo E.
 3. Apo C-n.
 4. ApoA-I.
 5. Apo (a).
249. La transformación de testosterona a dihidrotestosterona lo cataliza la siguiente enzima:
1. CYP19 Aromatasa.
 2. 5-a Reductasa.
 3. 17,20Liasa.
 4. 17-aHidroxilasa.
 5. 20-Deshidrogenasa.
250. Lo abajo mencionado respecto a la Resistencia a la insulina es cierto, EXCEPTO:
1. Su incidencia continúa decreciendo en países occidentales.
 2. Esta relacionada con la obesidad.
 3. Se relaciona con niveles plasmáticos bajos de adiponectina.
 4. Hay hiperinsulinismo e hiperglucemia.
 5. Se relaciona con la falta de ejercicio muscular.
251. Una mujer de 46 años acude a urgencias por paresia de miembros derechos de instauración brusca. Sufrió un cuadro de astenia y anorexia desde hacia 2 meses. La paciente estaba icterica. Su tasa hemática de Biliirrubina era 6 mg/dL (Bilirecta: 5 mg/dL). La fosfatasa alcalina 406 u/L (n<127); El Ag. carcinoembrionario (CEA), 18,5 ng/mL (n<5); CA 19,9: 980 u/mL (n<37); Alfa-fetoproteína: 2 ng/mL (n<15). Señale la respuesta correcta:
1. La presencia de marcadores tumorales elevados, aún usados como método de screening, tiene gran sensibilidad y especificidad diagnóstica.
 2. La endocarditis marántica es una situación potencialmente embolígena, asociada a estados de hipercoagulabilidad en procesos neoplásicos.
 3. La elevación de la enzima fosfatasa alcalina, en este caso, refleja la presencia de metástasis ósea.
 4. La elevación de Biliirrubina directa apunta a estados hemolíticos.
 5. El cuadro, en conjunto es diagnóstico de Hepatocarcinoma.
252. En la definición de hipertensión arterial resistente, se consideran las siguientes causas, EXCEPTO:
1. Cifras de Tensión Arterial Sistólica por encima de 180 mmHg.
 2. Apnea Obstructiva del sueño.
 3. Lesión orgánica irreversible o difícilmente reversible.
 4. Cumplimiento deficiente del plan terapéutico.
 5. Causa secundaria no sospechada.
253. Usted ve en consulta por primera vez a un paciente de 45 años diagnosticado de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Desde los 25 años había fumado 5 cigarrillos al día (5 paquetes/año). El síntoma fundamental es una disnea de mínimos esfuerzos. La auscultación pulmonar es normal, aunque en la exploración física destaca la presencia de aumento de presión venosa y edemas en ambos miembros inferiores. ¿Cuál de las siguientes actuaciones considera errónea en este paciente?:
1. Realizar una espirometría con prueba broncodilatadora para demostrar la existencia de obstrucción crónica al flujo aéreo.
 2. Iniciar inmediatamente tratamiento con altas

- dosis de broncodilatadores, corticoides inhalados y teofilina para mejorar su situación clínica.
3. Cuestionar el diagnóstico de EPOC y valorar otras patologías que cursen con insuficiencia cardiaca derecha.
 4. Ampliar el estudio del paciente con radiografía de tórax y ecocardiograma.
 5. Valorar la existencia de patología vascular pulmonar si se descarta alteración parenquimatosa pulmonar y enfermedad cardiológica.
254. ¿Cuál de los siguientes parámetros resulta más útil en el diagnóstico diferencial de la necrosis tubular aguda por fármacos?:
1. Creatinina plasmática.
 2. Urea plasmática.
 3. Sodio urinario.
 4. Eosinofilia en plasma.
 5. Nivel de C3 en suero.
255. Paciente de 70 años de edad sin antecedentes de interés que ingresa en el hospital por una Neumonía Neumocócica. Es tratado con Ceftriaxona evolucionando satisfactoriamente. A los 7 días del ingreso comienza con fiebre, diarrea líquida maloliente, dolor cólico abdominal y leucocitosis. ¿Cuál, de los siguientes, le parece el diagnóstico más probable?:
1. Giardiasis.
 2. Salmonelosis.
 3. Infección por *Oostridium Difficile*.
 4. Adenoma vellosa.
 5. Adenocarcinoma de colon.
256. Mutaciones del gen X25 situado en la región cromosómica 9q13 son causa de ataxia de Friedreich, de herencia recesiva. Un paciente afecto de 30 años acude a la consulta de consejo genético con su pareja, sana y sin conocido parentesco. La frecuencia de portadores sanos en España se estima en uno entre setenta (1/70). ¿Qué probabilidad presenta la pareja de transmitir la enfermedad?:
1. El riesgo de tener un hijo afecto es 1/140.
 2. Ninguna. Todos sus hijos serán sanos respecto a la citada enfermedad.
 3. Un 50% serán portadores, un 25% afectados y un 25% sanos no portadores.
 4. Todos sus hijos serán afectados.
 5. El riesgo de tener un hijo afecto es 1/70.
257. Un paciente de 60 años es diagnosticado de carcinoma epidermoide del lóbulo inferior del pulmón derecho (T2 N1 M0). Tiene un FEVI del 80% (superior a 2,5 L). ¿Cuál sería la mejor opción terapéutica?:
1. Quimioterapia neoadyuvante y cirugía posterior.
 2. Radioterapia con intención curativa.
 3. Cirugía y radioterapia posterior.
 4. Cirugía sólo.
 5. Quimioterapia sólo.
258. Durante (a celebración de un concierto multitudinario de rock, un asistente al mismo sufre un colapso súbito y se solicita su participación profesional entre tanto no llega el Sistema de Emergencias Médicas ya contactado. Su primera valoración del paciente es que está inconsciente, con movimientos respiratorios de lucha, cianótico y con pulso carotídeo presente. En esta situación. ¿Cuál debe ser su prioridad terapéutica?:
1. Iniciar la respiración boca a boca.
 2. Cateterizar una vía venosa periférica y administrar 1 mg de adrenalina.
 3. Asegurar que no existen cuerpos extraños en la boca, levantar la mandíbula e hiperextender la cabeza.
 4. Hacer compresiones torácicas a razón de 80-100 por minuto tras colocar al paciente sobre plano duro.
 5. Aplicar una desfibrilación eléctrica 200 joules.
259. Una mujer de 30 años con 8 semanas de amenorrea acude a urgencias por presentar metrorragias y dolor hipogástrico desde hace unas horas. La tensión arterial es de 120/80 mmHg. El test de embarazo es positivo. Por ecografía transvaginal se observa un endometrio de 14 mm de espesor sin imagen de saco gestacional dentro del útero. Tampoco se observa imagen de saco gestacional extrauterino. El hemograma es normal y la determinación de gonadotropina coriónica en plasma es de 3.000 mIU/ml. ¿Cuál es la conducta más aconsejable?:
1. Repetir la determinación de gonadotropina coriónica en plasma y la ecografía cada 2-3 días y si la hormona aumenta adecuadamente a lo esperado en un embarazo y sigue sin verse saco gestacional intrauterino, indicar una laparoscopia.
 2. Laparoscopia.
 3. Legrado uterino.
 4. Laparotomía.
 5. Tratamiento con metotrexato.
260. ¿Cuál de los siguientes fármacos debe ser utilizado con gran precaución por el riesgo derivado de su capacidad para inducir la actividad de varias de las isoenzimas CYP450 provocando interacciones peligrosas?:
1. Cloramfenicol.
 2. Eritromicina.
 3. Rifampicina.
 4. Ritonavir.
 5. Itraconazol.