



MINISTERIO DE EDUCACION, CULTURA Y DEPORTE

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

## PRUEBAS SELECTIVAS 2002 - CONVOCATORIA ÚNICA -

### CUADERNO DE EXAMEN

### MÉDICOS -VERSIÓN 0 -

---

#### ADVERTENCIA IMPORTANTE

ANTES DE COMENZAR SU EXAMEN, LEA ATENTAMENTE LAS SIGUIENTES

#### INSTRUCCIONES

1. **MUY IMPORTANTE** : Compruebe que este Cuaderno de Examen lleva todas sus páginas y no tiene defectos de impresión. Si detecta alguna anomalía, pida otro Cuaderno de Examen a la Mesa. **Realice esta operación al principio**, pues si tiene que cambiar el cuaderno de examen posteriormente, se le facilitará una versión "0", que **no coincide** con su versión personal en la colocación de preguntas y **no dispondrá** de tiempo adicional.
2. Compruebe que el **número de versión** de examen que figura en su etiqueta identificativa, **coincide** con el número de versión que figura en el cuestionario
3. La "Hoja de Respuestas" está nominalizada con las etiquetas identificativas. Se compone de tres ejemplares en papel autocopiativo que deben colocarse correctamente para permitir la impresión de las contestaciones en todos ellos.
4. Compruebe que la respuesta que va a señalar en la "Hoja de Respuestas" corresponde al número de pregunta del cuestionario. **Sólo se valoran** las respuestas marcadas en la "Hoja de Respuestas", siempre que se tengan en cuenta las instrucciones contenidas en la misma.
5. Si inutiliza su "Hoja de Respuestas" pida un nuevo juego de repuesto a la Mesa de Examen y **no olvide** consignar sus datos personales.
6. Recuerde que el tiempo de realización de este ejercicio es de **cinco horas improrrogables**.
7. Podrá retirar su Cuaderno de Examen una vez finalizado el ejercicio y hayan sido recogidas las "Hojas de Respuesta" por la Mesa.

1. **Un hombre de 50 años de edad acude a consulta por presentar, desde hace 8-10 años, síntomas de dispepsia y pirosis. Le realizamos una esofagoscopia que muestra una hernia de hiato y un tramo distal del esófago de unos 8 cm, de un color enrojecido. Se toman biopsias de esta zona, que son informadas como epitelio columnar glandular con displasia severa. En relación con la estrategia para la prevención del adenocarcinoma esofágico invasivo, indique cuál de las siguientes respuestas es la correcta:**
  1. El tratamiento indefinido con dos dosis diarias de omeprazol nos permitirá garantizar la prevención.
  2. La funduplicación esofágica laparoscópica, al prevenir el reflujo, previene el cáncer.
  3. La única estrategia preventiva segura, reconocida en la actualidad, es la esofagectomía.
  4. La mejor prevención del carcinoma invasivo, es un seguimiento endoscópico periódico, cada 12-18 meses, procediendo a la cirugía cuando se desarrolle un carcinoma.
  5. La ablación endoscópica, por medio de procedimientos térmicos o fotoquímicos, es el procedimiento de elección.
  
2. **¿Cuál es el principal factor responsable de la no cicatrización de una úlcera péptica?:**
  1. Estrés.
  2. Infección por *Helicobacter pylori*.
  3. Consumo de alcohol.
  4. No abandono del hábito tabáquico.
  5. Determinados hábitos dietéticos.
  
3. **Hombre de 63 años que acude a un Servicio de Urgencias por dolor abdominal cólico, náuseas y vómitos. Doce horas antes del comienzo del cuadro había ingerido boquerones en vinagre. Los estudios de imagen muestran un área de inflamación focal ileal. ¿Cuál sería el primer diagnóstico a considerar?:**
  1. Enfermedad de Crohn.
  2. Anisakiasis intestinal.
  3. Enteritis causada por *Yersinia*.
  4. Amebiasis intestinal.
  5. Giardiasis intestinal.
  
4. **Paciente de 60 años que consulta por diarrea y pérdida de peso en los últimos meses. Seis años antes se había practicado una gastrectomía 3/4 con vagotomía troncular. En unos análisis recientes se ha descubierto anemia. La sospecha clínica es de posible sobrecrecimiento bacteriano intestinal. ¿Cuál, entre las siguientes pruebas, le resultaría MENOS útil para el diagnóstico?:**
  1. Cuantificación de grasas en heces.
  2. Test de la D-xilosa.
  3. Test de Schilling.
  4. Cultivo selectivo de aspirado yeyunal.
  5. Niveles séricos de vitamina B12 y ácido fólico.
  
5. **A un paciente de 42 años se le diagnostica un adenocarcinoma de colon ascendente. Entre sus antecedentes familiares destaca el padre fallecido por una neoplasia de colon a los 52 años, una hermana diagnosticada de cáncer de endometrio a los 39 años, y un hermano de 37 años al que se le ha extirpado un pólipo colónico. ¿A cuál de las siguientes entidades es más probable que pertenezca este paciente?:**
  1. Poliposis adenomatosa familiar.
  2. Cáncer colorrectal hereditario sin poliposis.
  3. Síndrome de Peutz-Jeghers.
  4. Cáncer colorrectal asociado a enfermedad inflamatoria intestinal.
  5. Síndrome de Turcot.
  
6. **¿En cuál de las siguientes situaciones, iniciaría un tratamiento con anticuerpos monoclonales contra el factor de necrosis tumoral, en un paciente con enfermedad inflamatoria intestinal?:**
  1. Brote severo de colitis ulcerosa con probable megacolon tóxico.
  2. Enfermedad de Crohn con poliartritis severa como manifestación extraintestinal de la enfermedad.
  3. Colitis ulcerosa que no ha respondido a tratamiento con esteroides y ciclosporina.
  4. Brote inicial de Enfermedad de Crohn que no ha recibido ningún tratamiento.
  5. Enfermedad de Crohn con fistulas que no ha respondido a esteroides y Azatioprina.
  
7. **¿Qué infección intestinal, entre las siguientes, puede confundirse con un brote de enfermedad inflamatoria intestinal, por la similitud de hallazgos clínicos, endoscópicos e incluso en los datos histopatológicos en la biopsia de colon:**
  1. *Mycobacterium avium-complex*.
  2. *Clostridium difficile*.
  3. Absceso amebiano.
  4. Cólera.
  5. *Campylobacter jejuni*.
  
8. **Paciente de 72 años, que como único tratamiento toma antidiabéticos orales, presenta anemia ferropénica crónica, con hemorragias ocultas positivas. ¿Cuál es el método diagnóstico más indicado para localizar la lesión sangrante?:**
  1. Tránsito gastroduodenal.
  2. Gammagrafía con hematíes marcados.
  3. Tránsito intestinal.
  4. Colonoscopia total.
  5. Panendoscopia oral.

9. Una mujer de 36 años acude a consulta porque en un chequeo de empresa le han encontrado una cifra de fosfatasa alcalina de sangre elevada 5 veces el valor normal. Le realizamos un perfil bioquímico hepático completo, que es normal en el resto de los parámetros y un estudio inmunológico que muestra anticuerpos antimitocondriales tipo 2M positivos. Se realiza una biopsia hepática que evidencia infiltración inflamatoria alrededor de los conductos biliares. ¿Cuál es la indicación farmacológica más adecuada?:
1. Acido ursodeoxicólico.
  2. Esteroides.
  3. Metrotexato.
  4. Pecicilamina.
  5. Ningún fármaco en la situación actual.
10. Paciente de 25 años adicto a drogas por vía parenteral que acude al hospital por presentar astenia, ictericia y elevación de transaminasas superior a 20 veces los valores normales, siendo diagnosticado de hepatitis. Se realiza un estudio serológico para virus con los siguientes resultados: Anticuerpos anti virus C: positivo. Ig M anti core del virus B: negativo. Antígeno HBs positivo; ADN del virus B negativo. Ig M anti virus D positivo. Ig G anti citomegalovirus: positivo, Ig M anti virus A: negativo. ¿Cuál de los diagnósticos que a continuación se mencionan es el más probable?:
1. Hepatitis aguda A sobre un paciente con hepatitis C.
  2. Hepatitis aguda B sobre un paciente con hepatitis C.
  3. Hepatitis aguda C en un portador de virus B.
  4. Hepatitis aguda CMV en un paciente portador de virus C y B.
  5. Hepatitis aguda por sobreinfección delta en un paciente con hepatitis B y C.
11. Hombre de 56 años, bebedor de más de 150 g. de etanol al día, sin antecedentes conocidos de hepatopatía. Ingresa en Urgencias por hemate-sis copiosa, apreciándose en la endoscopia varices esofágicas de grado III que se esclerosan con éxito. En la exploración se aprecia ascitis abundante y el olor del aliento es claramente etílico. Aunque varias de las medidas posibles a tomar que a continuación se mencionan, pueden ser necesarias o convenientes en un momento dado. ¿Cuáles son especialmente importantes desde el primer momento?:
1. Vitamina B<sub>12</sub> + tiapride i.v.
  2. Vitamina B<sub>1</sub> + ciprofloxacino i.v.
  3. Transfusión de hematíes + vitamina K i.v.
  4. Vitamina A + balón de Sengstaken.
  5. Ácido fólico + vasopresina i.v.
12. ¿Cuál de las siguientes recomendaciones es FALSA en relación con el tratamiento de la peritonitis bacteriana espontánea en un paciente cirrótico?:
1. El diagnóstico se basa en la existencia de más de 250 polimorfonucleares /μL en el líquido ascítico.
  2. El tratamiento de elección lo constituyen las cefalosporinas de tercera generación.
  3. La administración de albúmina intravenosa previene el desarrollo de insuficiencia renal.
  4. El tratamiento antibiótico debe mantenerse durante 15 días.
  5. Una vez resuelta la infección, debe iniciarse tratamiento profiláctico con norfloxacina.
13. Enfermo de 45 años diagnosticado de cirrosis hepática alcohólica sin historia de hemorragia previa y sin consumo de alcohol desde hace un año. Durante una revisión se realiza una ecografía abdominal que no detecta lesiones focales y una endoscopia en la que se aprecian varices esofágicas de gran tamaño con manchas rojas. La radiografía de tórax y el electrocardiograma son normales. ¿Cuál es la medida más adecuada para la prevención de un primer episodio de hemorragia por varices?:
1. Escleroterapia endoscópica de varices esofágicas.
  2. No es necesaria la prevención por el escaso riesgo de rotura de las varices.
  3. Ligadura endoscópica con bandas elásticas de varices esofágicas.
  4. Administración de betabloqueantes no cardioselectivos (propranolol, nadolol).
  5. Derivación esplenorrenal distal selectiva de Warren.
14. En el tratamiento de las complicaciones del ulcus péptico, señale, entre las siguientes la afirmación INCORRECTA:
1. El tratamiento no quirúrgico de la perforación puede estar indicado en ocasiones.
  2. Las indicaciones quirúrgicas están cambiando como consecuencia del descubrimiento del papel etiopatogénico del *Helicobacter Pylori*.
  3. La ingestión de fármacos antiinflamatorios no esteroideos guarda estrecha relación con la perforación en muchas ocasiones.
  4. Hoy en día, gracias al tratamiento médico más eficaz, sólo un 10% de pacientes con obstrucción pilórica por ulcus necesitan tratamiento quirúrgico.
  5. La embolización angiográfica puede estar indicada excepcionalmente en la hemorragia por ulcus duodenal.
15. Hombre de 48 años que acude a Urgencias por dolor abdominal y vómitos. Los datos analíticos

**iniciales son: GOT: 80 U/l. GTP 54 U/l. Leucocitos 21.800/mm<sup>3</sup>. Amilasa 4.500 U/l. Ecografía abdominal: edema pancreático con presencia de líquido peripancreático. Se inicia tratamiento con fluidoterapia y analgésicos. Señale cuál de los siguientes fármacos añadiría al tratamiento, en primer lugar, para mejorar el pronóstico de este caso:**

1. Metilprednisolona.
2. Antiinflamatorios no esteroideos.
3. Omeprazol.
4. Imipenem.
5. Inhibidores de la secreción pancreática.

**16. Una paciente de 83 años con antecedentes de hipertensión arterial es diagnosticada en el Servicio de Urgencias de un primer episodio de diverticulitis aguda, sin síntomas ni signos de peritonitis generalizada y con un estudio de imagen que demuestra la presencia de un absceso en la pelvis en contacto con la pared abdominal, de 5 cm. de diámetro. La mejor actitud ante esta paciente será:**

1. Alta a domicilio con tratamiento antibiótico por vía oral (ciprofloxacino y metronidazol).
2. Ingreso para realizar una proctocolectomía urgente.
3. Ingreso para drenaje percutáneo y tratamiento antibiótico intravenoso.
4. Ingreso, dieta absoluta, líquidos i.v., cefalosporina de tercera generación i.v.
5. Ingreso, colostomía de descarga y drenaje quirúrgico del absceso.

**17. Enfermo de 58 años con historia de hepatitis por el virus C en fase de cirrosis hepática, con episodios previos de ascitis actualmente compensada y varices esofágicas de gran tamaño. En una ecografía de seguimiento, se demuestra la presencia de una lesión focal de 3 cm. de diámetro en lóbulo hepático derecho que se confirma mediante tomografía computarizada. El valor de la alfafetoproteína es normal. Se realiza una punción diagnóstica que es compatible con carcinoma hepatocelular. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA?:**

1. La embolización transarterial no es un procedimiento de elección en este caso porque se reserva para tumores no subsidiarios de tratamiento con intención curativa.
2. La resección quirúrgica del tumor se ve dificultada por la presencia de hipertensión portal.
3. No es recomendable el trasplante hepático porque el tamaño de este tumor incrementa las posibilidades de recidiva tumoral post-trasplante.
4. El tratamiento percutáneo con radiofrecuencia o alcoholización del tumor es un procedimiento terapéutico útil.

5. El valor normal de la alfafetoproteína no excluye el diagnóstico de carcinoma hepatocelular.

**18. Un chico de 18 años de edad acude al Servicio de Urgencias por dolor abdominal desde hace 4 a 6 horas, de comienzo periumbilical y ahora localizado en la fosa ilíaca derecha. La temperatura es de 38°C y el pulso arterial 100 l/min. En la exploración física sólo destaca el dolor a la palpación en fosa ilíaca derecha. El recuento de leucocitos es de 15.000/mm<sup>3</sup> con desviación a la izquierda. ¿Cuál de las siguientes acciones es la más adecuada en este momento?:**

1. Laparotomía, ya que lo más probable es una apendicitis aguda.
2. Hacer una radiografía simple de abdomen.
3. Hacer una ecografía de abdomen ante la posibilidad de enfermedad inflamatoria intestinal.
4. Hacer una tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen.
5. Repetir exploración abdominal y hemograma en 12 horas o antes si empeora.

**19. Enfermo de 50 años que acude al Servicio de Urgencias por dolor abdominal difuso y progresivo, distensión, borborigmos y vómitos ocasionales en las últimas 48 horas. Apendicectomía a los 14 años. En la exploración hay fiebre (38,5°C), distensión abdominal con ruidos intestinales aumentados y ocasionalmente en "espita", sensibilidad a la palpación abdominal sin defensa ni signo del rebote. En la analítica hay leucocitosis con neutrofilia; Na 133 mEq/l; CO<sub>3</sub>H de 14 mEq/l. En la placa simple de abdomen, hecha en bipedestación, hay dilatación de las asas del delgado con niveles y edema de la pared, sin prácticamente gas en el colon. ¿Cuál sería la conducta a seguir?:**

1. Aspiración nasogástrica más antibióticos de amplio espectro.
2. Enema opaco para descartar vólvulo del sigma.
3. Laparotomía urgente.
4. Colonoscopia descompresiva.
5. Arteriografía mesentérica.

**20. Un hombre de 28 años de edad es traído por la policía al Servicio de Urgencias desde el aeropuerto con sospecha de portar drogas ilícitas empaquetadas en abdomen ("body packer"). A su llegada a Urgencias el paciente se encuentra asintomático y la exploración física es normal. La radiografía de abdomen demuestra incontables cuerpos extraños característicos en intestino delgado y grueso. A las pocas horas de observación custodiada, comienza con agitación. El paciente aparece sudoroso con TA 215/130 mmHg, pulso arterial 130 l/min. regular y rítmico, 28 respiraciones/min. y temperatura**

**39,5°C. ¿Cuál de las siguientes acciones es la más adecuada en este momento?:**

1. Enfriamiento rápido por medios físicos, benzodiazepinas y neurolépticos por vía intravenosa.
2. Enfriamiento rápido por medios físicos, benzodiazepinas y nitroprusiato por vía intravenosa.
3. Enfriamiento rápido por medios físicos, benzodiazepinas y colocar sonda nasogástrica para administrar carbón activado.
4. Enfriamiento rápido por medios físicos, benzodiazepinas y endoscopia inmediata para extracción de la droga.
5. Enfriamiento rápido por medios físicos, benzodiazepinas y consulta inmediata a cirugía para laparotomía y extracción de la droga.

**21. La campana del fonendoscopio es más adecuada que la membrana para:**

1. Distinguir un soplo diastólico de uno sistólico.
2. Oír mejor el chasquido de apertura en pacientes con estenosis mitral.
3. Valorar la presencia de un tercer y/o cuarto tono.
4. Detectar el click mesosistólico del prolapso mitral.
5. Auscultar a los niños pequeños y bebés, en los que la membrana no capta bien la tonalidad de los ruidos cardíacos.

**22. El examen del pulso carotídeo revela dos impulsos o picos durante la sístole ventricular. ¿Cuál de los datos físicos siguientes se asociarían con más probabilidad a este hallazgo?:**

1. Soplo diastólico después del chasquido de apertura.
2. Disminución de la presión sistólica durante la inspiración.
3. Soplo sistólico que aumenta durante las maniobras de Valsalva.
4. Tercer tono cardíaco de origen izquierdo.
5. Desdoblamiento fijo del segundo ruido.

**23. Un hombre de 74 años con un infarto agudo de miocardio es tratado con estreptoquinasa. Seis horas después desarrolla un cuadro de hipotensión arterial severa y obnubilación. ¿Cuál de las siguientes complicaciones es MENOS probable que sea la causa?:**

1. Infarto de ventrículo derecho.
2. Tromboembolismo pulmonar.
3. Rotura del músculo papilar.
4. Rotura de la pared libre ventricular.
5. Hemorragia cerebral.

**24. En la valoración de dolor torácico agudo en el servicio de urgencias, con ECG inicial normal o**

**inespecífico, con frecuencia los médicos practicamos maniobras terapéuticas para establecer o excluir el diagnóstico de isquemia miocárdica. Respecto de estas maniobras, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?:**

1. El alivio del dolor torácico con antiácidos indica patología gastro-esofágica en varones.
2. El alivio del dolor torácico con antiácidos indica patología gastro-esofágica en mujeres.
3. La ausencia de mejoría del dolor torácico con nitroglicerina excluye la isquemia miocárdica en hombres y mujeres.
4. La decisión diagnóstica no debe estar determinada por la respuesta a una maniobra terapéutica.
5. La reproducción del dolor con la presión sobre el tórax indica patología osteomuscular y excluye el diagnóstico de angina.

**25. Mujer de 34 años de edad, con antecedentes de fiebre reumática. En la exploración sólo existe una auscultación arrítmica sugerente de Fibrilación Auricular, un soplo Diastólico en apex con chasquido de apertura y refuerzo del primer tono. ¿Cuál de estos hallazgos NO encontraremos nunca en este paciente?:**

1. En el ECG complejos QRS están arrítmicos.
2. Fracción de Eyección calculada en ecocardiograma, 57%.
3. En la plaza de tórax se ven líneas B de Kerley.
4. En el ECG hay onda P ancha y bifásica.
5. En el ECG muestra un ORS con eje a +11°.

**26. Un paciente obnubilado con una presión arterial de 80/40 mmHg, un gasto cardíaco de 3 l/min, una presión de enclavamiento pulmonar de 14 mmHg y una presión auricular derecha de 14 mmHg puede estar sufriendo cualquiera de las siguientes situaciones patológicas con la excepción de una:**

1. Taponamiento cardíaco.
2. Deshidratación.
3. Infarto de ventrículo derecho.
4. Tromboembolismo pulmonar.
5. Constricción pericárdica.

**27. ¿Cuál de los siguientes fármacos no está indicado en la insuficiencia cardíaca con disfunción ventricular severa?:**

1. Carvedilol.
2. Furosemida.
3. Espironolactona.
4. Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina.
5. Verapamil.

**28. Señale la respuesta correcta respecto a la miocardiopatía hipertrófica:**

1. Existe aumento de las presiones telediastólicas del ventrículo izquierdo.
  2. En tres de cada cuatro casos se asocia a una obstrucción sistólica a nivel del tracto de salida del ventrículo izquierdo.
  3. Se hereda con carácter autosómico recesivo con penetrancia variable.
  4. La mayor parte de los pacientes presenta disnea de esfuerzo.
  5. Debe sospecharse al auscultar un soplo eyectivo que se superpone al primer ruido cardíaco.
- 29. Una mujer de 46 años consulta por disnea progresiva de días de evolución hasta ser de mínimos esfuerzos. Unos meses antes había sido tratada de carcinoma de mama metastásico con quimioterapia y radioterapia. Tiene ingurgitación yugular hasta el ángulo mandibular y pulso arterial paradójico. El electrocardiograma muestra taquicardia sinusal y alternancia en la amplitud de las ondas P, QRS y T. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:**
1. Fibrosis miocárdica postradioterapia.
  2. Pericarditis constructiva postradioterapia.
  3. Miocardiopatía por adriamicina.
  4. Taponamiento cardíaco por metástasis pericárdicas.
  5. Miocardiopatía dilatada idiopática.
- 30. El tratamiento más eficaz para prevenir recurrencias en el aleteo o flutter auricular común es:**
1. Buen control de la hipertensión arterial que con frecuencia padecen estos enfermos.
  2. Dogoxina asociada a un fármaco que disminuya la conducción en el nodo A-V (anticálcicos o betabloqueantes).
  3. Ablación con catéter y radiofrecuencia del istmo cavotricúspide.
  4. Inserción de un marcapasos con capacidad antitaquicardia.
  5. Amiodarona.
- 31. En la extrasistolia ventricular asistomática, no relacionada con esfuerzo, es importante tener en cuenta:**
1. Debe ser siempre tratada con fármacos antiarrítmicos.
  2. Se debe tratar con fármacos, únicamente cuando se detecten más de 10 extrasístoles ventriculares por hora.
  3. No compromete el pronóstico, ni debe ser tratada con antiarrítmicos, cuando asiente sobre corazón estructuralmente normal.
  4. Está demostrado que la supresión de la extrasistolia ventricular con fármacos antiarrítmicos mejora la supervivencia, en cardiopatía isquémica crónica.
- 32. En el tratamiento de la hipertensión arterial, la ventaja de los bloqueadores de los receptores de la Angiotensina II con respecto a los inhibidores del enzima conversor de la Angiotensina es que:**
1. Son más potentes.
  2. Producen menos tos.
  3. No producen hiperpotasemia.
  4. Se puede dar en embarazadas.
  5. Se pueden dar en sujetos con estenosis de la arteria renal bilateral.
- 33. Un hombre de 60 años de edad acude al servicio de urgencias refiriendo dolor torácico anterior e interescapular de 1 hora de duración, intenso y desgarrante La TA es 170/110 mmHg en brazo derecho y 110/50 mmHg en brazo izquierdo. El ECG muestra ritmo sinusal con hipertrofia ventricular izquierda. La radiografía de tórax no muestra datos de interés. ¿Cuál de las siguientes es la intervención inicial más adecuada?:**
1. Nitroglicerina sublingual hasta 3 veces, medir enzimas cardíacas e ingresar al paciente.
  2. Administrar activador del plasminógeno tisular vía intravenosa e ingresar al paciente en la unidad coronaria.
  3. Heparina intravenosa 80 U/kg en bolo y 18 U/kg por hora en infusión continua, realizar gammagrafía pulmonar de ventilación / perfusión e ingresar al paciente.
  4. Nitroprusiato intravenoso para mantener una TA sistólica < 110, propranolol intravenoso para mantener una frecuencia cardíaca < 60/min. y realizar una TAC helicoidal de tórax.
  5. Sulfato de morfina intravenoso y consulta urgente al cardiólogo para realizar test de esfuerzo.
- 34. Como sabe, el Balón Intra-aórtico de Contrapulsación es un sistema mecánico de asistencia ventricular en los casos de shock cardiogénico. Consta de un catéter provisto de un balón que se hincha de acuerdo con el ciclo cardíaco. ¿Qué efectos produce su funcionamiento sobre el Aparato Circulatorio?:**
1. Aumentar la presión arterial por vasoconstricción periférica.
  2. Aumentar la tensión de la pared del ventrículo izquierdo durante la sístole, lo que supone un efecto adverso por aumentar el consumo de oxígeno.
  3. Mejora de la perfusión miocárdica y la pulsatilidad produce vasodilatación periférica, me-

4. Disminuye la presión diastólica coronaria, por efecto de la vasodilatación, empeorando el flujo en pacientes con patología coronaria.
5. Mejora el volumen minuto como consecuencia de un aumento de la precarga.
35. **¿En cuál de los siguientes enfermos está indicada la resección de un aneurisma de aorta abdominal y la colocación de un injerto vascular?:**
1. Un hombre de 58 años con un aneurisma abdominal de 8 cm. de diámetro que tuvo un infarto de miocardio hace 3 meses.
  2. Un hombre de 65 años con un aneurisma abdominal de 7 cm. de diámetro que tuvo un infarto de miocardio hace un año.
  3. Un hombre de 65 años con un aneurisma abdominal de 4 cm. de diámetro, sin historia previa de cardiopatía o neumopatía.
  4. Un hombre de 58 años con un aneurisma abdominal de 7 cm. de diámetro y un Volumen Espiratorio Máximo en el Primer Segundo (VEMS) de 0,5 L.
  5. Un hombre de 67 años con un aneurisma abdominal de 8 cm. de diámetro y una creatinina sérica de 6,2 mg/dL.
36. **Se denomina Respiración Bronquial a la transmisión de los ruidos respiratorios desde las grandes vías aéreas a la pared del tórax, cuando existe consolidación o fibrosis. Señale la respuesta FALSA:**
1. Cuando existe respiración bronquial, la expiración se prolonga.
  2. Los soplos tubáricos audibles en las consolidaciones neumónicas son manifestaciones de Respiración Bronquial.
  3. Cuando existe obstrucción de los bronquios que llegan a una zona de consolidación, se manifiesta más intensamente la Respiración Bronquial.
  4. La auscultación de la Respiración Bronquial, asociada a una zona de consolidación, se acompaña de aumento de la transmisión de las vibraciones vocales.
  5. Es característica de la Respiración Bronquial, que existe una pausa entre el final de la inspiración y el comienzo de la expiración.
37. **¿Cuál de las siguientes respuestas es cierta con respecto a la prueba de difusión de monóxido de carbono ( $DL_{CO}$  ó  $TL_{CO}$ ) en pacientes con una espirometría con patrón obstructivo y antecedentes de haber fumado?:**
1. La prueba de difusión baja se correlaciona muy bien con el grado de enfisema.
  2. La prueba de difusión baja es característica del asma.
  3. La prueba de difusión sólo está baja en los pacientes con hipoxemia.
4. La prueba de difusión sirve para distinguir si la obstrucción es de las vías aéreas centrales o periféricas.
5. La prueba de difusión de monóxido de carbono se usa para identificar aquellos que siguen fumando.
38. **Un hombre de 35 años acude a un servicio de urgencias de Alicante por disnea. En la gasometría arterial basal tiene un pH de 7.48, PaO<sub>2</sub> de 59 mm Hg, PaCO<sub>2</sub> de 26 mm Hg y HCO<sub>3</sub> de 26 mEq/L. Tras administrarle oxígeno al 31% la PaO<sub>2</sub> asciende a 75 mm Hg. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos es el más probable?:**
1. Intoxicación por monóxido de carbono.
  2. Enfermedad neuromuscular.
  3. Crisis asmática.
  4. Atelectasia del lóbulo inferior derecho por cuerpo extraño intrabronquial.
  5. Síndrome de distress respiratorio del adulto.
39. **Hombre de 54 años de edad que acude a consulta por disnea de esfuerzo de 9 meses de evolución. La exploración física muestra la presencia de estertores crepitantes en la auscultación. La radiografía de tórax presenta un patrón reticular que afecta las bases pulmonares. ¿Qué dato esperaría encontrar en la exploración funcional respiratoria?:**
1. Relación FEV<sub>1</sub>/FVC inferior al 60% del valor teórico.
  2. Normalidad de la medición de la capacidad de difusión.
  3. Prolongación del tiempo expiratorio.
  4. Capacidad Vital disminuida.
  5. Aumento de la Capacidad Residual funcional.
40. **En lo referente a las manifestaciones pulmonares de la enfermedad "Injerto contra huésped" todas las afirmaciones siguientes son ciertas SALVO una. Señálela:**
1. Puede existir alteración funcional obstructiva progresiva.
  2. Puede aparecer bronquiolitis obliterante.
  3. Es frecuente la vasculitis de pequeño vaso.
  4. Afecta a la mayoría de los receptores del trasplante alogénico de médula ósea.
  5. Afecta al 20-50% de los receptores de trasplantes cardio-pulmonar o pulmonar.
41. **Hombre de 60 años, fumador, asintomático, sin antecedentes clínicos. En la radiografía simple de tórax realizada en el preoperatorio de hernia inguinal, se visualiza un nódulo pulmonar de 3 cm. de diámetro. El TAC torácico no aporta más datos. No tiene radiografía de tórax previa. ¿Cuál de las siguientes conductas es la correcta?:**

1. Realizar tomografía de emisión de positrones como prueba de alta sensibilidad para neoplasia.
2. Nueva radiografía simple de tórax en tres o cuatro meses.
3. Broncoscopia o punción percutánea, según localización del nódulo.
4. Realizar una T.C. de control en seis meses.
5. Realizar una R.M. torácica.

**42. En la radiografía simple de tórax de un hombre con disnea como síntoma clínico más importante, se ven infiltrados alveolares bilaterales, difusos. ¿Cuál de las siguientes entidades no suele producir este patrón radiológico?:**

1. Edema pulmonar cardiogénico.
2. Neumonía bilateral.
3. Distress respiratorio.
4. Aspiración.
5. Tuberculosis miliar.

**43. ¿Cuál, entre los siguientes tratamientos, sería el de primer elección para mejorar a un paciente atópico, con asma persistente moderada, clínicamente sintomático y que sólo recibía glucocorticoides inhalados a dosis reducidas, de forma continua?:**

1. Antagonistas de los receptores de leucotrienos, de forma continua.
2. Combinación de glucocorticoides y antagonistas beta-selectivos adrenérgicos de acción prolongada inhalados, de forma continua.
3. Agonistas beta-selectivos adrenérgicos de acción corta inhalados a demanda, y desensibilización antigénica.
4. Agonistas beta-selectivos adrenérgicos de acción prolongada y corta inhalados, de forma continua.
5. Agonistas beta-selectivos adrenérgicos de acción prolongada inhalados y glucocorticoides sistémicos, de forma continua.

**44. En el Síndrome de apnea del sueño, y como consecuencia de las alteraciones fisiopatológicas durante el sueño, se produce durante el día:**

1. Hipertensión arterial paroxística.
2. Somnolencia.
3. Disnea.
4. Respiración periódica, tipo Cheyne-Stokes.
5. Obstrucción a nivel de la hipofaringe.

**45. Un paciente de 68 años con historia de EPOC presenta desde hace dos días incremento de la disnea y del volumen de la expectoración que es purulenta. En la radiografía de tórax no se aprecian infiltrados y la gasometría arterial muestra pH 7,28; pCO<sub>2</sub> 53 mm de Hg y pO<sub>2</sub> 48 mm de Hg. ¿Cuál de los siguientes tratamientos**

**NO estaría indicado administrarle?:**

1. Oxígeno con mascarilla de efecto Venturi.
2. Salbutamol inhalado.
3. Amoxicilina-clavulánico oral.
4. Metilprednisolona intravenosa.
5. Bicarbonato sódico 1/6 molar intravenoso.

**46. En una toracocentesis se obtiene un líquido con un pH 7.40, un nivel de glucosa 58 mg/dl, una relación LDH pleura/LDH suero de 0.3 y una celularidad con un 75% de linfocitos. Señale la afirmación correcta:**

1. Es sospechoso de un síndrome linfoproliferativo.
2. Es un exudado, probablemente tuberculoso.
3. Hay indicación de realizar una biopsia pleural.
4. Es compatible con pleuritis por una artritis reumatoidea,
5. Es compatible con un trasudado.

**47. Un hombre de 29 años de edad acude al servicio de urgencias por disnea de aparición brusca y dolor torácico vago. Había sido dado de alta de la UVI dos semanas antes tras cirugía por perforación de víscera abdominal, secundaria a traumatismo. Los signos vitales son TA 120/60 mmHg, pulso arterial 100 l/m, 24 respiraciones/min y saturación de oxígeno 92% por pulsioximetría, respirando aire ambiente. La radiografía de tórax, hematocrito y electrolitos son normales. Un ECO-Doppler de miembros inferiores es normal. Todas las siguientes afirmaciones sobre este caso son verdad, EXCEPTO:**

1. El trombo-embolismo pulmonar es más común en hombres que en mujeres antes de los 50 años de edad.
2. Si el paciente tiene una gammagrafía de ventilación/perfusión de baja probabilidad, no se necesita más prueba diagnóstica.
3. La radiografía de tórax normal en el contexto de una disnea aguda e hipoxemia es sugerente de un trombo-embolismo pulmonar.
4. Si la gammagrafía de ventilación/perfusión es de probabilidad intermedia, debe administrarse heparina intravenosa.
5. En la exploración física, el broncoespasmo difuso no reduce la sospecha clínica de tromboembolismo pulmonar.

**48. Un joven sufre un traumatismo torácico por colisión en accidente de tráfico. Ingresa en el hospital con un Glasgow de 13, dolorido en costado e hipocondrio izquierdo. Se palpa crepitación en hemitórax izquierdo. La radiografía simple muestra fracturas de 6ª a 10ª costillas izquierdas unifocales, así como neumotórax mayor del 30% y derrame pleural. El paciente permanece hemodinámicamente estable, TA**

sistólica alrededor de 110 mm de Hg. La gasometría arterial con oxígeno es: PO<sub>2</sub> 75 mm de Hg., CO<sub>2</sub> 25 mm de Hg y pH 7,45. Se coloca tubo de tórax obteniendo aire y 500 cc de líquido hemorrágico. ¿Cuál de las siguientes respuestas estimaría la más correcta?:

1. Estaría indicada toracotomía urgente, sin más pruebas.
2. Muy probablemente no requiera toracotomía en ningún caso.
3. Antes de realizar una toracotomía urgente es indispensable realizar un TAC de tórax con contraste i.v. en embolada.
4. Es preciso realizar arteriografía antes de tomar decisiones, ya que es posible un sangrado de origen arterial cuya única solución es quirúrgica, aún en caso de estabilidad hemodinámica.
5. Antes de tomar cualquier medida hay que realizar intubación orotraqueal para estabilización del volet costal.

49. En un paciente de 64 años de edad con diagnóstico reciente de tumor pulmonar, ¿cuál de los siguientes criterios clínicos es una contraindicación absoluta de resección quirúrgica?:

1. FEV<sub>1</sub><33% referencia.
2. Tabaquismo activo > 20 cigarrillos/día desde hace 20 años.
3. Capacidad de difusión (Dlco)<50% referencia.
4. Ausencia de respuesta broncodilatadora positiva.
5. Categoría N3.

50. La característica diferencial de un Secuestro Pulmonar respecto de otras patologías pulmonares congénitas es:

1. Imagen radiológica poliquistica.
2. Calcificaciones en su interior.
3. Presencia de recubrimiento interno por epitelio respiratorio.
4. Irrigación por una arteria procedente de la circulación sistémica.
5. Su localización lobar.

51. Paciente de 72 años que acude a urgencias por un cuadro agudo de hemiparesia izquierda y alteración del nivel de conciencia. Se realiza a las 3 horas de iniciada la clínica un TAC cerebral normal. ¿Qué datos, de los que figuran a continuación, NO haría pensar en un posible mecanismo cardioembólico del ictus?:

1. Transformación hemorrágica del infarto en las siguientes horas.
2. Curso clínico fluctuante.
3. Antecedentes de fibrilación auricular.
4. Afectación clínica de la cerebral media derecha.

5. Imagen en resonancia magnética cerebral de afectación frontal-parietal cortical.

52. Un hombre de 62 años acude a urgencias por presentar de forma brusca mareo e inestabilidad. En la exploración se encuentra un nistagmo horizontal, un síndrome de Horner derecho, una pérdida de la sensibilidad dolorosa en la hemicara derecha y braquiocrural izquierda, una ataxia de miembros derecho y disfagia. ¿Cuál sería su sospecha diagnóstica?:

1. Infarto de la arteria basilar.
2. Infarto de la protuberancia.
3. Infarto de la arteria vertebral izquierda.
4. Infarto de la arteria cerebral posterior derecha.
5. Infarto lateral bulbar derecho.

53. Un hombre de 45 años presenta un trastorno del comportamiento, con irritabilidad y desinhibición intermitente, al que se han añadido recientemente sacudidas irregulares, frecuentes y bruscas de las extremidades y del tronco, así como disartria. Tiene antecedentes de una enfermedad similar en su padre. ¿Cuál sería su sospecha diagnóstica?:

1. Una enfermedad por expansión de la repetición de tripletes de ADN.
2. Una enfermedad por cuerpos de Lewy.
3. Una enfermedad desmielinizante.
4. Una enfermedad con placas amiloides neuríticas y ovillos neurofibrilares.
5. Una enfermedad con inclusiones neuronales con cuerpos de Pick.

54. En relación con la enfermedad de Parkinson es FALSO:

1. Hay una buena respuesta inicial al tratamiento con levodopa.
2. Es la enfermedad tremórica más frecuente.
3. Hay una pérdida de neuronas en la parte compacta de la sustancia negra.
4. Puede haber temblor de reposo y postural.
5. La manifestación más incapacitante es la bradicinesia.

55. Los siguientes síntomas o signos son comunes en la esclerosis lateral amiotrófica, EXCEPTO uno, ¿cuál es?:

1. Disfagia.
2. Espasticidad.
3. Incontinencia urinaria.
4. Atrofia muscular.
5. Fasciculaciones linguales.

56. Mujer de 27 años diagnosticada de esclerosis múltiple, que sufrió un primer brote medular hace 3 años, y posteriormente un cuadro hemisensitivo y otro cerebeloso, con recuperación

**parcial. ¿Qué síntomas de los siguientes NO esperaría encontrar en la paciente?:**

1. Ataxia.
2. Urgencia urinaria.
3. Fatiga.
4. Mejoría de los síntomas con el calor.
5. Síntomas depresivos.

**57. En la meningitis meningocócica es FALSO que:**

1. Los brotes epidémicos suelen estar causados por los serotipos A y C.
2. Las cepas de meningococo serotipo Y se asocian con neumonía.
3. El déficit de los últimos componentes del complemento, de C5 a C8 y de properdina son factores predisponentes.
4. Los pacientes con un sistema de complemento normal tienen menor mortalidad.
5. La mortalidad de la meningitis aislada es menor que la de la sepsis meningocócica sin meningitis.

**58. Una mujer de 34 años, obesa, presenta desde hace varias semanas cefalea y episodios de pérdida de visión binocular transitorios, particularmente al levantarse de la cama. En la exploración tiene como único signo un papiledema bilateral. Una resonancia magnética craneal y una angiografía cerebral por resonancia son normales. ¿Qué prueba indicaría?:**

1. Doppler de troncos supraaórticos.
2. EEG y estudio de sueño.
3. Punción lumbar y medición de la presión del LCR.
4. Iniciaría tratamiento antiagregante antes de realizar más pruebas.
5. Potenciales evocados visuales.

**59. ¿Cuál es el patrón más típico de la cefalea en acúmulos (cluster headache)?:**

1. Cefalea asociada a escotomas centelleantes.
2. Cefalea persistente seguida de pérdida de consciencia.
3. Cefalea periorbitaria unilateral con rinorrea y lagrimeo.
4. Cefalea recurrente bilateral semanal o mensual de predominio occipital.
5. Cefalea de predominio hemifacial con dolores lancinantes.

**60. Una paciente de 22 años consulta por presentar desde una semana antes ptosis palpebral izquierda, sin dolor, con diplopía en la mirada lateral izquierda. En la exploración física se comprueba la existencia de una ptosis izquierda, una paresia de la abducción del ojo izquierdo, con unas pupilas isocóricas y normorreactivas a la luz. ¿Qué enfermedad es más probable**

**que padezca la paciente?:**

1. Una neuritis óptica izquierda en relación con Esclerosis Múltiple.
2. Un síndrome de Horner.
3. Una Miastenia Gravis.
4. Una parálisis del III par izquierdo.
5. Una miopatía hipertiroidea con afectación de la musculatura extraocular.

**61. En una exploración rutinaria de un paciente de 34 años de edad se encuentra una glucemia de 160 mgs/dl, una CPK de 429 U/L, GTP 62 U/L, GOT 43 U/L y GGT 32 U/L. En el electrocardiograma presenta un bloqueo A-V de primer grado. En la exploración física se aprecian unas opacidades corneales incipientes y una dificultad en relajar un músculo después de una contracción intensa, siendo muy evidente en las manos. ¿Qué enfermedad padece el paciente?:**

1. Una miopatía mitocondrial.
2. Una distrofia muscular de cinturas.
3. Una distrofia muscular de Duchenne.
4. Una distrofia miotónica de Steinert.
5. Una distrofia muscular de Becker.

**62. ¿Cuál de los tumores del Sistema Nervioso Central que se citan a continuación puede producir diseminación o metástasis a lo largo de neuroeje?:**

1. Neurocitoma.
2. Meningioma.
3. Astrocitoma anaplásico.
4. Meduloblastoma.
5. Glioma del nervio óptico.

**63. ¿Cuál de las siguientes consideraciones NO es cierta sobre la Hidrocefalia a Presión Normal?:**

1. Presentación clínica en el adulto.
2. Triada clínica consistente en alteración para la marcha, demencia e incontinencia urinaria.
3. El estudio por Resonancia Magnética Nuclear proporciona datos patognomónicos.
4. La etiología es desconocida en la mayoría de las ocasiones.
5. El tratamiento consiste en la realización de derivación ventrículo peritoneal del líquido cefalorraquídeo.

**64. Paciente diabético que acude a Urgencias obnubilado con los siguientes resultados en el examen de sangre venosa: glucemia 340 mg/dl, pH 7.075 mg/dl, Na+136 mEq/l, K+4,5 mEq/l, y Bicarbonato estándar 11,2 mmol/l, con cetonuria. En relación con el tratamiento y la evolución ¿cuál de los siguientes enunciados NO es correcto?:**

1. Indicaremos control de ionograma, constantes

- y glucemia cada 1-2 horas.
- 2. El edema cerebral es raro pero ocurre con más frecuencia en niños.
- 3. Proporcionaremos aporte de suero glucosado o dextrosa al 5% cuando la glucemia sea igual o inferior a 250 mg/dl.
- 4. En este contexto clínico y una vez resuelto el cuadro, es conveniente parar la insulino-terapia endovenosa antes de continuar con insulina subcutánea.
- 5. La cetoacidosis se resuelve a medida que la insulina reduce la lipólisis y aumenta la utilidad periférica de las cetonas, entre otros fenómenos.

**65. ¿Cuál de las siguientes características NO suele corresponder a la Diabetes Mellitus tipo 2 (no insulín dependiente)?:**

- 1. Existencia de resistencia a la insulina en algún momento de su evolución.
- 2. Existencia de secreción insuficiente de insulina en algún momento de su evolución.
- 3. Asociación habitual con otros factores de riesgo cardiovascular.
- 4. Presentación clínica de inicio como cetoacidosis.
- 5. Pueden ser útiles en su tratamiento las sulfonilureas y la metformina.

**66. ¿Con qué objetivo prescribiría una tiazolidinodiona a un paciente con diabetes mellitus?:**

- 1. Para aumentar la secreción pancreática de insulina.
- 2. Para mejorar la sensibilidad periférica de insulina.
- 3. Como diurético coadyuvante a un IECA en un diabético tipo 2.
- 4. Para reducir la glucogenólisis hepática.
- 5. Como vasodilatador, para mejorar el flujo sanguíneo por los *vasa nervorum* en casos de neuropatía severa.

**67. Una mujer de 62 años acude a Urgencias letárgica y con una TA de 100/60. Su glucemia es de 1250 mg/dl, la natremia de 130 mEq/l, la potasemia de 4,6 mEq/l, el cloro sérico de 100 mEq/l, el bicarbonato sérico de 18 mEq/l, la urea de 67 mg/dl y la creatinina de 2 mg/dl. El tratamiento de esta enfermedad debe incluir:**

- 1. Suero salino hipotónico.
- 2. Suero salino hipotónico e insulina.
- 3. Suero salino isotónico e insulina.
- 4. Suero salino hipotónico, bicarbonato e insulina.
- 5. Suero salino isotónico, bicarbonato e insulina.

**68. Mujer de 65 años con antecedentes de pleuritis tuberculosa e hipertensión arterial leve sin tratamiento. Acude a urgencias por cuadro de más**

**de tres meses de evolución de astenia, anorexia y mareo. En la exploración física se detecta hiperpigmentación cutánea, tensión arterial de 70/50 y discreto dolor abdominal sin defensa. Los análisis de urgencias muestran un sodio de 130 meq/l y un potasio de 5,8 meq/l, una hemoglobina de 10,2 g/l con VCM 92 y una cifra total de leucocitos de 4500/mm<sup>3</sup> con 800 eosinófilos/mm<sup>3</sup>. Los niveles de cortisol plasmático a las ocho de la mañana son de 12 µg/dL (rango normal: 5-25 µg/dL). ¿Cuál de las siguientes pruebas utilizaría para establecer el diagnóstico?:**

- 1. Niveles de cortisol en orina de 24 horas.
- 2. Cortisol a las 21 horas.
- 3. Anticuerpos anti-suprarrenal.
- 4. Niveles de cortisol plasmático tras administración de ACTH.
- 5. Niveles de cortisol plasmático tras administración de dexametasona.

**69. Un hombre fumador de 60 años, consulta por astenia, pérdida de peso y deterioro general progresivo. En la analítica se observa alcalosis e hipopotasemia de 2,8 meq/l. ¿Cuál es su diagnóstico de sospecha?:**

- 1. Hiperaldosteronismo primario.
- 2. Hipertiroidismo inmune.
- 3. Secreción ectópica de ACTH.
- 4. Enfermedad de Addison.
- 5. Secreción inadecuada de ADH.

**70. ¿Cuál de las siguientes opciones considera diagnóstica de hipotiroidismo subclínico, teniendo en cuenta que los parámetros de normalidad del laboratorio de referencia son T4 libre: 0,8-2ng/dl y TSH 0,4-4,00 mU/l?:**

- 1. T4 libre: 4,19 ng/dl y TSH: 0,01 mU/l.
- 2. T4 libre: 0,56 ng/dl y TSH: 20,78 mU/l.
- 3. T4 libre: 1,25 ng/dl y TSH: 2,34 mU/l.
- 4. T4 libre: 0,97 ng/dl y TSH: 8,62 mU/l.
- 5. T4 libre: 1,78 ng/dl y TSH: 0,18 mU/l.

**71. Previamente a la administración de I 131, para destruir tejido tiroideo residual, tras una tiroidectomía por cáncer folicular de tiroides. ¿Qué debemos hacer?:**

- 1. Suspender el tratamiento con hormona tiroidea para elevar los niveles plasmáticos de la TSH.
- 2. Aumentar la dosis de hormona tiroidea para disminuir los niveles de TSH.
- 3. Administrar solución de Lugol, 3 semanas antes.
- 4. Medir tiroglobulina para fijar dosis de I<sup>131</sup>.
- 5. No variar la dosis de hormona tiroidea, para evitar que la TSH varíe.

72. **Mujer de 38 años de edad que consulta por amenorrea secundaria de 3 años de evolución. La concentración de prolactina es de 130 ng/ml (normal hasta 20 ng/ml). RNM detecta macrotumor de 2,8 cm de diámetro con expansión lateral izquierda. No alteraciones visuales. ¿Cuál sería el tratamiento de elección?:**
1. Cirugía por tratarse de un macrotumor.
  2. Radioterapia hipofisaria.
  3. Radioterapia hipofisaria previa a cirugía.
  4. Tratamiento médico con agonistas dopamínicos.
  5. Somatostatina subcutánea previa a cirugía.
73. **Un hombre de 28 años, refiere ginecomastia bilateral dolorosa de reciente instauración. Ante la sospecha de enfermedad severa tratable ¿qué debe solicitar de forma inmediata?:**
1. Nivel de prolactina.
  2. Nivel de estrógenos.
  3. Nivel de FSH.
  4. Nivel de LH.
  5. Nivel de BHCG.
74. **La acromegalia puede formar parte de:**
1. Síndrome de Nelson.
  2. Síndrome de Turner.
  3. Neoplasias endocrinas múltiples I (Men I).
  4. Neoplasias endocrinas múltiples II (Men II).
  5. Síndrome poliglandular autoinmune.
75. **¿Cuál de estas cuestiones NO es cierta en relación con la hemocromatosis hereditaria HFE?:**
1. El gen mutante se encuentra en el cromosoma 6p.
  2. Es un trastorno que puede cursar con patrón de herencia autosómico recesivo.
  3. Es más frecuente en las poblaciones del sur de Italia que en las del norte de Europa.
  4. La expresión clínica de la enfermedad es más frecuente en el varón que en la mujer.
  5. La mutación más frecuente encontrada es una homocigota C282Y.
76. **Paciente de 75 años diagnosticado de carcinoma de próstata que acude a la Urgencia del Hospital por confusión mental, náuseas, vómitos y estreñimiento. En la analítica se objetiva una calcemia de 15 mg/dL. ¿Cuál es, entre las siguientes, la primera decisión terapéutica que es preciso tomar?:**
1. Solución salina y furosemida por vía intravenosa.
  2. Mitramicina i.v.
  3. Hormonoterapia (leuprolide y estrógenos).
  4. Difosfonatos por vía oral.
  5. Glucocorticoides por vía intravenosa.
77. **En relación con la Prealbúmina, señale la respuesta correcta:**
1. Es una proteína visceral de vida media corta.
  2. Es una proteína visceral de cuya medida en sangre se realiza por radioinmunoensayo.
  3. Permite evaluar el compartimento graso del organismo.
  4. Es útil para valorar la respuesta del soporte nutricional a largo plazo.
  5. No es más útil como parámetro nutricional que la albúmina.
78. **Hombre de 62 años con vida laboral muy activa, que le obliga a viajar continuamente, fumador de 20 cigarrillos diarios que, tras tres meses de dieta pobre en grasas saturadas y pobre en sal, tiene colesterol total 260 mg/dl, colesterol LDL 186mg/dl y colesterol HDL 40. Su tensión arterial es 150/100. ¿Qué actitud le parece más oportuna, además de suspender el tabaco y de dar un hipotensor?:**
1. Continuar con las mismas recomendaciones dietéticas de por vida, sin que sea necesario añadir ningún hipolipemiante, por cuanto el LDL es < 190.
  2. Continuar con las mismas recomendaciones dietéticas añadiendo Colestiramina a dosis mínima, con suplementos de vitaminas liposolubles y aceites de pescado.
  3. Continuar con las mismas recomendaciones dietéticas añadiendo dosis bajas de un fibrato, pues el principal objetivo terapéutico será en este caso elevar el colesterol HDL por encima de 60 mg/dl.
  4. Continuar con las mismas recomendaciones dietéticas y añadir una estatina a dosis suficientes para reducir colesterol LDL por debajo de 130 mg/dl.
  5. Intensificar las medidas dietéticas todo lo posible y repetir el examen de lípidos en 8 semanas antes de dar tratamiento hipolipemiante.
79. **La Artritis Reumatoide es una enfermedad autoinmune de etiología incierta. Señale, entre las siguientes afirmaciones, cuál es la verdadera en referencia a la inmunología de esta enfermedad:**
1. Las células endoteliales sinoviales expresan en menor cantidad moléculas de adhesión como mecanismo de defensa ante la agresión celular.
  2. El infiltrado sinovial se caracteriza por la presencia de linfocitos T y B. Están presentes tanto linfocito T CD4+ como CD8+ que expresan el antígeno de activación temprano CD69.
  3. Las manifestaciones sistémicas e la Artritis

Reumatoide parecen estar sustentadas por la producción de citoquinas por el linfocito T.

4. Los anticuerpos anti-factor de necrosis tumoral alfa se han impuesto como tratamiento de inicio de la Artritis Reumatoide porque se han mostrado efectivos en el control de la artritis reumatoide y no han presentado efectos secundarios relevantes.
5. Las citoquinas derivadas de las células presentadoras de antígeno no han demostrado tener una influencia apreciable en la actividad de la Artritis Reumatoide.

**80. Una mujer de 45 años presenta desde hace 6 meses dolor de características inflamatorias en articulaciones metacarpofalángicas proximales de ambas manos, en muñecas y en una rodilla, sin otra sintomatología. La exploración general es normal, excepto por discreto aumento del tamaño y dolor a la palpación de muñecas, de tres articulaciones metacarpofalángicas y en cuatro interfalángicas proximales. La hematología y la bioquímica son normales, excepto una velocidad de sedimentación globular de 40 mm a la primera hora. El estudio inmunológico muestra unos Anticuerpos Antinucleares negativos y un Factor Reumatoide positivo. La radiología muestra una erosión en muñeca derecha. ¿Cuál es la actitud más correcta?:**

1. Iniciar terapia inmediata con analgésicos y seguir evolución al mes.
2. Iniciar terapia con antiinflamatorios no esteroideos y repetir estudio inmunológico y radiológico al año, para decidir o no fármacos modificadores de la enfermedad.
3. Realizar gammagrafía ósea con Tc, para confirmar sinovitis y tratar según resultados.
4. Iniciar terapia con antiinflamatorios no esteroideos e indicar inicio de Metotraxte por vía oral, en dosis única semanal.
5. Iniciar terapia con corticosteroides por vía oral, a dosis de 20-30 mg al día.

**81. NO es una característica de la gota:**

1. La artritis afecta predominantemente a las articulaciones de las extremidades inferiores.
2. En el líquido articular se observa un aumento de los leucocitos polimorfonucleares.
3. Entre las crisis de podagra el enfermo está completamente asintomático.
4. La manera más habitual de presentación es en forma de monoartritis.
5. Los cristales dan birrefringencia positiva cuando se examinan con microscopio de luz polarizada.

**82. Mujer de 35 años, sin antecedentes de interés, que acude con un dolor intenso en columna cervical de dos días de evolución, que le impide la realización de su trabajo de auxiliar adminis-**

**trativo. El dolor se irradia hacia hombro derecho, aumenta con los movimientos de flexión y rotación del cuello y no se acompaña de otras manifestaciones clínicas. La exploración general y la neurológica son normales si bien la valoración de la fuerza de los miembros superiores se haya interferida por el dolor. ¿Qué actitud es la más adecuada?:**

1. Reposo absoluto y collarín rígido durante 30 días.
2. Resonancia magnética nuclear urgente, y actuar en consecuencia.
3. Paracetamol con codeína, educación postural, ejercicios suaves y seguir evolución en siete días.
4. Radiología simple y, en caso de encontrarse rectificación de la curvatura fisiológica de la columna, tracciones cervicales.
5. Radiología simple y, en ausencia de hallazgos significativos, realizar electromiograma.

**83. Hombre de 25 años, que 10 días después de acudir a una despedida de soltero, comienza con inflamación de rodilla derecha y de ambos tobillos, conjuntivitis bilateral, aftas orales y erosiones superficiales no dolorosas en el glande. ¿Cuál sería el diagnóstico más probable?:**

1. Enfermedad de Still.
2. Infección gonocócica.
3. Infección por *Staphylococcus Aureus*.
4. Enfermedad de Reiter.
5. Sífilis.

**84. Una mujer de 72 años acude al hospital con una historia de tres meses de evolución de febrícula y sudoración nocturna, añadiéndose un mes más tarde dolor inflamatorio severo en ambos hombros y en muslos, que le causan dificultad para peinarse, vestirse y salir a la calle. A la exploración presenta movilidad limitada de los miembros superiores y dificultad para levantarse de una silla debido al dolor. No se evidencia artritis ni ninguna otra alteración en la exploración general y neurológica. Se detecta anemia normocítica, trombocitosis leve y VSG de 90 mm a la primera hora. La radiología de tórax es normal. ¿Cuál es la actitud diagnóstica y terapéutica más correcta?:**

1. Iniciar de manera inmediata terapia con prednisona a dosis de 1 mg/kg.
2. Solicitar biopsia de la arteria temporal y tratar sólo si fuera positiva.
3. Iniciar tratamiento con dosis de 15-20 mg de prednisona y seguir respuesta clínica.
4. Iniciar tratamiento con 3 bolos de 500 mg de metilprednisolona iv, y continuar después con prednisona a dosis de 1mg/kg por vía oral.
5. Solicitar biopsia muscular y tratar según resultado de la misma.

- 85. ¿Cuál de los siguientes confirma el diagnóstico de lupus eritematoso sistémico?:**
1. Unos anticuerpos antinucleares positivos.
  2. Una biopsia renal demostrando una glomerulonefritis proliferativa.
  3. Unos niveles bajos de complemento sérico y aftosis oral.
  4. La presencia de artritis no deformante, fotosensibilidad, leucopenia y pleuritis.
  5. Alopecia reciente.
- 86. Un paciente de 50 años desarrolla una púrpura palpable en extremidades inferiores, poco después de tomar Alopurinol. Se toma muestra de biopsia cutánea y se retira el fármaco. Señale cuál será el hallazgo más probable en la biopsia cutánea:**
1. Vasculitis necrotizante.
  2. Vasculitis eosinófila.
  3. Infiltración cutánea por mastocitos.
  4. Vasculitis granulomatosa.
  5. Vasculitis leucocitoclástica.
- 87. Una mujer de 28 años con anticuerpos anticardiolipina y antecedentes de tres abortos en el primer trimestre del embarazo es evaluada en la sexta semana de un cuarto embarazo. El embarazo actual transcurre con normalidad. Nunca ha sido tratada por la positividad de los anticuerpos anticardiolipina. ¿Cuál de las siguientes es la conducta más apropiada?:**
1. Observación estrecha.
  2. Prednisona.
  3. Aspirina.
  4. Infusión intravenosa de inmunoglobulinas.
  5. Heparina y aspirina.
- 88. Señale la respuesta FALSA en las lesiones deportivas de la rodilla:**
1. El diagnóstico de las lesiones ligamentosas debe establecerse mediante resonancia nuclear magnética.
  2. La reconstrucción con autoinjerto tendinoso es de elección en las roturas del ligamento cruzado anterior sintomáticas.
  3. Los esguinces de grado tres del ligamento lateral interno se asocian a desinserciones meniscales.
  4. Las lesiones aisladas de los ligamentos colaterales se tratan de forma ortopédica.
  5. Las lesiones complejas de ligamentos pueden no dar derrame significativo.
- 89. Paciente de 82 años con Alzheimer moderado y cardiopatía isquémica bajo control médico traído a la Urgencia tras caída. Radiográficamente presenta una fractura petrocantérea**
- conminuta proximal de fémur. ¿Cuál será el tratamiento más adecuado?:**
1. Artroplastia parcial de cadera.
  2. Artroplastia total de cadera cementada.
  3. Osteosíntesis.
  4. Artroplastia bipolar de cadera.
  5. Artroplastia total de cadera no cementada.
- 90. Niño de 9 años traído a la Urgencia tras caída de un columpio. Presenta su antebrazo con intenso dolor espontáneo, impotencia funcional absoluta y gran deformidad de vértice volar en tercio medio. ¿Cuál será el diagnóstico más probable?:**
1. Fractura diafisaria de cúbito y radio.
  2. Epifisiolisis de muñeca.
  3. Fractura de Smith.
  4. Fractura-luxación de Monteggia.
  5. Fractura de Colles.
- 91. Ciclista de 27 años de edad sufre una caída sobre hombro derecho. En la exploración presenta deformidad y signo de "la tecla de piano" en la extremidad distal de la clavícula. ¿Cuál es el diagnóstico de la lesión?:**
1. Fractura de la cabeza humeral.
  2. Luxación acromio-clavicular.
  3. Luxación escápulo-humeral.
  4. Fractura de escápula.
  5. Fractura de coracoides.
- 92. 24 horas después de un enclavado cerrojado por una fractura cerrada de tibia, aparece un dolor muy intenso en la pierna, resistente a los analgésicos habituales; se acompaña de ligero aumento de volumen y de dificultad para mover los dedos del pie. Deberá pensar que el paciente presenta:**
1. Una trombosis venosa profunda.
  2. Una lesión del ciático común.
  3. Un síndrome compartimental.
  4. Una infección precoz de la osteosíntesis.
  5. Una fractura asociada del pie que pasó desapercibida.
- 93. La causa más frecuente que produce una claudicación neurógena (limitación progresiva de la marcha por dolor neuropático) en un enfermo de 70 años, es:**
1. Fractura vertebral.
  2. Canal estrecho degenerativo.
  3. Listesis lítica L5.
  4. Tuberculosis vertebral.
  5. Mieloma múltiple.
- 94. Una ambulancia colectiva, que transporta a rehabilitación a varios pacientes, sufre un acci-**

**dente de tráfico; cinco de ellos refieren dolor en la zona occipito-cervical. ¿A cuál prestaremos atención preferente?:**

1. A un paciente con Paget.
2. A una paciente con artritis reumatoide.
3. A un niño de 9 años.
4. A un anciano con hemiparesia.
5. A un paciente con esclerodermia.

**95. Un paciente diabético conocido de 2 años de evolución y 64 años de edad, consulta por anemia, proteinuria de 3 gramos/24 horas junto con hematuria, hipertensión arterial y discreta insuficiencia renal con creatinina plasmática de 2.3 mg/dl. El diagnóstico MENOS probable es:**

1. Nefropatía diabética.
2. Angeitis necrotizante del tipo poliangeitis microscópica.
3. Glomerulonefritis rápidamente progresiva.
4. Granulomatosis de Wegener.
5. Síndrome úremico-hemolítico.

**96. ¿Cuál de las siguientes nefropatías glomerulares no se relaciona con hipocomplementemia?:**

1. Glomerulonefritis aguda post-infecciosa.
2. Glomerulonefritis membrano-proliferativa.
3. Nefropatía lúpica.
4. Nefropatía diabética.
5. Nefropatía de la crioglobulinemia.

**97. Un paciente de 28 años presenta hematuria macroscópica al día siguiente de una infección faríngea y edemas maleolares. Dos años antes había presentado un cuadro similar que desapareció con rapidez, por lo que no había consultado previamente. En la exploración física se objetiva una T.A. de 180/110, una Creatinina Plasmática de 2 mgrs/dl e Hipocomplementemia. ¿Cuál de los siguientes es el diagnóstico más probable?:**

1. Glomerulonefritis membrano proliferativa.
2. Glomerulonefritis post-estreptocócica aguda.
3. Glomerulonefritis rápidamente progresiva.
4. Glomerulonefritis por depósitos mesangiales de IgA (Enfermedad de Berger).
5. Hialinosis Segmentaria y Focal.

**98. ¿Cuál de los siguientes fármacos produce alcalosis metabólica?:**

1. Diuréticos ahorradores de potasio.
2. Diuréticos del asa.
3. Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina.
4. Antiinflamatorios no esteroideos.
5. Bloqueantes de los receptores de la Angiotensina II.

**99. ¿Cuál de las siguientes medidas terapéuticas NO está indicada en el tratamiento de la Hipertensión?:**

1. Glucosa e insulina.
2. Bicarbonato sódico.
3. Gluconato cálcico.
4. Resinas de intercambio iónico.
5. Glucocorticoides.

**100. Una paciente de 15 años de edad consulta por poliuria y nicturia, cansancio fácil y astenia. Presenta dichos síntomas desde hace años, y tienden a intensificarse durante los veranos muy calurosos, en los que se asocia hormigueo lingual y peribucal. A la exploración física sólo destaca una tensión de 100/50 mmHg. El ionograma muestra Na 135 mEq/l, K 2 mEq/l, Cl 105 mEq/l, pH 7.45, bicarbonato 30 mEq/l. La determinación de renina y aldosterona muestra cifras elevadas, tanto basales como tras estímulo. De los procesos que siguen ¿cuál es compatible con el cuadro clínico descrito?:**

1. Hipoaldosteronismo primario.
2. Estenosis de la arteria renal.
3. Síndrome de Liddle.
4. Enfermedad de Addison.
5. Síndrome de Bartter.

**101. Un paciente de 24 años de edad sufre un accidente de circulación con traumatismo pélvico a importante hemorragia retroperitoneal. Es intervenido en situación de shock hemodinámico con TA de 60/30 mmhg. Tras la reparación quirúrgica de ruptura de aorta abdominal, permanece con aspiración nasogástrica y evoluciona sin problemas durante tres días con TA de 110/80. Al cuarto día la diuresis disminuye y una analítica sanguínea demuestra una urea de 169 mg% con creatinina de 2.7 mg/dl. Los valores en orina son: osmolaridad 650 mosm/l, sodio 10 meq/l, relación urea orina/urea plasma: 18, relación creatinina en orina/creatinina en plasma 70. La conducta más adecuada será:**

1. Ecografía abdominal inmediata para descartar uropatía obstructiva por hematoma retroperitoneal.
2. Aumentar el aporte líquido i.v a 5 l/día, incluyendo transfusión de hemáties concentrados si fuera preciso.
3. Arteriografía renal para descartar obstrucción arterial renal.
4. Pautar Manitol y furosemida para que la diuresis retorne a la normalidad.
5. Hasta que se aclare el diagnóstico, lo primero es iniciar hemodiálisis.

**102. Si un paciente con una pérdida nefronal progresiva, la presencia de hipertensión indica que ha perdido al menos:**

1. Un 25% del filtrado glomerular.
  2. Un 35% del filtrado glomerular.
  3. Un 50% del filtrado glomerular.
  4. Un 75% del filtrado glomerular.
  5. Un 100% del filtrado glomerular.
- 103. Un paciente de 35 años con insuficiencia renal crónica secundaria a pielonefritis crónica recibe un trasplante renal de cadáver con el que compartía dos identidades en A y B y una en DR. Recibe tratamiento inmunosupresor con ciclosporina A y corticoides a dosis estándar. En el postoperatorio inmediato se observa buena diuresis y no es necesario el tratamiento sustitutivo con hemodiálisis. En el 5° día de evolución, el paciente presenta fiebre de 38°, TA de 180/110, oliguria y disminución en la concentración urinaria de sodio. El diagnóstico más probable sería:**
1. Crisis hipertensiva.
  2. Infección respiratoria.
  3. Pielonefritis aguda del injerto renal.
  4. Recidiva de su enfermedad renal.
  5. Rechazo agudo del injerto renal.
- 104. Hombre de 56 años, con antecedentes de ataque agudo de gota hace 2 años y ácido úrico elevado (8,5 mg/dl), que refiere dolor tipo cólico en fosa renal derecha ocasionalmente; en la ecografía de aparato urinario tiene una imagen con sombra acústica posterior compatible con litiasis de 2x1 cm., en pelvis renal derecha. En la urografía intravenosa se aprecia una imagen radiotransparente en pelvis renal derecha de aproximadamente 2 cm. de diámetro máximo. ¿Cuál de las siguientes opciones constituirá el tratamiento inicial más apropiado?:**
1. Litotricia extracorpórea por ondas de choque.
  2. Nefrolitotomía percutánea.
  3. Hidratación y ácido acetohidroxámico.
  4. Ureteroscopia y extracción endoscópica del cálculo.
  5. Hidratación, alcalinización de la orina con citrato potásico y alopurinol.
- 105. Paciente de 50 años de edad que consulta por dolor en la fosa renal, polaquiuria, disuria y hematuria. En el análisis de la orina se observa piuria y pH ácido con cultivos repetidamente negativos. ¿Cuál sería la primera posibilidad diagnóstica, de entre las siguientes?:**
1. Pielonefritis aguda.
  2. Síndrome nefrítico.
  3. Tuberculosis genitourinaria.
  4. Prostatitis aguda.
  5. Carcinoma renal de células claras.
- 106. Dentro de las anomalías congénitas ureterales que se citan a continuación, la que presenta una mayor incidencia es:**
1. Uréter retrocavo.
  2. Megauréter.
  3. Ureterocele.
  4. Uréter retroiliaco.
  5. Duplicidad ureteral.
- 107. Hombre de 25 años que presenta tumoración testicular derecha indolora de 1 mes de evolución. La alfafetoproteína (AFP) está elevada. ¿Cuál de los siguientes tipos histológicos de cáncer de testículo es MENOS probable?:**
1. Seminoma puro.
  2. Carcinoma embrionario.
  3. Tumor del saco vitelino.
  4. Tumores mixtos.
  5. Teratocarcinoma.
- 108. Paciente de 63 años, fumador importante, que refiere hematuria total intermitente y síndrome miccional irritativo desde hace 1 mes. La citología de orina es positiva. Se realiza una evaluación vesical bajo anestesia con biopsias vesicales múltiples, siendo diagnosticado un carcinoma vesical "in situ". ¿Cuál de las siguientes estrategias terapéuticas es la más apropiada?:**
1. Instilaciones endovesicales con Mitomicina C.
  2. Instilaciones endovesicales con BCG.
  3. Cistectomía radical.
  4. Quimioterapia sistémica.
  5. Radioterapia pelviana.
- 109. En cáncer de próstata estadios T<sub>1</sub> ó T<sub>2a</sub> :**
1. La cirugía logra más curaciones.
  2. La hormonoterapia está indicada si el PSA es < 10 ng/ml.
  3. La resección transuretral es la técnica quirúrgica de elección.
  4. La radioterapia o la cirugía radical obtienen resultados similares.
  5. La incidencia de efectos tóxicos graves por radioterapia es del 20%.
- 110. Interprete el siguiente hemograma que pertenece a un niño de 6 años que llega al Hospital con fiebre y aftas orales: Hb 14 gr/dl., leucocitos 2,8 x 10<sup>9</sup> /L (segmentados 13%, linfocitos 82%, monocitos 5%), plaquetas 210 x 10<sup>9</sup>/L:**
1. Tiene una linfocitosis, que es probablemente vírica.
  2. Tiene una linfocitosis, lo que es normal para la edad de este niño.
  3. Tiene una anemia.
  4. Tiene una neutropenia.
  5. Este hemograma es normal, independientemente de la edad.

- 111. Los cuerpos de Howell-Jolly, son inclusiones eritrocitarias de fragmentos nucleares y se observan en:**
1. Asplenia.
  2. Mielofibrosis.
  3. Leucemia linfática crónica.
  4. Déficit de G6PD.
  5. Intoxicación por plomo.
- 112. En relación con el diagnóstico de las anemias microcíticas, ¿cuál de las afirmaciones siguientes es FALSA?:**
1. Tanto en la anemia ferropénica como en la de trastornos crónicos la ferritina está disminuida.
  2. En la  $\beta$ -talasemia el número de hematíes suele estar normal o elevado.
  3. La microcitosis es menos acentuada en la anemia de trastornos crónicos.
  4. En la anemia sideroblástica hay un aumento de los depósitos de hierro en el organismo.
  5. En la anemia ferropénica siempre hay que buscar la causa del déficit de hierro.
- 113. Son causas potenciales de eritrocitosis las siguientes EXCEPTO:**
1. Hipoxemia crónica.
  2. Exceso de carboxi hemoglobina.
  3. Hipernefroma.
  4. Síndrome de Cushing.
  5. Hipoandrogenemia.
- 114. ¿Cuál de los siguientes hallazgos es el más característico de la leucemia mieloide crónica?:**
1. El cromosoma Filadelfia.
  2. El esplenomegalia palpable.
  3. La disminución de la fosfatasa alcalina granulocitaria.
  4. El aumento del ácido úrico sérico.
  5. El reordenamiento del gen bcr/abl.
- 115. En un paciente de 25 años, diagnosticado de leucemia mieloide crónica hace seis meses. ¿Cuál, entre los siguientes, es el tratamiento con mejor resultados?:**
1. El interferón alfa.
  2. El busulfán.
  3. La hidroxiurea.
  4. El trasplante alogénico de progenitores hemopoyéticos a partir de un hermano HLA-compatibile.
  5. El trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos.
- 116. ¿Cuál entre las siguientes complicaciones NO es propia de la leucemia linfática crónica?:**
1. Infecciones oportunistas por virus herpes.
  2. Anemia hemolítica autoinmune.
  3. Hipogammaglobulinemia.
  4. Infiltración en el SNC.
  5. Neumonía neumocócica.
- 117. EL IPI (índice pronóstico internacional), utilizado en la valoración pronóstica del linfoma difuso de células grandes, NO incluye:**
1. La LDH sérica.
  2. El estadio de la enfermedad.
  3. La beta-2 microglobulina.
  4. El estado general (ECOG).
  5. La edad.
- 118. Una mujer de 62 años consulta por dolores óseos, fundamentalmente en la espalda. En el hemograma se detecta anemia normocítica. La VSG es normal y la electroforesis de proteínas muestra hipogammaglobulinemia severa pero no componente monoclonal. En el estudio morfológico de la médula ósea detecta un 45% de células plasmáticas. La función renal está alterada y el paciente no refiere otra sintomatología. Su sospecha diagnóstica principal es:**
1. Amiloidosis.
  2. Hipogammaglobulinemia policlonal.
  3. Mieloma de Bence-Jones.
  4. Enfermedad de cadenas pesadas.
  5. Macroglobulinemia de Waldenström.
- 119. Respecto al trasplante de progenitores hematopoyéticos, señale la afirmación FALSA:**
1. La neumonitis intersticial y la enfermedad veno-oclusiva hepática son complicaciones graves de este procedimiento terapéutico y son más frecuentes en el trasplante alogénico.
  2. Las infecciones que ocurren durante las primeras 2-3 semanas suelen ser debidas a la neutropenia.
  3. Actualmente se utiliza también el cordón umbilical como fuente de progenitores.
  4. Una complicación relativamente frecuente en el trasplante autólogo es la enfermedad injerto contra huésped (EICH).
  5. En la EICH aguda se afectan especialmente el tubo digestivo, la piel y el hígado.
- 120. Una mujer de 68 años, sin aparentes factores de riesgo cardiovascular, ingresa en la Unidad Coronaria del Hospital por un cuadro agudo de cardiopatía isquémica. En la analítica realizada a su llegada se objetiva una anemia (Hb 8 gr/dl) previamente no conocida. En este caso, la actitud más adecuada con respecto a la anemia es:**
1. Actitud expectante, ya que sólo se debe transfundir la anemia sintomática.

2. Transfundir hematíes.
3. Transfundir sangre total.
4. Instaurar tratamiento con eirtropoyetina.
5. Administrar hierro intravenoso.

**121. El factor V Leiden está relacionado con:**

1. Diatesis hemorrágica congénita.
2. Diatesis hemorrágica adquirida.
3. El déficit de Antitrombina III.
4. Estado de Trombofilia primaria.
5. Estado protrombótico adquirido.

**122. Señale la cierta en relación a *Haemophilus influenzae*:**

1. *Haemophilus influenzae* del tipo B es causa frecuente de otitis media en el adulto.
2. La mayoría de las cepas que producen infección bronquial son no capsuladas.
3. Más del 70% de cepas son resistentes a ampicilina por producción de beta-lactamasas.
4. La incidencia de neumonía por *Haemophilus influenzae* en adultos ha disminuido de forma drástica con el uso de la vacuna conjugada.
5. La práctica totalidad de cepas son sensibles al Cotrimoxazol.

**123. A lo largo de los últimos 10 años se ha producido un cambio muy importante en la etiología de la Endocarditis Infecciosa del adulto. El microorganismo más frecuente en la actualidad, es:**

1. Microorganismos del grupo HACEK.
2. *Staphylococcus aureus*.
3. Estafilococos coagulosa negativos.
4. Bacilos gram negativos.
5. *Streptococcus viridans*.

**124. En relación con *Streptococcus pyogenes* y la faringoamigdalitis, ¿cuál de las siguientes afirmaciones NO es correcta?:**

1. El tratamiento de la faringoamigdalitis estreptocócica se efectúa con una sola inyección i.m. de 1,200,000 UU de penicilina benzatina.
2. El tratamiento antibiótico de la faringoamigdalitis estreptocócica se efectúa con 250,000 UU/6h oral de penicilina V durante 10 días.
3. Durante el tratamiento antibiótico de la faringoamigdalitis estreptocócica se efectúa con una sola inyección i.m. de 1,200,000 UU de penicilina procaina.
4. El tratamiento antibiótico de la faringoamigdalitis estreptocócica se efectúa con amoxicilina oral 500 mg/8h durante 10 días.
5. El tratamiento antibiótico recomendado de la faringoamigdalitis estreptocócica en los casos de alergia a la penicilina es un macrólido oral durante 10 días.

**125. NO es propio del shock tóxico estafilocócico:**

1. Fiebre elevada.
2. Lesiones cutáneas.
3. Metástasis sépticas.
4. Fracaso renal.
5. Rabdomiolisis.

**126. Una mujer de 54 años sufrió durante una transfusión de sangre un cuadro de fiebre y escalofríos que evolucionó rápidamente a hipotensión refractaria, falleciendo unas horas después. A las 24 horas se recibió un hemocultivo de la paciente con crecimiento de *Pseudomona Fluorescens*. Señale la respuesta FALSA:**

1. Las especies de *Pseudomona* no crecen a temperaturas bajas y son por tanto excepcionales contaminantes bacterianos de productos hemáticos.
2. El síndrome de respuesta inflamatoria sistémico puede deberse a causas no infecciosas.
3. Se denomina shock séptico refractario al que dura más de una hora y no ha respondido a fluidos y vasopresores.
4. Los gérmenes Gram negativos son la causa más frecuente de septicemia grave.
5. En el síndrome de distres respiratorio agudo, la presión capilar pulmonar es menor de 18 mm.

**127. Hombre de 60 años con antecedentes de neumoconiosis, que acude a nuestra consulta por tos y fiebre de 48 h de duración. A la exploración se detectan estertores en la base izquierda, que se corresponde en la placa de tórax, con un nuevo infiltrado en lóbulo inferior izquierdo; también se observan lesiones de neumoconiosis simple. La pulsioximetría digital es normal y en los análisis: 14.000 leucocitos/ml. Se realiza un PPD que es positivo (15 mm) y en 3 baciloscopias de esputo no se observan bacilos ácido-alcohol resistentes. El paciente se trata con amoxicilina - clavulánico y desaparece la fiebre y mejora la tos a las 24 h. ¿Cuál es la actitud?:**

1. Mantener dicho tratamiento 1 semana.
2. Mantener dicho tratamiento 2 semanas.
3. Administrar tratamiento tuberculostáticos convencional.
4. Mantener el tratamiento 2 semanas y administrar isoniacida durante 18 meses, si cultivo de Löwestein en esputo es positivo.
5. Mantener el tratamiento 2 semanas y administrar isoniacida durante 12 meses, si cultivo de Löwestein en esputo es negativo.

**128. En cuanto a la neumonía por Neumococo en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es FALSO que:**

1. Es una infección frecuentemente bacteriémica.

2. Tiene mayor incidencia que en la población general.
  3. Junto a *Haemophilus Influenzae* es la causa más común de neumonía en pacientes con SIDA.
  4. Se recomienda vacuna neumocócica en aquellos pacientes con CD4 < 100 cel/ $\mu$ L.
  5. Esta neumonía puede ser vista en pacientes con sistema inmune relativamente intacto.
- 129. Paciente de 30 años seropositivo VIH conocido desde 5 años antes, con antecedentes de neumonía por *P. Carinii*, que consulta por cefalea desde 10 días antes. La exploración física muestra como datos más relevantes mínima rigidez de nuca y temperatura de 37,5°C, fondo de ojo normal, TAC: ligera atrofia cortical. La punción lumbar da salida a líquido claro con 40 células mononucleares, proteínas: 90 mgrs%, glucosa; 30 mg% (glucemia: 90 mg%). Señalar de entre las siguientes, la causa más probable:**
1. Herpesvirus tipo 8.
  2. Listeria.
  3. Criptococo.
  4. CMV.
  5. VIH.
- 130. La tuberculosis asociada a la infección por VIH se caracteriza por:**
1. Presentación subclínica de la enfermedad.
  2. Aparición característica en los estadios de inmunodepresión más severa (>50 CD4/mm<sup>3</sup>).
  3. Elevada frecuencia de afectación extrapulmonar y diseminada.
  4. Escaso rendimiento de los métodos microbiológicos de diagnóstico.
  5. Mala respuesta al tratamiento antituberculoso.
- 131. Paciente de 52 años, natural de Egipto, con 5 años de residencia en España, que ingresa en Urgencias por hematemesis. A la exploración destaca esplenomegalia importante, la analítica hepática es normal, y en la ecografía aparece fibrosis periportal. ¿En qué parasitosis pensaría?:**
1. *Clonorchis Sinensis*.
  2. *Schistosoma Mansoni*.
  3. *Fasciola Hepática*.
  4. *Echinococcus*.
  5. *Estamoeba Histolytica*.
- 132. Señale cuál de las siguientes asociaciones de helmintos y su clínica característica es INCORRECTA:**
1. *Ascaris Lumbricoides* - Síndrome de Löeffler.
  2. *Onchocerca Volvulus* - Ceguera de los ríos.
  3. *Anchylostoma Duodenale* - Anemia megaloblástica.
  4. *Strongyloides Stercolaris* - Síndrome de hiperinfestación en inmunodeprimidos.
  5. *Taenia Solium* - Convulsiones generalizadas.
- 133. Joven de 23 años que trabaja como pinchadiscos en un bar nocturno y tiene una historia de promiscuidad bisexual e ingesta de drogas sintéticas, consulta por fiebre, malestar general y dolor en glande. La exploración física muestra múltiples tatuajes, "piercings" y la presencia de tres lesiones vesiculosas en glande y adenopatías inguinales bilaterales. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:**
1. Herpes genital.
  2. Secundarismo luético.
  3. Primoinfección VIH.
  4. Infección por citomegalovirus.
  5. Condilomas acuminados.
- 134. Un paciente de 22 años, que acude para evaluación de una lesión genital ulcerada, presenta un VDRL positivo a título de 1:8 con un FTA-Abs negativo. La interpretación más adecuada de estos resultados es:**
1. Falso positivo de las pruebas no treponémicas.
  2. Falso negativo de las pruebas treponémicas.
  3. Sífilis muy reciente (pendiente la positivización del FTA-Abs).
  4. Sífilis curada (pendiente la negativización del VDRL).
  5. Sífilis de larga evolución.
- 135. ¿Cuál de las siguientes permite diferenciar la pielonefritis aguda de la cistitis aguda?:**
1. Leucocituria.
  2. Hematuria.
  3. Bacteriuria.
  4. Antecedentes de infección urinaria.
  5. Fiebre de más de 38,5°C.
- 136. ¿Cuál de los siguientes opioides NO es adecuado para el tratamiento del dolor crónico de etiología cancerosa?:**
1. Metadona.
  2. Meperidina.
  3. Morfina.
  4. Fentanilo.
  5. Tramadol.
- 137. ¿Cuál es el tratamiento de la obstrucción intestinal no quirúrgica en la fase terminal del cáncer?:**
1. Sonda nasogástrica, aspiración continua, suero-terapia intravenosa.
  2. Administración de Vitamina grupo B, laxantes y enema de limpieza.
  3. Alimentación parenteral total y esteroides i.v.

4. Morfina, buscapina y haloperidol por vía subcutánea.
5. Dieta absoluta y sueros por vía subcutánea.
- 138. Cuando se observa una inmunofluorescencia directa positiva en la piel lesional y perilesional afectando a la sustancia intercelular de la epidermis, podemos hacer el diagnóstico de:**
1. Penfigoide ampollar.
  2. Dermatitis herpetiforme.
  3. Epidermólisis ampollar.
  4. Enfermedad injerto contra huésped.
  5. Pénfigo vulgar.
- 139. Enferma de 40 años que presenta en los párpados y alrededor de los mismos lesiones eritematosas, liliáceas, que no le ocasionan molestias; son típicas de:**
1. Eczema de Contacto.
  2. Eczema atópico.
  3. Dermatomiositis.
  4. Lupus eritematoso.
  5. Síndrome de Sjögren.
- 140. ¿Cuál de los siguientes procesos ocasiona alopecia cicatrizal definitiva?:**
1. Lupus eritematoso crónico discoide.
  2. Herpes circinado.
  3. Alopecia areata.
  4. Pseudotina amiantácea.
  5. Sífilis secundaria.
- 141. Enfermo de 40 años que presenta desde hace tres meses unas lesiones papulosas poligonales localizadas en cara anterior de muñecas y en tobillos, acompañadas de prurito. El estudio histopatológico de una lesión muestra una dermatitis de interfase con degeneración vacuolar de las células basales. ¿Cuál es el diagnóstico?:**
1. Pitiiriasis rosada.
  2. Papulosis linfomatoide.
  3. Psoriasis eruptiva.
  4. Liquen plano.
  5. Pápulas piezogénicas.
- 142. La hidrosadenitis es una enfermedad que afecta primariamente a:**
1. La epidermis.
  2. La dermis.
  3. El panículo adiposo.
  4. Las unidades pilo-sebáceo-apocrinas.
  5. Las glándulas mamarias.
- 143. Una de los siguientes signos o síntomas, NO es habitual en una uveítis anterior aguda:**
1. Midriasis.
  2. Dolor.
  3. Inyección ciliar.
  4. Sinequias posteriores.
  5. Fotofobia.
- 144. ¿En qué patología pensaría en primer lugar en un paciente de 65 años, que presenta disminución lenta, progresiva e indolora de su agudeza visual sin signos de inflamación ocular?:**
1. Error de refracción.
  2. Distrofia corneal.
  3. Papilitis.
  4. Glaucoma agudo.
  5. Degeneración macular senil.
- 145. ¿Qué enfermedad de las señaladas NO se caracteriza porque pueda existir una papila edematosa o pseudoedematosa?:**
1. Retinopatía hipertensiva malignizada.
  2. Glaucoma crónico de ángulo abierto.
  3. Hipertensión endocraneana.
  4. Hipermetropía.
  5. Neuropatía óptica isquémica.
- 146. Mujer de 38 años acude a nuestra consulta con un cuadro de exoftalmos axial de varias semanas de evolución, afectando fundamentalmente su ojo derecho. En la exploración nos llama la atención una conjuntiva con síntomas discretos de hiperemia y edema, una queratitis de carácter punteado en tercio inferior corneal y también sospechamos una retracción palpebral al observar cómo el borde del párpado superior se encuentra por encima del limbo, permitiéndonos visualizar la esclerótica. La paciente no manifiesta disminución de visión ni alteraciones tipo visión doble y su presión intraocular está dentro de la normalidad. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos le parece más compatible con el cuadro descrito?:**
1. Tumor intraocular.
  2. Tumor intraorbitario.
  3. Pseudotumor inflamatorio.
  4. Enfermedad de Graves-Basedow.
  5. Queratoconjuntivitis epidémica.
- 147. Un paciente diabético tratado mediante foto-coagulación focal con láser de Argón tres años antes, presenta una pérdida brusca e importante de visión, sin dolor ni alteraciones en la superficie ocular. La causa más probable de esta disminución de agudeza visual es:**
1. Hemorragia vítrea.
  2. Edema corneal.
  3. Glaucoma crónico simple.
  4. Catarata nuclear.
  5. Atrofia óptica.

- 148. Colocando un diapasón que está vibrando frente al conducto auditivo del oído que queremos explorar (conducción aérea) y apoyado después sobre la mastoides (conducción ósea) podemos, de modo sencillo y en la consulta, distinguir entre sordera nerviosa (alteración en la cóclea o nervio auditivo) y sordera de conducción (trastorno en el sistema de transmisión tímpano-oscicular). ¿Cuál de estas afirmaciones es correcta para un paciente que presenta una sordera de conducción?:**
1. La percepción del sonido es igual por vía aérea que por vía ósea.
  2. La percepción del sonido es mejor por vía aérea que por vía ósea.
  3. La percepción del sonido es mejor por vía ósea que por vía aérea.
  4. La percepción del sonido es peor por vía ósea que por vía aérea.
  5. La percepción del sonido es indistinguible tanto por vía aérea como ósea.
- 149. ¿Cuál de estas afirmaciones es FALSA en relación con la otitis media secretoria?:**
1. Los niños con paladar hendido son más susceptibles a padecerla.
  2. En casos unilaterales, en adultos, es obligada la inspección del cavum.
  3. Su período de mayor incidencia en climas templados, es de junio a septiembre, coincidiendo con la época de baños.
  4. El 66% de los cultivos de las muestras obtenidas por miringocentesis presentan bacterias.
  5. La otoscopia puede mostrar niveles líquidos o burbujas de aire tras el tímpano íntegro.
- 150. La localización ideal para hacer una traqueotomía es:**
1. La membrana crico-tiroidea.
  2. La membrana mio-tiroidea.
  3. Primer anillo traqueal.
  4. Segundo o tercer anillo traqueal.
  5. Cuarto o quinto anillo traqueal.
- 151. Mujer de 38 años de edad, profesora de instituto, que consulta por presentar disfonía persistente. Es una mujer motivada por su trabajo, muy activa, con un elevado nivel de estrés y fumadora ocasional. ¿Cuál, entre las siguientes, sería el diagnóstico más probable?:**
1. Carcinoma espinocelular de asiento glótico.
  2. Edema de Reinke.
  3. Parálisis del nervio recurrente.
  4. Reflujo gastroesofágico.
  5. Nódulos vocales.
- 152. Señale la respuesta correcta con respecto al carcinoma del orofaringe:**
1. Se diagnostica en un 70-80% de los casos en estadios precoces T<sub>1</sub> - T<sub>2</sub> (menor a 4 cm).
  2. La presencia de adenopatías cervicales es el factor pronóstico más importante.
  3. La localización en base lengua raramente se extiende a amígdala y pared faríngea lateral.
  4. Está relacionado con la infección crónica con el VEB (virus Epstein-Barr).
  5. La quimioterapia con 5-fluorouracilo y cisplatino son la base del tratamiento.
- 153. Atendemos a un paciente tremendamente pesado, siempre con quejas diferentes y del que además tenemos la sensación de que no sigue en absoluto nuestras recomendaciones. Los sentimientos subjetivos que el paciente despierta en nosotros se conocen como:**
1. Desconfianza.
  2. Transferencia.
  3. Contratransferencia.
  4. Discurso.
  5. Mundo interno.
- 154. Un paciente esquizofrénico de 25 años lleva 2 semanas tomando 15 mg/día de Haloperidol. Los síntomas psicóticos han mejorado ostensiblemente. El paciente refiere encontrarse muy inquieto, no puede permanecer sentado mucho rato y se tiene que poner a caminar sin rumbo. ¿Cuál, entre las siguientes, sería una medida INCORRECTA?:**
1. Añadir 1 mg de Lorazepam dos veces al día.
  2. Añadir 40 mg de Propanolol una vez al día.
  3. Sustituir el Haloperidol por 2 mg de Risperidona.
  4. Disminuir la dosis de Haloperidol a 10 mg/día.
  5. Tranquilizar al paciente de lo transitorio de esta sintomatología.
- 155. ¿Cuáles son los trastornos perceptivos, de entre los que se enumeran, más característicos de las esquizofrenias?:**
1. Ilusiones hipnagógicas.
  2. Alucinaciones visuales zoomórficas.
  3. Alucinaciones o pseudoalucinaciones auditivas.
  4. Paraeidolias.
  5. Alucinosis auditivas.
- 156. Mujer de 21 años, casada y con un hijo de 14 meses de edad. A raíz de un accidente laboral sufrido hace un año (una máquina con la que trabaja le produjo un arrancamiento de cabello y cuero cabelludo de unos 5 cms. de diámetro en la región temporal izquierda), comenzó a sufrir un dolor muy intenso localizado en la zona afectada y que persistía varios meses des-**

pués de la curación y restitución "ad integrum" de la herida. La intensidad con la que vivencia el dolor le impide realizar su trabajo habitual e incluso ocuparse del cuidado de su hijo. ¿Cuál es el diagnóstico más probable según la CIE-10?:

1. Trastorno disociativo (de conversión) (F 44).
2. Trastorno de somatización (F 45.0).
3. Reacción a estrés grave sin especificación ( F 43.9).
4. Reacción a estrés agudo ( F 43.0).
5. Simulación (Z 76.5).

157. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO es específica del Trastorno de Pánico?:

1. Va asociado a agorafobia.
2. Debe presentar al menor 3 ataques en un período de 3 semanas en circunstancias distintas.
3. Durante el ataque aparecen disnea, palpitaciones, sensación de ahogo y parestesias.
4. No se debe a trastorno físico o a otro trastorno mental.
5. Es un trastorno crónico, episódico y recurrente.

158. Acuden a la consulta unos padres con su hijo de 8 años. Tanto ellos como los profesores están preocupados porque el niño es muy inquieto, no para en clase, siempre está molestando y no se centra ni un momento en sus tareas. Se diagnostica trastorno por déficit de atención con hiperactividad. En lo referente a los psicofármacos ¿cuál sería su elección?:

1. Un ansiolítico de vida media corta.
2. Un derivado anfetamínico.
3. Un neuroléptico incisivo.
4. Un antidepresivo.
5. Un antiepiléptico.

159. Respecto del denominado "trastorno depresivo mayor" una de las siguientes afirmaciones NO es cierta:

1. Equivale en cierta medida al concepto de melancolía.
2. En él se incluyen tanto el trastorno depresivo mayor unipolar como la fase depresiva del trastorno afectivo bipolar ("depresión bipolar").
3. Presenta unos criterios diagnósticos claramente diferenciados de los propuestos para otros trastornos depresivos como la distimia.
4. Al margen del ánimo decaído, estos individuos suelen presentar ideas, rumiaciones e impulsos suicidas que conducen a gestos suicidas o incluso al suicidio consumado en cerca del 15% de los casos.
5. Resulta excepcional su complicación con sintomatología psicótica.

160. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA respecto del delirium, o síndrome confusional?:

1. Su principal característica clínica es la presencia de creencias falsas, irreductibles a la argumentación lógica y que no guardan relación con el entorno cultural del paciente.
2. Su principal característica clínica es la alteración de la conciencia.
3. Suele asociarse a alteraciones globales de las funciones cognitivas.
4. Se acompaña a menudo de alteraciones del humor, la percepción y el comportamiento.
5. No es infrecuente la presencia de temblor, asterixis, nistagmo, falta de coordinación motora e incontinencia urinaria.

161. ¿Cuál de las siguientes respuestas sobre el Delirium Tremens es la correcta?:

1. Se trata del estado peculiar de intoxicación producido por el consumo de alcohol.
2. Se caracteriza por la aparición de conductas impulsivas tras el consumo de una pequeña cantidad de alcohol.
3. Es un cuadro clínico con elevado índice de complicaciones psiquiátricas y con pocas complicaciones orgánicas.
4. Aparece con mayor frecuencia entre los hombres alcohólicos a partir de los 50 años.
5. Su tratamiento de elección son las benzodiazepinas.

162. Una paciente de 24 años acude a la Urgencia llevada por un familiar por vómitos recidivantes. Parece bulimia nerviosa. ¿Cuál de las pruebas de laboratorio es más útil para evaluar la gravedad de los vómitos?:

1. Nivel de Hemoglobina.
2. Nivel plasmático de Amilasa.
3. Nivel sérico de Sodio.
4. Nivel plasmático de Calcio.
5. Nivel plasmático de Creatinina.

163. ¿Cuál de las siguientes complicaciones NO es atribuible a la preeclampsia grave?:

1. Edema agudo de pulmón.
2. Embolia pulmonar.
3. Rotura hepática.
4. Desprendimiento prematuro de placenta (*abruptio placentae*).
5. El denominado síndrome de Hellp.

164. En la incompatibilidad Rh. ¿En qué situación de las enumeradas NO está indicada la profilaxis con inmunoglobulina anti D?:

1. Aborto espontáneo.

2. Interrupción voluntaria del embarazo.
  3. Después del parto.
  4. Embarazo ectópico.
  5. A las 28 semanas de embarazo, en mujeres con detección de anticuerpos positiva.
- 165. Gestante de 28 años en la 42 semanas más tres días y antecedentes de otro parto a término. El embarazo ha transcurrido normalmente. Exploración: feto en Occipito Iliaca Anterior, Registro reactivo y cuello favorable. ¿Cuál de las siguientes conductas es la más recomendable?:**
1. Esperar hasta que se ponga de parto.
  2. Controles cada 48 horas.
  3. Administrar corticoides a la madre e inducir el parto pasadas 48 horas.
  4. Inducir el parto.
  5. Hacer cesárea electiva.
- 166. ¿Cuál de las siguientes complicaciones del embarazo gemelar se da casi exclusivamente en gemelos monocoriales?:**
1. Transfusión feto-fetal.
  2. Trabajo de parto prematuro.
  3. Desprendimiento prematuro de la placenta.
  4. Polihidramnios.
  5. Hemorragia postparto.
- 167. Una mujer en su cuarto mes de embarazo comienza a sangrar y el médico la detecta un útero más grande que el esperado para su edad gestacional. Decide interrumpir el embarazo y le practica un legrado. El patólogo al examinar la muestra observa numerosos quistes avasculares con proliferación significativa del trofoblasto, no hay feto y no se detecta invasión del miometrio. ¿Cuál será el diagnóstico?:**
1. Mola invasiva.
  2. Mola hidatiforme parcial.
  3. Mola hidatiforme completa.
  4. Tumor trofoblástico del lecho placentario.
  5. Coriocarcinoma.
- 168. La Matrona avisa al Ginecólogo para atender a una gestante a término en trabajo de parto que lleva una hora en el periodo expulsivo. A la exploración se objetiva feto único en presentación de cara mento-posterior en III plano. La conducta a seguir es:**
1. Aplicación de forceps.
  2. Aplicación de vacuum extractor.
  3. Versión interna y gran extracción.
  4. Cesárea.
  5. Dejar evolucionar el expulsivo una hora más en primíparas y 1/2 hora más en multíparas antes de decidir.
- 169. La fertilización "in vitro" tiene los siguientes riesgos EXCEPTO uno:**
1. Hiperestimulación ovárica.
  2. Aumento de la frecuencia de embarazos ectópicos.
  3. Aumento de la frecuencia de abortos.
  4. Aumento de la frecuencia de embarazos múltiples.
  5. Aumento de la frecuencia de malformaciones congénitas.
- 170. ¿Cuál de los siguientes métodos anticonceptivos es el más eficaz?:**
1. El diafragma de cérvix.
  2. El preservativo.
  3. El dispositivo intrauterino de cobre.
  4. Las esponjas con espermicidas.
  5. El coitus interruptus.
- 171. Mujer de 19 años que consulta por llevar 6 meses sin regla. Se manifiesta preocupada por su sobrepeso, ha estado a dieta y ha perdido 5 kg. en 8 meses. Actualmente pesa 47 Kg (mide 1,65). El test de gestación es negativo. ¿Cuál es la causa más probable de su amenorrea?:**
1. Digenesia gonadal.
  2. Hipogonadismo hipogonadotropo.
  3. Síndrome de ovario poliquístico.
  4. Himen imperforado.
  5. Adenoma hipofisario.
- 172. Las hemorragias vaginales anormales, frecuentes en el primer año tras la menarquia, que se conocen como hemorragias uterinas disfuncionales, se deben a:**
1. Hemorragia de la ovulación.
  2. Ovario poliquístico.
  3. Ciclos anovulatorios.
  4. Trastornos de la coagulación
  5. Enfermedad inflamatoria pélvica.
- 173. Paciente de 49 años, con mioma uterino de tamaño equivalente a una gestación de 12 semanas, que presenta hipermenorreas y hemoglobi-nemia de 9 gr%. No existe patología asociada. La paciente está en lista de espera para la práctica de una histerectomía programada para dentro de 3-4 meses. En esta paciente está indicado el tratamiento preoperatorio con:**
1. Estrógenos.
  2. Ergóticos dopaminérgicos.
  3. Inhibidores de la fibrinólisis.
  4. Análogos de la GnRH.
  5. Derivados del cornezuelo del centeno.
- 174. Paciente de 30 años, nuligesta, con última regla hace 20 días, que acude a la consulta por pre-**

sentar esterilidad y dismenorrea importante. En las exploraciones que se realizan, destaca tumoración anexial en la ecografía y elevación moderada de Ca-125 sérico. ¿Cuál es el diagnóstico de presunción?:

1. Embarazo ectópico.
2. Cáncer de ovario.
3. Mioma uterino.
4. Endometriosis.
5. Quiste ovárico funcional.

175. La variante histológica más frecuente del cáncer de mama es:

1. Carcinoma mucinoso.
2. Carcinoma lobulillar infiltrante.
3. Carcinoma medular.
4. Carcinoma ductal infiltrante.
5. Carcinoma apocrino.

176. Una mujer de 52 años ha sido diagnosticada de un carcinoma de ovario seroso, que ha resultado inoperable por extensión abdominal masiva. La conducta a seguir más adecuada es:

1. Cuidados paliativos.
2. Radioterapia abdominal.
3. Quimioterapia.
4. Progestagenos.
5. Antiestrógenos.

177. La Enterocolitis Necrotizante:

1. Es la patología gastrointestinal menos grave del recién nacido de bajo peso.
2. Se produce por la sobreinfección intestinal del *Streptococcus Neumoniae*.
3. En estudios experimentales, puede ser prevenida por la alimentación neonatal con leche materna.
4. Puede asociarse a trombocitosis en el recién nacido.
5. Se acompaña de Ascitis, derrame pleural y derrame pericárdico.

178. La Fibrosis Quística es una enfermedad multisistémica caracterizada por una obstrucción crónica de las vías respiratorias y una insuficiencia pancreática exocrina, en la que todas las aseveraciones siguientes salvo una son ciertas:

1. Se hereda con rasgo autosómico recesivo.
2. La mutación más prevalente es la  $\Delta F508$ .
3. No todas las mutaciones se generan en el mismo locus del brazo largo del cromosoma 7.
4. El defecto genético consiste en mutaciones del gen regulador de la conductancia transmembrana.
5. Las alteraciones de la proteína reguladora transmembrana dan lugar a un transporte transepitelial de iones anómalo y a secreciones

muy espesas.

179. Recién nacido, sin soplos, con cianosis que no responde al oxígeno al 100%. El diagnóstico es:

1. Síndrome Aspiración Meconial.
2. Conducto Arterioso Persistente.
3. Transposición de las Grandes Arterias.
4. Hemorragia Intracraneal.
5. Coartación de aorta.

180. ¿Cuál de las afirmaciones que siguen sobre la estenosis hipertrófica de píloro es FALSA?:

1. La incidencia es mayor en el sexo masculino.
2. Generalmente, se inicia en el primer mes de vida.
3. Los vómitos, están teñidos de bilis.
4. El vómito suele ocurrir en forma de "proyectil".
5. Se observa una ictericia asociada.

181. Una niña de 9 meses se ha encontrado bien hasta hace aproximadamente 12 horas, momento en que empezó con un cuadro de letargia, vómitos y episodios de llanto intermitente con un estado visible de dolor. Coincidiendo con los episodios, retrae las piernas hacia el abdomen. En la consulta emite una deposición de color rojo oscuro. El abdomen está distendido y con dolor discreto a la palpación. El diagnóstico más probable es:

1. Estenosis pilórica.
2. Apendicitis.
3. Infección urinaria.
4. Invaginación.
5. Enfermedad ulcerosa péptica.

182. Niña de 14 meses que tras presentar un cuadro febril con vómitos y diarrea sanguinolenta hace 2 semanas, continua presentando diarrea líquida maloliente, ya sin sangre, con distensión abdominal, abundantes ruidos hidroaéreos e importante irritación del área perianal. ¿Cuál, entre las siguientes, sería la actitud más adecuada?:

1. Tratamiento antibiótico oral.
2. Tranquilizar a los padres, pues se trata de una diarrea crónica inespecífica que no afectará a su desarrollo.
3. Cambiar a fórmula sin lactosa durante unas semanas.
4. Cambiar a fórmula de hidrolizado de proteínas.
5. Pautar rehidratación con solución de mantenimiento oral, sin variar la dieta.

183. Niña de 3 años que presenta afectación brusca del estado general dentro del contexto de un cuadro febril con diarrea mucosanguinolenta.

A la exploración aparece pálida y somnolienta, la auscultación cardiopulmonar es normal, el abdomen doloroso y el resto del examen físico sólo revela la presencia de petequias puntiformes diseminadas. La orina es hematórica y se constata hipertensión arterial. El hemograma muestra Hb 7g/dl, 17.000 leucocitos con neutrofilia, 37.000 plaquetas con normalidad de las pruebas de coagulación. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:

1. Sepsis por Salmonella.
2. Púrpura de Schönlen-Henoch.
3. Glomerulonefritis aguda post-infecciosa.
4. Síndrome hemolítico-urémico.
5. Coagulación intravascular diseminada.

184. Niña de 18 meses que presenta desde los 13 meses de edad enlentecimiento de la curva ponderal, junto con disminución del apetito, deposiciones abundantes y de consistencia blanda, distensión abdominal y carácter más irritable. En las exploraciones complementarias realizadas se detecta anemia ferropénica y anticuerpos antiendomiso positivos. Respecto al cuadro clínico citado ¿cuál de las siguientes aseveraciones es FALSA?:

1. En el diagnóstico es fundamental la realización de una biopsia intestinal.
2. Esta enfermedad se desarrolla en personas genéticamente susceptibles.
3. El período de presentación clínica más frecuente es el segundo año de vida, pero no es infrecuente que aparezca en niños más mayores o incluso en la edad adulta.
4. La anorexia es un síntoma frecuente.
5. La base del tratamiento es la retirada transitoria de la dieta del trigo, cebada, centeno y avena.

185. Se trata de un niño de 7 años con retraso estatura-ponderal que presenta signos radiológicos de raquitismo y ecográficos de nefrocalcinosis. Los análisis demuestran acidosis metabólica con PH inferior a 7,32 y Bicarbonato plasmático inferior a 17 mEq/litro. El PH de la orina en 3 determinaciones es siempre superior a 5,5. Otras alteraciones metabólicas consisten en hipercalciuria, hipocitruria y discreta disminución de la resorción del fósforo. No se detecta glucosuria ni aminoaciduria. De las siguientes posibilidades, señale el diagnóstico correcto:

1. Síndrome de Bartter.
2. Acidosis tubular distal (Tipo I).
3. Acidosis tubular proximal (Tipo II).
4. Síndrome completo de Fanconi.
5. Enfermedad de Harnup.

186. En la infección del tracto urinario en el niño, ¿cuál de las siguientes respuestas es la INCO-

RRECTA?:

1. En el período neonatal las niñas la padecen con más frecuencia.
2. El microorganismo más frecuente implicado es el *E. Coli*.
3. Se recomienda realizar una ecografía renal en el primer episodio de infección urinaria.
4. En caso de pielonefritis los antibióticos indicados son las cefalosporinas de tercera generación, el amoxiclavulánico y los aminoglucósidos.
5. La gammagrafía renal con ácido dimercaptosuccínico marcado con Tc 99 es la mejor exploración para detectar cicatrices renales.

187. El gluten es una proteína habitual en nuestra alimentación. Respecto a su papel en la dieta en el primer año de vida solo una de las siguientes afirmaciones es verdadera:

1. El gluten se encuentra en la harina de maíz, arroz y soja.
2. Debe evitarse la introducción del gluten en la dieta en niños con dermatitis atópica.
3. En los niños vomitadores está indicado como espesante en los primeros meses de vida.
4. La principal diferencia entre los cereales con gluten y sin gluten es la distinta hidrólisis por la amilasa pancreática.
5. La introducción de las harinas con gluten debe realizarse los 6 primeros meses de vida.

188. Neonato de 36 semanas de edad gestacional y 24 horas de vida, que presenta desde pocas horas después de su nacimiento taquipnea, aleteo nasal, retracciones inter y subcostales, y ligera cianosis. En la radiografía de tórax aparece un pulmón hiperinsuflado, con diafragmas aplanados, refuerzo hiliar y líquido en cisuras. ¿Cuál sería la actitud adecuada?:

1. Oxigenoterapia, analítica y cultivos y observación.
2. Administrar una dosis de surfactante endotraqueal e iniciar antibioterapia intravenosa ampicilina y gentamicina.
3. Estabilización hemodinámica y estudio cardiológico.
4. Oxigenoterapia, reposición hidroelectrolítica y antibioterapia con ampicilina + gentamicina.
5. Ventilación con presión positiva intermitente.

189. En un niño de 8 años previamente sano, la causa más frecuente de meningitis bacteriana es:

1. *H. Influenzae*.
2. *S. Pneumoniae*.
3. *N. Meningitides*.
4. *S. Aureus*.
5. Estreptococos del grupo B.

- 190. ¿Cuál debe ser la actitud ante un neonato operado de Atresia de Esófago al nacimiento y que tiene síntomas leves de traqueomalacia al mes de vida?:**
1. Intubación prolongada.
  2. Funduplicatura de Nissen.
  3. Tratamiento conservador.
  4. Colocar un stent.
  5. Gastrostomía.
- 191. La mejor forma de verificar una hipótesis en epidemiología es a través de:**
1. Un estudio descriptivo.
  2. Un estudio experimental.
  3. Un estudio caso-control.
  4. Un estudio de cohortes.
  5. Un estudio transversal.
- 192. En un estudio de cohortes, como definiría el fenómeno que puede producir el hecho que las características basales de los distintos grupos sean distintas en cuanto a la distribución de factores de riesgo para la patología cuya aparición se quiere investigar:**
1. Sesgo de selección.
  2. Sesgo de información.
  3. Sesgo de observación.
  4. Un error aleatorio.
  5. Sesgo por presencia de factor de confusión.
- 193. ¿Cuál de las siguientes características NO es propia de un ensayo clínico controlado?:**
1. Intervención experimental.
  2. Tratamiento asignado según el criterio del investigador.
  3. Participación voluntaria del sujeto.
  4. Asignación aleatoria a las distintas posibilidades de tratamiento en estudio.
  5. Enmascaramiento de la medicación.
- 194. Le encargan el diseño de un ensayo clínico en el que es muy importante que un factor pronóstico se distribuya por igual en los dos grupos de tratamiento. El método de aleatorización que usted utilizaría es:**
1. Aleatorización simple.
  2. Aleatorización por bloques.
  3. Aleatorización estratificada.
  4. Aleatorización centralizada.
  5. Aleatorización ciega (ocultación de la secuencia de aleatorización).
- 195. ¿Cuál de los siguientes tipos de diseños NO necesita un cálculo previo del tamaño de la muestra, sino que éste se define en función de las diferencias observadas durante el desarrollo del estudio?:**
1. Ensayo clínico secuencial.
  2. Ensayo clínico cruzado.
  3. Ensayo de grupos paralelos.
  4. Ensayo de diseño factorial.
  5. Ensayo clínico enmascarado.
- 196. ¿Cuál es la forma correcta de manejar las pérdidas de pacientes en un ensayo clínico?:**
1. Reemplazarlos.
  2. Tratar de evitarlas recordando a los pacientes su compromiso de participación en el estudio.
  3. No hay un procedimiento adecuado, si se producen pérdidas dan lugar al fracaso del estudio.
  4. Tener en cuenta las pérdidas previsibles al calcular el tamaño muestral.
  5. Reemplazarlos, pero asignándolos al azar a uno u otro grupo.
- 197. Queremos hacer un estudio para comprobar si un nuevo fármaco antiagregante es más eficaz que la aspirina para reducir la mortalidad cardiovascular. Para poder planificar el estudio necesitamos saber cuantos pacientes debemos incluir. ¿Cuál de los siguientes parámetros NO influye en el cálculo del tamaño de la muestra?:**
1. La mortalidad cardiovascular encontrada en los pacientes tratados con aspirina en los estudios previos.
  2. La proporción de pérdidas previstas.
  3. La mortalidad cardiovascular esperada en los pacientes tratados con el nuevo antiagregante.
  4. El número de centros que van a participar en la realización del estudio.
  5. La probabilidad de obtener un resultado falso positivo (error tipo I).
- 198. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es propia del ensayo clínico de diseño cruzado, y no del diseño de grupos paralelos?:**
1. Cada participante recibe una de las opciones del estudio.
  2. Existe una mayor variabilidad entre poblaciones participantes que en el otro diseño, lo que modifica el tamaño muestral.
  3. En el análisis estadístico deben tenerse en cuenta los factores tiempo, tratamiento y secuencia.
  4. El período de lavado se encuentra únicamente al inicio de la experiencia.
  5. El número de participantes es mayor que en el otro diseño.
- 199. Cuando hay diferencias estadísticamente significativas, ¿es creíble el resultado de un ensayo clínico en el que, siendo todo lo demás correcto, el número de pacientes incluidos es menor que el que parecía necesario antes de realizar el**

**estudio?:**

1. Si, pues el riesgo de error de tipo I es bajo al ser el resultado estadísticamente significativo.
2. No, pues hay gran riesgo de sesgo.
3. No, pues hay gran riesgo de error de tipo I.
4. No, pues hay gran riesgo de error de tipo II.
5. No, ya que el resultado es no concluyente por no basarse en un número suficiente de pacientes.

**200. Se ha realizado un estudio para comprobar si un fármaco tiene riesgo de producir agranulocitosis. Se han incluido 200 pacientes con agranulocitosis de los cuales 25 habían consumido ese fármaco en los 3 meses previos al episodio, y 1000 controles de características similares pero sin agranulocitosis, de los cuales 50 habían consumido ese fármaco en los 3 meses previos al día de inclusión en el estudio. Indique de que tipo de estudio se trata y si la utilización del fármaco se asocia a la aparición de agranulocitosis:**

1. Es un estudio de cohortes y el fármaco se asocia a la aparición de agranulocitosis (riesgo relativo de 2,5).
2. Es un estudio de casos y controles y el fármaco disminuye la incidencia de agranulocitosis a la mitad (odds ratio de 0,5).
3. Es un ensayo clínico de fase III en el que el fármaco aumenta 2,5 veces el riesgo de agranulocitosis.
4. Es un estudio de casos y controles y el fármaco se asocia a la aparición de agranulocitosis (odds ratio de 2,7).
5. Es un estudio de cohortes y el fármaco se asocia a la aparición de agranulocitosis (odds ratio de 2,5).

**201. Respecto al análisis de los datos en un ensayo clínico, señale cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA:**

1. Se debe hacer el máximo número de análisis intermedios posible para la variable principal porque así se aumenta la probabilidad de obtener un resultado positivo en el ensayo.
2. En el análisis final de los resultados, lo primero que debemos hacer es comparar las características basales de los dos grupos para comprobar que son homogéneos.
3. En los ensayos clínicos de fase III el análisis por intención de tratar (análisis de todos los sujetos según la asignación aleatoria) habitualmente es más adecuado que el análisis por protocolo (análisis de los casos válidos).
4. En los ensayos clínicos a veces se encuentran diferencias estadísticamente significativas que no son clínicamente relevantes.
5. El análisis de subgrupos tiene un carácter exploratorio, es decir, sirve para generar nue-

vas hipótesis pero no para confirmarlas.

**202. En un estudio de seguimiento a largo plazo de pacientes con fibrilación auricular crónica en la práctica clínica habitual, se ha documentado un riesgo relativo de padecer una hemorragia intracraneal por anticoagulantes orales (en comparación con antiagregantes plaquetarios) de 3 (intervalos de confianza del 95% 1,5-6). ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?:**

1. El diseño corresponde a un estudio de casos y controles.
2. Los intervalos de confianza del riesgo relativo estimado confirman que las diferencias no alcanzan la significación estadística.
3. El riesgo relativo estimado significa que la incidencia de hemorragia intracraneal es un 3% superior en el grupo tratado con anticoagulantes.
4. El riesgo relativo estimado significa que existe una alta proporción (superior al 3%) de pacientes tratados con anticoagulantes orales que presentaron hemorragia antracraneal.
5. El riesgo relativo estimado significa que la incidencia de hemorragia intracraneal entre los pacientes tratados con anticoagulantes orales ha sido tres veces superior a la de los tratados con antiagregantes plaquetarios.

**203. En un ensayo clínico controlado, aleatorizado y enmascarado a doble ciego en pacientes con hipertensión arterial se comparó el riesgo de aparición de accidente vascular cerebral (AVC) en un grupo tratado con clortalidona y en otro tratado con placebo. A los cinco años en el grupo tratado con clortalidona al compararlo con el grupo placebo se constató una reducción del riesgo de AVC del 6% al 4%, una reducción relativa del riesgo del 34% y un riesgo relativo de 0,66. Suponiendo que estos datos se pudieran extrapolar a la práctica habitual, ¿cuántos pacientes y durante cuánto tiempo deberíamos tratar con clortalidona para evitar un AVC?:**

1. 50 pacientes durante un año.
2. 34 pacientes durante cinco años.
3. 50 pacientes durante cinco años.
4. 34 pacientes durante cinco años.
5. 66 pacientes de un a cinco años.

**204. Suponga que en un ensayo clínico sobre prevención secundaria en cardiopatía isquémica y correcto desde todos los puntos de vista, la incidencia de infartos de miocardio, fatales y no fatales, se reduce de forma estadísticamente significativa en el grupo tratado con la intervención experimental. Sin embargo, la mortalidad por todas las causas es superior en este mismo grupo. ¿Es adecuado concluir a favor del fármaco experimental?:**

1. Si, pues un tratamiento contra la cardiopatía isquémica no tiene por qué reducir la mortalidad por otras causas.
2. Si, si como resultado de la asignación aleatorio, los grupos no diferían los factores pronósticos iniciales.
3. Si, si la variable principal de respuesta del ensayo era la incidencia de infartos.
4. Si, salvo que metaanálisis previos sean discordantes con los resultados de este estudio.
5. No, ya que la mayor mortalidad global en uno de los grupos puede haber reducido las oportunidades de sufrir eventos de interés entre los pacientes a él asignados.

**205. Suponga que en un ensayo clínico hay diferencias entre los grupos en algunos factores pronósticos. ¿Afecta esto a la interpretación de los resultados?:**

1. No, gracias a la asignación aleatoria ("randomización").
2. Haría necesario utilizar alguna técnica estadística que permita tener en cuenta las diferencias entre ellos en los factores pronósticos.
3. Invalida el estudio, ya que la asignación aleatoria no ha conseguido su objetivo de obtener grupos homogéneos.
4. Invalida el estudio, ya que el número de pacientes incluidos es insuficiente para obtener grupos homogéneos.
5. Indica la necesidad de reanudar la inclusión de pacientes en el estudio, hasta conseguir equilibrar el pronóstico de los grupos.

**206. Un laboratorio farmacéutico que está introduciendo en el mercado un nuevo fármaco antihipertensivo está interesado en realizar, entre otros, algunos de los siguientes ensayos clínicos. Señale la respuesta INCORRECTA:**

1. Un estudio de fase I en voluntarios sanos para verificar la seguridad del nuevo principio activo.
2. Un ensayo clínico en fase II, doble-ciego y controlado con placebo, en unos 100 pacientes hipertensos para delimitar el intervalo de dosis terapéuticas.
3. Un ensayo clínico en fase II abierto, en unos 500 pacientes hipertensos para comprobar el efecto sobre la morbilidad cardiovascular.
4. Un ensayo clínica en fase III, doble-ciego y comparativo con otro fármaco antihipertensivo, en unos 100 pacientes hipertensos para verificar la eficacia y la seguridad a corto y largo plazo.
5. Un estudio en fase IV postcomercialización para verificar la efectividad en la práctica clínica habitual.

**207. En un estudio, la agranulocitosis se producía en la población general no consumidora de un**

**medicamento en 2 de cada 100.000 habitantes y año, y entre los consumidores de ese fármaco en 40 de cada 100.000 expuestos y año. El riesgo relativo de este fármaco es por lo tanto de 20, con una diferencia de riesgo (riesgo atribuible) de 38 por 100.000 habitantes y año, y un exceso de riesgo (proporción de riesgo atribuible) de 95%. Indique cuál es la frase correcta:**

1. La tasa de enfermedad que es causada por el fármaco es pequeña, sólo 40 de cada 100.000 expuestos y año.
2. La enfermedad se produce dos veces más en los pacientes tratados que en los no tratados.
3. Retirar el fármaco del mercado evitaría el 95% de los casos de la enfermedad.
4. El impacto del medicamento sobre la salud de la población es importante porque el riesgo relativo es de 20.
5. La asociación del fármaco con la enfermedad no es fuerte porque sólo 38 de cada 100.000 habitantes padecen la enfermedad por causa del medicamento al año.

**208. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA en relación con la evaluación de pruebas diagnósticas?:**

1. La reproductibilidad intraobservador es el grado de coincidencia que mantiene un observador consigo mismo al valorar la misma muestra.
2. El análisis discrepante utiliza una prueba diagnóstica adicional para resolver las discrepancias observadas entre una nueva prueba y un criterio de referencia imperfecto.
3. Los falsos positivos no son deseables en diagnósticos que originen un trauma emocional al sujeto de estudio.
4. Una prueba sensible es sobre todo útil cuando su resultado es positivo.
5. Los diseños de estudios para la evaluación de pruebas diagnósticas han de tener siempre en cuenta que el diagnóstico se refiere a una situación en un punto concreto dentro de la historia natural de la enfermedad.

**209. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA en relación con el tipo de diseños a utilizar para evaluar la validez de una prueba diagnóstica?:**

1. El diseño más frecuente, para evaluar la validez de una prueba diagnóstica es el estudio de corte o transversal.
2. El estudio caso-control es que origina, habitualmente más problemas de validez interna.
3. En un diseño caso-control, los casos deben representar el espectro de la enfermedad y no ceñirse sólo a los más graves.
4. Los resultados de un seguimiento pueden servir de patrón oro en enfermedades y no introducen errores sistemáticos en su evaluación.

- ción.
- Si los enfermos no mantienen la proporción debida con respecto a los no enfermos no se pueden calcular los valores predictivos.
- 210. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA en relación a la lectura crítica sobre un artículo de evaluación de una prueba diagnóstica?:**
- En el material y métodos se menciona que tuvo lugar una comparación independiente y enmascarada con un patrón de referencia.
  - En el material y métodos se menciona que se evaluó la prueba diagnóstica en un espectro adecuado de pacientes.
  - En el material y métodos se menciona que se aplicó el patrón de referencia con independencia del resultado de la prueba diagnóstica.
  - Cuando una prueba presenta una sensibilidad muy alta un resultado positivo hace realmente posible el diagnóstico.
  - La prueba diagnóstica está disponible y resulta razonablemente asequible en su medio.
- 211. El tipo de análisis de evaluación económica que cuantifica los resultados sanitarios en una medida que aúna cantidad y calidad de vida, corresponde a:**
- Análisis coste-efectividad.
  - Análisis coste-consecuencia.
  - Análisis coste-utilidad.
  - Análisis coste-beneficio.
  - Estudio de coste de la enfermedad.
- 212. En una revista biomédica se publica un estudio, en el que los autores notifican el resultado en coste/años de vida ganados. ¿De qué tipo de análisis de evaluación económica se trata?:**
- Coste de la enfermedad.
  - Coste-efectividad.
  - Coste-beneficio.
  - Coste-consecuencia.
  - Coste-utilidad.
- 213. A la hora de efectuar un análisis de evaluación económica, se recomienda que la perspectiva elegida sea:**
- El paciente.
  - El Sistema Nacional de Salud.
  - La sociedad en global.
  - La del proveedor de servicios.
  - Las gerencias de Atención Primaria.
- 214. ¿Cuál de las siguientes definiciones se corresponde con mayor precisión al concepto de Metaanálisis?:**
- Es una revisión narrativa en la que la bibliografía se busca de manera no estructurada.
  - Es una revisión narrativa en la que la bibliografía se busca de manera estructurada.
  - Es una revisión narrativa en la que se presentan tablas estructuradas de los resultados de los distintos estudios incluidos.
  - Es una revisión en la que se combinan estadísticamente los resultados de los estudios incluidos.
  - Es una revisión sistemática en las que se presentan tablas estructuradas de los resultados de los distintos estudios incluidos.
- 215. Todas estas situaciones EXCEPTO una, aumentan la probabilidad de detectar un cáncer colorrectal, señálela:**
- Enfermedad inflamatoria intestinal de larga evolución.
  - Endocarditis por *Streptococcus bovis*.
  - Tabaquismo de más de 35 años de duración.
  - Ureterosigmoidostomía hace 20 años para corregir una malformación vesical.
  - Ingesta crónica de aspirina o antiinflamatorios no esteroideos.
- 216. Un joven de 23 años debe ir a trabajar a Gabón durante 1 año y para ello acude a un centro de asistencia sanitaria que le recomienda las 5 vacunas siguientes. El viajero consulta con un centro especializado que recomienda y administra sólo 4 de ellas. ¿Cuál es la vacuna que se ha suprimido?:**
- Anti VHA.
  - Anti VHB.
  - Arnti Meningocócica.
  - Cólera.
  - Antitetánica.
- 217. La vacuna antineumocócica está recomendada para todas MENOS una de las siguientes situaciones clínicas, señálela:**
- Alcoholismo crónico.
  - Contactos familiares de un paciente con neumonía neumocócica.
  - Fístula crónica de líquido cefalorraquídeo tras un traumatismo craneal.
  - Infección VIH avanzada.
  - Insuficiencia cardíaca crónica.
- 218. ¿Cuál de las siguientes vacunas no se incluye en las recomendaciones actuales de un paciente esplenectomizado?:**
- Vacuna neumocócica.
  - Vacuna meningocócica.
  - Vacuna frente a *Haemophilus influenzae* tipo B.
  - Vacuna frente al virus de la gripe.
  - Vacuna frente a virus hepatitis A.

219. ¿Cuál de los siguientes virus tiene mayor riesgo de contagiar a una persona sana, no inmunizada previamente, si se pincha con una aguja contaminada con sangre de un paciente infectado?:
1. VIH (virus inmunodeficiencia humana).
  2. Virus hepatitis A.
  3. Virus hepatitis B.
  4. Virus hepatitis C.
  5. Virus hepatitis E.
220. En las últimas décadas existe un interés muy especial en la vigilancia y el control de las infecciones nosocomiales dada su incidencia, lo cual ha motivado que se dicten normas por las que los médicos pueden contribuir al control de estas infecciones. Entre las siguientes normas, una de ellas es FALSA:
1. Retirar los aparatos invasivos con prontitud cuando dejen de ser clínicamente necesarios.
  2. Limitar la profilaxis antimicrobiana quirúrgica al período perioperatorio.
  3. Dictar rápidamente las precauciones de aislamiento adecuadas en los pacientes infectados.
  4. Ampliar el espectro del tratamiento antibiótico una vez aislado el germen patógeno.
  5. Alertar al personal de enfermería sobre las situaciones que favorecen la infección.
221. Tiene que iniciar un tratamiento con un aminoglucósido en un paciente de 80 kg. de peso, que tiene una creatinina sérica de 2,5 mg/dl. Si la pauta habitual en pacientes con función renal normal es de 1,5 mg/kg/día, repartido en 3 dosis, indique cuál de las siguientes es la dosis inicial que administraría:
1. 40 mg.
  2. 60 mg.
  3. 80 mg.
  4. 120 mg.
  5. 140 mg.
222. Si un niño toma el contenido de un jarabe anti-tusígeno con sabor a limón que sus padres guardaban en un armario, cuyo principio activo es fosfato de codeína, es probable que los próximos días el niño presente:
1. Retención urinaria.
  2. Visión borrosa.
  3. Candidiasis orofaríngea.
  4. Estreñimiento.
  5. Coloración rojiza de la orina.
223. Un paciente de 50 años diagnosticado de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) y que se controlaba aceptablemente con ranitidina, acude a su consulta por exacerbación de la sintomatología. En el interrogatorio Vd. descubre que desde hace tres meses viene tomando otra serie de medicamentos por enfermedades asociadas de aparición reciente. ¿Cuál de los siguientes fármacos es el que con mayor probabilidad ha contribuido a incrementar los síntomas de la ERGE?:
1. Fluoxetina.
  2. Hidroclorotiacida.
  3. Propanol.
  4. Nifedipino.
  5. Acenocumarol.
224. Una de las siguientes afirmaciones sobre las interacciones medicamentosas es FALSA, señálela:
1. Las sales de hierro o calcio pueden disminuir la biodisponibilidad de las tetraciclinas mediante un mecanismo de quelación.
  2. Los anticonceptivos orales pueden perder efectividad anovulatoria por el empleo de Rifampicina.
  3. Claritromicina puede reducir la concentración de Ciclosporina A por mecanismo de inducción del citocromo CYP3A.
  4. Los opiáceos enlentecen el peristaltismo intestinal y pueden reducir la biodisponibilidad de algunos fármacos.
  5. El carbón activado puede disminuir la absorción de digoxina por un fenómeno de quelación.
225. ¿Cuál de las siguientes reacciones adversas NO aparecen en el curso de un tratamiento con ciclosporina A?:
1. Mielodepresión.
  2. Fibrosis intersticial difusa renal.
  3. Hipertensión.
  4. Hipertricosis.
  5. Hiperplasia gingival.
226. Una paciente de 44 años sometida a mastectomía izquierda con vaciamiento ganglionar, consulta un año después de la intervención por un cuadro febril con celulitis en brazo izquierdo. ¿Cuál es el agente etiológico más probable?:
1. *Salmonella enteritidis*.
  2. *Streptococcus agalactiae*.
  3. *Escherichia coli*.
  4. *Streptococcus pyogenes*.
  5. *Pasteurella multocida*.
227. En lo referente a *Clostridium difficile* señale cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA:
1. Se trata de un Bacilo Gram positivo esporulado.
  2. Es responsable de algunas diarreas asociadas

- al uso de antimicrobianos.
- Sólo las cepas toxigénicas con patógenas.
  - Es responsable de la inmensa mayoría de las colitis pseudomembranosas.
  - Sólo causa enfermedad en pacientes previamente inmunodeprimidos.
- 228. El eritema migratorio es una lesión cutánea anular característica de infección por:**
- Leptospira*.
  - Salmonella typhi*.
  - Rickettsia conorii*.
  - Borrelia burgdorferi*.
  - Coxiella burnetii*.
- 229. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA, en relación a Listeria?:**
- Es un patógeno intracelular.
  - No está presente en la flora gastrointestinal normal en personas sanas.
  - Causa enfermedad, con más frecuencia, en personas con trastorno de la inmunidad celular.
  - La contaminación de alimentos es relativamente común.
  - La listeriosis asociada a la gestación puede causar muerte fetal intraútero.
- 230. ¿En que tipo de pacientes está indicado realizar detección y tratamiento de bacteriuria asintomática?:**
- Pacientes con sondaje vesical permanente.
  - Gestantes.
  - Pacientes mayores de 65 años.
  - Pacientes ingresados en hospital.
  - Pacientes prostatectomizados.
- 231. Indique la afirmación correcta sobre las meninges:**
- El espacio epidural comunica con el cuarto ventrículo por los orificios de Luschka y Magendi.
  - Los senos venosos se forman por desdoblamientos de la piamadre.
  - La aracnoides está adherida directamente a la tabla interna del cráneo.
  - El líquido cefalorraquídeo circula por el espacio subaracnoideo.
  - El espacio subdural se encuentra profundo a la aracnoides.
- 232. ¿Cuál de las siguientes relaciones anatómicas del uréter izquierdo en el sexo masculino NO es correcta?:**
- Desciende por la pared posterior del abdomen apoyado en la cara anterior del músculo psoas.
  - Cruza por delante de la arteria ilíaca primitiva
  - o la porción inicial de la arteria ilíaca externa.
  - Es cruzado anteriormente por los vasos colónicos izquierdos y por los vasos gonadales.
  - Pasa por detrás del colon sigmoide.
  - Pasa por detrás del conducto deferente.
- 233. ¿Cuál de las siguientes ramas arteriales NO tiene su origen en la arteria humeral?:**
- Rama humeral profunda.
  - Rama cincunfleja humeral posterior.
  - Rama nutricia del húmero.
  - Rama colateral cubital superior.
  - Rama colateral cubital inferior.
- 234. Señale la afirmación FALSA acerca del duodeno:**
- La segunda porción duodenal tiene una dirección vertical o descendente.
  - Una pequeña porción del duodeno se sitúa retroperitonealmente.
  - El ligamento hepatoduodenal se inserta en la primera porción duodenal.
  - La cara posterior de la segunda porción duodenal se relaciona con el hilio renal y el músculo psoas iliaco entre otros.
  - La arteria mesentérica superior está en relación con la tercera porción duodenal.
- 235. ¿Cuál de las siguientes estructuras NO tiene relación directa con el Seno Cavernoso?:**
- Nervio Oculomotor Común (III par).
  - Nervio Troclear (IV par).
  - Arteria Carótida.
  - Nervio Abducens (VI par).
  - Rama mandibular del nervio Trigémino (V3).
- 236. ¿En que estructura morfofuncional se origina la patología mamaria más importante y frecuente (el cambio fibroquístico y la mayoría de los carcinomas)?:**
- El lobulillo mamario.
  - El lóbulo mamario.
  - Las células mioepiteliales ductales.
  - Las células epiteliales lumbinales.
  - La unidad terminal ducto-lobulillar.
- 237. Hombre de 34 años, fumador, que consulta por tos y disnea de un mes de evolución. En la radiografía de tórax se observa infiltrado intersticial en lóbulos pulmonares superiores y la biopsia pulmonar transbronquial, acúmulos intersticiales de eosinófilos y células de Langerhans. El diagnóstico más probable es:**
- Granuloma eosinófilo.
  - Sarcoidosis.
  - Neumonía eosinófila.
  - Neumonía intersticial inespecífica.

5. Linfangioleiomiomatosis.

**238. Un hombre mayor presenta adenopatías múltiples. El estudio morfológico de una de ellas muestra arquitectura borrada por la presencia de un componente celular polimorfo con abundantes células mononucleadas y binucleadas con nucleolo evidente que son CD15+ y CD30+, entre ellas se disponen numerosos linfocitos CD3+, así como números eosinófilos histiocitos y células plasmáticas. ¿Cuál es el diagnóstico?:**

1. Ganglio reactivo patrón mixto.
2. Linfoma B de células grandes anaplásico CD30+.
3. Linfoma T periférico.
4. Enfermedad de Hodgkin tipo celularidad mixta.
5. Enfermedad de Hodgkin tipo predominio linfocítico.

**239. En una punción de tiroides se obtienen células fusiformes junto a células plasmocitoides y células anaplásicas. Las técnicas de inmunohistoquímica reflejan el siguiente inmunofenotipo para esas células: Tiroglobulina negativa; Cromogranina A positiva y Antígeno Carcino-Embrionario positivo. El diagnóstico es:**

1. Carcinoma anaplásico.
2. Carcinoma papilar.
3. Adenoma folicular.
4. Carcinoma folicular.
5. Carcinoma medular.

**240. ¿Cuál de las siguientes enfermedades NO se caracteriza por la formación de granulomas?:**

1. Arteritis de la temporal.
2. Tuberculosis.
3. Sarcoidosis.
4. Enfermedad de Kawasaki.
5. Púrpura de Schönlein-Henoch.

**241. En relación a los mecanismos de tolerancia a lo propio por los linfocitos B, señale cuál de estas afirmaciones es FALSA:**

1. Los mecanismos de adquisición de tolerancia a nivel central garantizan la ausencia de linfocitos B de carácter autorreactivo a nivel periférico.
2. A nivel de médula ósea cuando los linfocitos B reconocen mediante sus receptores específicos una molécula presente en la superficie celular, son eliminados por apoptosis.
3. A nivel de médula ósea cuando dos linfocitos B reconocen mediante sus receptores específicos una molécula que se encuentra de forma soluble, quedan en situación de anergia.
4. Tan sólo aquellos linfocitos B que no han reconocido ningún tipo de antígeno en la mé-

dula ósea migran hacia otros tejidos linfoides.

5. A nivel periférico, los linfocitos B autorreactivos no reaccionan contra lo propio por falta de cooperación con los linfocitos T.

**242. Señale cual de las siguientes respuestas es la verdadera en relación a la apoptosis (muerte celular programada):**

1. La apoptosis es un proceso singular del sistema inmune cuya finalidad es la eliminación de células superfluas mediante un mecanismo similar a la necrosis celular.
2. La apoptosis puede ser inducida por una gran variedad de estímulos que disparan receptores que pueden estar tanto en la superficie celular como en el citoplasma.
3. Bcl-2 es una proteína crucial en la cascada de la apoptosis, regulando positivamente el proceso y conduciendo a la formación del ADN en escalera.
4. La molécula de superficie fas/APO-1 es una de las principales inductoras de apoptosis y, a diferencia de los miembros de la familia del receptor del factor de necrosis tumoral  $\alpha$ , su función se circunscribe a regular las células del sistema inmunológico.
5. Los anticuerpos bloqueantes del factor de necrosis tumoral  $\alpha$ , ya comercializados para uso en humanos, bloquean el factor de necrosis tumoral  $\alpha$  soluble pero no interfieren en el mecanismo de apoptosis porque no se unen al factor de necrosis tumoral  $\alpha$  presente en la membrana celular.

**243. Indique cual de las siguientes respuestas en relación a la inmunidad frente a los tumores es la correcta:**

1. Los tumores desencadenan habitualmente una fuerte respuesta inmunogénica, pero ésta no es suficiente para controlar su crecimiento.
2. Las células tumorales segregan citocinas que tienen una acción estimuladora sobre el sistema inmune creando un sistema de retroalimentación positiva de su crecimiento.
3. Una causa habitual de propagación de un tumor es la demora inmune, que es la diferencia entre la cinética del crecimiento tumoral y la formación de una respuesta inmune adaptativa eficaz.
4. Las células tumorales segregan citocinas que potencian la acción de los linfocitos CD4+ Th1 responsables de la respuesta inflamatoria; este aumento de la respuesta inflamatoria crea una red alrededor del tumor que le protege en su expansión.
5. La presencia de moléculas coestimuladoras, como CD80, en la superficie del tumor provoca una activación anormal de los linfocitos T que evita una respuesta citolítica eficaz.

**244. Indique cual de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA, en relación con los distintos tipos de células fagocíticas:**

1. Los macrófagos y las células dendríticas poseen receptores inespecíficos del reconocimiento del antígeno que les permiten diferenciar entre lo propio y lo extraño.
2. Las células de Langerhans son los fagocitos de la piel.
3. Las células dendríticas interactúan con los linfocitos T.
4. Participan en los fenómenos de necrosis, pero no de apoptosis.
5. Las células dendríticas son especialmente eficientes en el inicio de la respuesta inmune.

**245. Indique la verdadera entre las siguientes cuestiones referidas al rechazo de injertos:**

1. La base celular de la aloreactividad es el reconocimiento por los macrófagos del receptor de las moléculas de histocompatibilidad del donante que se convierten en esta situación particular en antígenos.
2. La enfermedad injerto contra huésped está asociada fundamentalmente con el trasplante renal y es una de las principales causas del fracaso del mismo.
3. En la mayor parte de los trasplantes, si la selección del donante ha sido adecuada, no es necesario el uso de fármacos inmunosupresores que complicarían la supervivencia del trasplante.
4. En el rechazo agudo, debido a que la activación de las células CD4+ activadas, las diferencias entre las moléculas de clase II inducen una respuesta alógena más fuerte que la inducida por diferencias en las de clase I.
5. El rechazo crónico es la pérdida de injertos a partir de tres meses. Su intensidad es más débil que en el agudo y responde habitualmente a los inmunosupresores.

**246. En relación con el metabolismo y funciones de la vitamina D, una de las siguientes respuestas es FALSA:**

1. La vitamina D ingerida por vía oral es vitamina D<sub>2</sub> ó D<sub>3</sub>.
2. El riñón transforma la 25(OH) vitamina D en el principio activo, 1,25 (OH) vitamina D.
3. La absorción de calcio en el intestino está facilitada por la 24,25 (OH) vitamina D.
4. La malabsorción de la grasa puede provocar déficit de vitamina D en áreas geográficas de latitud norte durante el invierno.
5. La 1,25 (OH) vitamina D estimula la calcificación ósea a través del aumento de producción de osteocalcina y osteopontina.

**247. La onda v del pulso venoso coincide con:**

1. La sístole ventricular.
2. El cierre de las válvulas sigmoideas.
3. La contracción auricular.
4. La diástole ventricular, después de la apertura de las válvulas aurículo-ventriculares.
5. El período de contracción isométrica de la masa ventricular.

**248. Los receptores celulares adrenérgicos, cuando se les acopla la molécula extracelular que les sea específica, desencadenan la respuesta celular. En relación con ésta, indique la respuesta correcta:**

1. Los receptores celulares fosforilan directamente ciertas proteínas que, modificando su actividad enzimática, ejercen su acción celular.
2. Los receptores están acoplados a ciertos mediadores, denominados proteínas G, que transducen la señal que les llega.
3. Los receptores actúan a través de la Tirosina Kinasa.
4. La acción celular última que ocurre es el crecimiento y diferenciación celular.
5. La respuesta celular depende de la acción directa del receptor sobre los canales de sodio.

**249. En relación a las acciones fisiológicas de los neurotransmisores siguientes, una de ellas es FALSA. Señálela:**

1. Noradrenalina - vasoconstricción esplácnica
2. Adrenalina - glucogenolisis.
3. Dopamina - vasoconstricción renal.
4. Acetilcolina - Aumento del tono de la musculatura intestinal.
5. Noradrenalina - Inhibición de liberación insulina.

**250. En relación con la estructura genética, señale la respuesta verdadera:**

1. En general, las respuestas reguladoras asientan en dirección 3' desde el lugar de la transcripción.
2. El ARN precursor, antes de la maduración postranscripcional, carece de intrones.
3. El promotor mínimo de un gen se compone habitualmente de una secuencia TATA.
4. Las señales celulares que inducen la transcripción (p. ej. la fosforilación) no suelen provocar modificaciones en los complejos de transcripción asociados al promotor.
5. El número de enfermedades descritas por mutaciones en los factores de transcripción es escaso.

**251. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO es cierta en relación con la pancreatitis crónica?:**

1. El alcohol constituye la primera causa.

2. El síntoma más frecuente es el dolor.
  3. La diabetes mellitus es una complicación frecuente y precoz.
  4. El tratamiento es inicialmente médico, y la cirugía sólo está indicada en caso de determinadas complicaciones.
  5. La radiografía simple de abdomen es de gran utilidad pues permite identificar calcificaciones en el área pancreática.
- 252. ¿Cuál de los siguientes fármacos reduce la mortalidad en los enfermos con insuficiencia cardíaca congestiva?:**
1. Digoxina.
  2. Furosemida.
  3. Enalapril.
  4. Amiodarona.
  5. Aspirina.
- 253. ¿Cuál de las siguientes circunstancias NO significa T-4 en un tumor maligno pulmonar?:**
1. Invasión de la pared torácica.
  2. Invasión de la tráquea.
  3. Invasión de la carina.
  4. Invasión del esófago.
  5. Derrame pleural maligno.
- 254. La parálisis supranuclear progresiva es una enfermedad degenerativa que produce rigidez y bradicinesia como la enfermedad de Parkinson, y que se caracteriza por presentar además:**
1. Temblor muy acusado.
  2. Rigidez asimétrica, predominante en miembros y distal.
  3. Piramidismo severo.
  4. Trastornos del equilibrio y caídas precoces.
  5. Movimientos oculomotores normales.
- 255. Hombre de 60 años de edad remitido por triglicéridos de 620 mg/dl, colesterol total de 220 mg/dl. No es obeso, fuma diez cigarrillos diarios y se toma dos vasos de vino con las comidas y tres copas de coñac diarios. ¿Cuál debe ser la primera medida para reducir su trigliceridemia?:**
1. Dejar el tabaco por completo.
  2. Suspender el alcohol por completo.
  3. Prescribir un fibrato.
  4. Dar una estatina.
  5. Suspender por completo el consumo de aceites y productos de pastelería, añadiendo además dosis moderadas de una resina.
- 256. ¿Cuál de las siguientes pruebas analíticas es más probable que se encuentre alterada en un paciente con síndrome del túnel carpiano?:**
1. Calcio sérico.
  2. Potasio sérico.
  3. Creatinfosfoquinasa.
  4. Factor reumatoide.
  5. Fosfatasa alcalina.
- 257. Todas las enfermedades que a continuación se indican pueden provocar esplenomegalia. Entre ellas, indique la que exhibe esplenomegalia de mayor grado (con borde esplénico inferior a más de 20 cm. de reborde costal) de forma más constante:**
1. Metaplasia mieloide.
  2. Cirrosis hepática con hipertensión portal.
  3. Endocarditis bacteriana.
  4. Fiebre tifoidea.
  5. Amiloidosis.
- 258. Un estudiante de derecho de 20 años, previamente sano, presenta un cuadro de febrícula, artromialgias, tos seca persistente y astenia de dos semanas de evolución. En el último mes, sus dos hermanos de 9 y 17 años han presentado consecutivamente un cuadro similar, que se ha autolimitado de forma progresiva. Tras practicársele una radiografía de tórax, el médico le ha diagnosticado de neumonía atípica. ¿Cuál es el agente etiológico más probable en este caso?:**
1. *Coxiella Burnetti* (fiebre Q).
  2. Virus sincitial respiratorio.
  3. *Haemophilus Influenzae*.
  4. *Mycoplasma Pneumoniae*.
  5. *Legionella Pneumophila*.
- 259. Señale cuál de los siguientes fármacos, administrado durante el embarazo, NO se asocia con efectos indeseables en el recién nacido:**
1. Clorpropamida.
  2. Salicilatos.
  3. Indometacina.
  4. Nitrocepa.
  5. Eritromicina.
- 260. La Biopsia Corial Transcervical es la técnica de elección para:**
1. Diagnosticar ecográficamente una malformación del sistema nervioso central.
  2. Realizar un diagnóstico prenatal de alteraciones óseas.
  3. Cuando la embarazada tiene más de veinte semanas de gestación.
  4. Cuando se quiere un diagnóstico citogenético prenatal antes de las doce semanas de gestación.
  5. Como alternativa al cariotipo en sangre periférica.