



MINISTERIO DE EDUCACION CULTURA Y DEPORTE

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

## **PRUEBAS SELECTIVAS 2000**

**CUADERNO DE EXAMEN**

**M É D I C O S**

---

1. **Un patrón en la manometría esofágica que muestre un aumento de la presión basal del esfínter esofágico inferior (EEI) junto a una disminución o ausencia de su relajación con la deglución es sugerente de:**

1. Espasmo esofágico difuso.
2. Acalasia.
3. Esclerodermia con afectación esofágica.
4. Enfermedad por reflujo gastroesofágico.
5. Divertículo de Zencker.

2. **Tras realizar una endoscopia digestiva a un paciente de 51 años, se nos informa que el diagnóstico de sospecha es “esófago de Barrett”. ¿Cuál es, entre las siguientes, la conducta más adecuada?:**

1. El paciente debe ser remitido al Servicio de Cirugía para realizar una funduplicatura.
2. La indicación correcta es la esofaguectomía.
3. Lo más adecuado, para tener seguridad diagnóstica completa, es esperar al resultado de la biopsia antes de tomar decisiones.
4. Debemos pautar tratamiento médico con Omeprazol de por vida y no aconsejar más revisiones.
5. Siendo la posibilidad de hemorragias muy alta, intentaremos nueva endoscopia y una inyección esclerosante de la lesión.

3. **De los siguientes, señale el que se considera factor etiológico de la gastritis tipo B (no autoinmune):**

1. Hipersecreción de ácido.
2. Hipersecreción de gastrina pancreática.
3. Tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos.
4. Estados de uremia.
5. Infección por *Helicobacter pylori*.

4. **Varón de 29 años, sexualmente activo (6 parejas en los últimos 18 meses), bebedor ocasional, no usa drogas ni fármacos, sólo paracetamol ocasionalmente. Consulta porque ha tenido un cuadro gripal durante el que se ha observado color amarillo en los ojos, orinas algo oscuras mientras tuvo fiebre y heces normales. Se comprueba leve ictericia escleral, resto de exploración normal. Análítica general y hepática normal salvo bilirrubina total 3,1 mg/dl (directa 0,7 mg/dl). ¿Qué prueba tendrá entre las siguientes, probablemente mayor rendimiento diagnóstico?:**

1. Test de detección de VIH.
2. Test de ayuno.
3. Biopsia hepática.
4. Ultrasonografía hepática.
5. Concentración de paracetamol en suero.

5. **Paciente cirrótico de larga evolución que acude a urgencias por aumento del perímetro abdominal y dolor abdominal difuso. La paracentesis diagnóstica da salida a un líquido con 600 células/mm<sup>3</sup> con 80%**

**de polimorfonucleares y 0,795 de proteínas/dl. ¿Cuál de estas medidas es la más adecuada en esta situación?:**

1. Realizar una paracentesis evacuadora total con reposición del albúmina.
2. Iniciar tratamiento con isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol a las dosis habituales.
3. Enviar una muestra de líquido ascítico al laboratorio de microbiología y no iniciar tratamiento hasta conocer el resultado.
4. Incrementar significativamente la dosis de diuréticos que tomaba el paciente.
5. Iniciar de inmediato tratamiento con cefotaxina a dosis de 2 g. i.v. cada 6 u 8 horas.

6. **Una mujer de 47 años que tomó anovulatorios durante 3 años, hace 15 años, no bebedora, desarrolló a lo largo de los últimos meses un cuadro de astenia, prurito ocasional y leve ictericia. El estudio muestra bilirrubinemia de 2,7 mg./dl, AST 72 u.i., ALT 85 u.i., fosfatasa alcalina triple del límite superior de la normalidad y gamma glutamil transpeptidasa quintuple. La ecografía abdominal es normal. Tras confirmar su diagnóstico de sospecha mediante el pertinente estudio, ¿cuál sería el tratamiento?:**

1. Acido ursodesoxicólico.
2. Prednisona.
3. Azatioprina.
4. Papilotomía transendoscópica.
5. Inhibición terapéutica y seguimiento.

7. **El tratamiento de la hepatitis C crónica se basa en la administración de interferón alfa, pero no todos los pacientes responden al tratamiento. Indique cual de los siguientes patrones se asocia más estrechamente a una respuesta favorable:**

1. Genotipo 3, viremia baja, ausencia de cirrosis.
2. Genotipo 1b, viremia elevada, ausencia de cirrosis.
3. Genotipo 2, viremia elevada, presencia de cirrosis.
4. Genotipo 1b, viremia baja, ausencia de cirrosis.
5. Genotipo 1b, viremia baja, presencia de cirrosis.

8. **Paciente varón de 30 años afecto de una artritis reumatoide y una colestasis moderada asintomática de años de evolución, acude al hospital por una hemorragia digestiva por varices esofágicas. La analítica a su ingreso muestra únicamente una discreta colestasis, siendo la bilirrubina, transaminasas, pruebas de coagulación, alfafetoproteína, y antígeno carcinoembrionario normales. Como parte del estudio diagnóstico se realiza: ecografía abdominal (hígado nodular de bordes abollonados, vena porta dilatada permeable), biopsia hepática (ausencia de fibrosis o nódulos de regeneración, hepatocitos normales dispuestos en trabéculas de 2-3 células). Frente a este cuadro clínico el diagnóstico más probable es:**

1. Cavernomatosis portal.
2. Cirrosis hepática
3. Metástasis hepáticas de un carcinoma de colon
4. Hipertensión portal idiopática.
5. Hiperplasia nodular regenerativa.

**9. En relación a un paciente diagnosticado de una úlcera duodenal no complicada mediante endoscopia, señalar la respuesta FALSA:**

1. Se debe investigar si está infectado por *Helicobacter pylori* y en caso positivo tratar la infección.
2. Si se trata la infección por *Helicobacter pylori*, una vez confirmada la erradicación es recomendable mantener un tratamiento con antisecretores gástricos a dosis bajas para evitar una recidiva ulcerosa.
3. Durante la endoscopia no es necesario biopsiar sus bordes para descartar malignidad.
4. El riesgo de recidiva ulcerosa si se logra la erradicación de *Helicobacter pylori* es menor del 20%.
5. Las pruebas serológicas son poco fiables para confirmar la erradicación de *Helicobacter pylori*.

**10. Un paciente con antecedentes de colitis ulcerosa estable, acude a Urgencias por fiebre, diarrea intensa con rectorragia y dolor abdominal. La rectosigmoidoscopia demuestra úlceras y exudado purulento y hemorrágico. El enema muestra afectación severa de todo el colon. Se inicia tratamiento con esteroides y antibióticos. 48 horas después el paciente presenta hipotensión, taquicardia e intenso dolor abdominal. Se realiza placa de abdomen que muestra dilatación de 6 cm del colon. ¿Cuál sería la impresión diagnóstica y el tratamiento adecuado?:**

1. Se trata de una colitis pseudomembranosa asociada. Medicas de soporte y tratamiento con Metronidazol ó Vancomicina.
2. Se trata de una perforación de colon. Tratamiento quirúrgico con colectomía urgente.
3. Brote muy severo de colitis ulcerosa. Medidas de soporte, intensificación de tratamiento esteroideo y antibióticos de amplio espectro.
4. Se trata de un megacolon tóxico. Tratamiento intensivo y colectomía si no mejora en 24 horas.
5. Se trata de una sobreinfección por *Salmonella enteritidis*. Tratamiento intensivo y añadir ciprofloxacino.

**11. En algunos casos, resulta imposible distinguir entre colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn. Todos los datos expuestos, EXCEPTO uno, son más característicos de enfermedad de Crohn que de colitis ulcerosa. Señálelo:**

1. Afectación segmentaria.
2. Presencia de granulomas.
3. Sangrado rectal.

4. Fístulas perianales.
5. Afectación de los ganglios y grasa mesentérica.

**12. Una paciente de 22 años con 3 brotes previos de colitis ulcerosa con buena respuesta a esteroides y 5-ASA; actualmente asintomática y en tratamiento con 5-ASA, le solicita consejo para quedarse embarazada. Indique al respecto, entre las siguientes, la respuesta correcta:**

1. Debe desaconsejarse el embarazo, ya que produce exacerbaciones severas de la enfermedad.
2. No se puede utilizar 5-ASA por sus efectos teratogénicos.
3. El embarazo produce un “efecto protector” sobre los brotes, observándose una disminución estadísticamente significativa de los mismos durante la gestación.
4. No existe asociación entre gestación y exacerbaciones de la colitis ulcerosa.
5. La mitad de las pacientes embarazadas sufrirán un brote de colitis, aunque pueden utilizarse 5-ASA y esteroides con seguridad.

**13. ¿Cuál, entre los siguientes, es el tratamiento más adecuado de la obstrucción intestinal no quirúrgica en la fase terminal de la enfermedad?**

1. Sonda nasogástrica, aspiración continua, sueroterapia intravenosa.
2. Administración de vitaminas grupo B y laxantes.
3. Alimentación parenteral total.
4. Administración por vía subcutánea de: morfina, buscapina y haloperidol las 24 horas.
5. Dieta absoluta y sueros por vía subcutánea.

**14. Cuando en el curso de una colonoscopia en un paciente aparentemente sano se objetiva un pólipo, ¿qué es lo más adecuado?:**

1. Biopsiar el pólipo.
2. Tomar una citología exfoliativa.
3. Resecarlo con asa de polipectomía.
4. Citarlo al cabo de unos días para resecarlo.
5. Aconsejarle una intervención quirúrgica para su extirpación.

**15. Paciente de 60 años de edad, bebedor de 60 gr. de alcohol al día, que consulta por padecer desde hace 3 días un dolor epigástrico que cede al ventosear, dolores articulares, 4-6 deposiciones diarréicas al día sin sangre visible, fiebre de 38° y aftas bucales y anemia microcítica. ¿Cuál, entre los siguientes, es el diagnóstico más adecuado?:**

1. Pancreatitis crónica.
2. Enfermedad de Crohn.
3. Colitis pseudomembranosa.
4. Hepatitis alcohólica.
5. Cáncer de colon derecho.

**16. Señale cual es la técnica quirúrgica indicada, en un paciente con adenocarcinoma ductal de páncreas, situado en la cabeza pancreática y potencialmente resecable:**

1. Duodenopancreatectomía cefálica.
2. Pancreatoyeyunostomía lateral.
3. Resección coroporo-caudal del páncreas.
4. Gastro-yeyunostomía.
5. Doble derivación biliar y gástrica.

**17. La anatomía patológica de un varón de 45 años, apendicectomizado, es informada como: Tumor carcinoide apendicular de 1 cm de diámetro, que llega hasta la submucosa, localizado a nivel de la punta del apéndice. ¿Cuál es la actitud a seguir ante este enfermo?:**

1. Reoperarle y realizarle una hemicolectomía derecha.
2. Revisiones periódicas.
3. Tratamiento quimioterápico.
4. Tratamiento radioterápico.
5. Linfadenectomía del territorio de drenaje linfático.

**18. Respecto al carcinoma gástrico señala la FALSA:**

1. Ha aumentado su incidencia global en los últimos años en los países occidentales.
2. La anemia perniciosa es un factor predisponente.
3. Después de gastrectomía subtotal por enfermedad benigna aumenta el riesgo de padecer cáncer gástrico.
4. La colonización por *Helicobacter Pylori* es un factor de riesgo.
5. Ha aumentado la incidencia de los tumores del cardias.

**19. ¿Cuál es la causa más frecuente de obstrucción del intestino delgado en un paciente adulto, sin intervenciones abdominales previas?**

1. Ileo biliar.
2. Cáncer de colon.
3. Tumoración estenosante de intestino
4. Incarceración de intestino delgado en orificio herniario.
5. Cuerpos extraños.

**20. Ante un paciente de 70 años con alteraciones del tránsito intestinal, pérdida de 5 kg. de peso en los dos últimos meses y rectorragias, la exploración de elección es:**

1. Gastroscopia.
2. TAC Abdominal.
3. Prueba de sangre oculta en heces.
4. Colonoscopia.
5. Arteriografía selectiva.

**21. A un paciente de 70 años, colecistectomizado, con ictericia de 48 horas de evolución, Bilirrubina total de 8 mg/dl y Bilirrubina directa de 6 mg/dl, fosfatasa alcalina 620 UI/L, fiebre de 39°C y leucocitosis mayor de 20000 con desviación izda, se le realiza ecografía abdominal siendo informada como coledocolitiasis. El tratamiento inicial debe ser:**

1. Reposición hidroelectrolítica y antibioterapia únicamente, posponiendo cualquier otro proceder a la desaparición de los síntomas y signos de la infección.
2. Reposición hidroelectrolítica, antibioterapia y laparotomía urgente.
3. Reposición hidroelectrolítica, antibioterapia y corticosteroides.
4. Reposición hidroelectrolítica, antibioterapia y litotricia.
5. Reposición hidroelectrolítica, antibioterapia y esfinterotomía + drenaje biliar mediante colangiografía retrógrada endoscópica.

**22. En la pancreatitis aguda, en caso de duda diagnóstica por su presentación clínica atípica, con una situación clínica de gravedad, donde el dolor abdominal no es característico o el aumento de amilasa o lipasa sérica ha constituido un hallazgo inesperado, ¿qué prueba diagnóstica es la indicada en primer lugar para confirmar o no este diagnóstico?:**

1. Ecografía abdominal.
2. Radiografías simples de abdomen, antero posterior y lateral.
3. Tomografía axial computarizada abdominal.
4. Colangiopacreatografía retrógrada endoscópica.
5. Resonancia nuclear magnética.

**23. En un paciente diagnosticado de pancreatitis aguda, a los dos días de su evolución, ¿cuál de los siguientes datos carece de valor para pronosticar su carácter severo?:**

1. Obesidad.
2. Valores de amilasa y/o lipasa sérica elevados más de 10 veces el límite normal.
3. Tener unos valores de proteína C reactiva sérica superiores a 120 mg/dl.
4. Presentar una puntuación APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation) superior a 8.
5. Presentar positivos 3 ó más criterios de Ranson.

**24. A un paciente con fibrosis pulmonar le ha sido trasplantado un pulmón hace 15 días. Desde hace 2 días presenta una infección pulmonar con cambios radiográficos. El neumólogo pensará que se trata de una infección por:**

1. Citomegalovirus.
2. Hongos.
3. Bacterias.

4. Protozoos.
5. Rickettsias.

**25. Una paciente de 44 años con litiasis biliar, ingresa por urgencias a causa de un episodio de dolor abdominal alto, severo, irradiado a la espalda. Unos días después, se objetiva radiológicamente derrame pleural izquierdo; al punzarlo, resulta ser de aspecto serohemorrágico, con caracteres de exudado, con abundantes eosinófilos. ¿Qué estudio, de los siguientes, realizaría en primer lugar para establecer la causa del derrame?:**

1. Biopsia pleural con aguja.
2. TAC de tórax.
3. Amilasa sérica.
4. Amilasa en el líquido pleural.
5. Citología pleural.

**26. La causa de la disnea, en un paciente varón de 40 años que consulta por este síntoma, parece deberse a una neumonitis por hipersensibilidad. Apoyamos nuestro diagnóstico en los siguientes hechos EXCEPTO:**

1. Exposición a antígenos potencialmente provocadores.
2. Eosinofilia periférica y en esputo.
3. Presencia de precipitinas séricas.
4. Alteración de la difusión pulmonar.
5. Hipoxemia inducida con el ejercicio.

**27. Paciente de 24 años, fumador de 20 cigarrillos al día tratado con un trasplante alogénico de médula ósea tras ser diagnosticado de leucemia aguda mieloblástica. La presencia de enfermedad de injerto contra el huesped obligó a un tratamiento con 30 mg de metilprednisolona al día y azatioprina 100 mg al día. Seis meses después del trasplante aparece tos no productiva y disnea de instauración rápidamente progresiva hasta hacerse de mínimos esfuerzos. En la auscultación respiratoria se evidencia una espiración alargada. En la radiografía de tórax existe una insuflación pulmonar bilateral. La espirometría evidencia una capacidad vital forzada (CVF) del 59% un volumen espiratoria máximo en el primer segundo (VEMS) del 36% y un cociente VEMS/FVC del 42%. El lavado broncoalveolar muestra una neutrofilia del 62%. ¿Cuál es del diagnóstico más probable?:**

1. Enfisema centrolobulillar.
2. Neumopatía intersticial por citostáticos.
3. Bronquiolitis obliterante con neumonía organizada.
4. Bronquiolitis obliterante.
5. Neumonitis por citomegalovirus.

**28. ¿Cuál es la prevalencia de neumococos con sensibilidad disminuída a la penicilina en España?**

1. 0-5%.
2. 90-100%.
3. 10-20%.
4. 30-40%.
5. 60-70%.

**29. En la enfermedad pulmonar obstructiva incipiente originada en la pequeña vía aérea, la medida más sensible de las que recoge la espirometría es:**

1. Capacidad vital forzada.
2. Volumen espiratorio forzado por segundo.
3. Flujo espiratorio forzado entre el 25 y el 75% de la capacidad vital.
4. Relación entre volumen espiratorio forzado por segundo y capacidad vital forzada.
5. Capacidad vital.

**30. Paciente de 69 años, fumador de 30 cigarrillos/día desde hace 40 años, que a raíz de un episodio de hemoptisis se le practica una TAC torácica que demuestra la presencia de una masa perihiliar de 5 cm que provoca una atelectasia completa de lóbulo superior derecho y ausencia de adenopatías mediastínicas y de otras anomalías torácicas. La broncoscopia confirma la presencia de una masa de aspecto neoplástico en la entrada del lóbulo superior derecho situada a más de 2 cm de la carina principal cuyo diagnóstico histológico es de carcinoma escamoso. La espirometría forzada muestra una FVC de 4.200 (88%) y un VEMS de 2.400 (76%) con un cociente VEMS/FVC de 69%. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?:**

1. Se trata de cáncer de pulmón en estadio III.
2. El tratamiento de elección es la quimioterapia neoadyuvante y posterior cirugía de resección.
3. La clasificación TNM que le corresponde es T2 NO MO.
4. La presencia de una alteración ventilatoria obstructiva contraindica la resección quirúrgica del tumor.
5. Sólo se puede descartar la opción quirúrgica si un tratamiento broncodilatador intenso durante 3 semanas no permite solucionar completamente la alteración ventilatoria obstructiva.

**31. Paciente de 50 años, diagnosticado de EPOC, en fase estable y que actualmente ha cesado en el hábito de fumar cigarrillos. Se le realiza una espirometría que muestra que el volumen espiratorio máximo en el primer segundo (VEMS) es del 60% del valor teórico. Un hemograma revela un hematocrito del 58%. La gasometría arterial muestra una PaO<sub>2</sub> de 75 mmHg. ¿Cuál de las siguientes exploraciones complementarias estaría indicada en primer lugar en este paciente?:**

1. Prueba de provocación bronquial inespecífica con metacolina.
2. Polisomnografía con registro de variables cardiorespiratorias.

3. Cateterismo pulmonar con catéter de Swan-Ganz.
  4. Determinación de las relaciones ventilación-perfusión pulmonares mediante técnica de eliminación de gases inertes múltiples.
  5. Tomografía axial computerizada de tórax mediante técnica de alta resolución.
- 32. En una radiografía postero-anterior de tórax practicada a un hombre de 44 años asintomático, se observa una masa redonda de unos 3 cm de diámetro, de contornos nítidos en la parte medial del lóbulo inferior izquierdo que, aunque llega junto a la silueta cardíaca, tiene todo su contorno visible. ¿Cómo consideraría la citada masa?:**
1. La masa es muy probablemente de origen pleural.
  2. Lo más probable es que se trate de derrame pleural en la cisura.
  3. La masa es de localización posterior al corazón.
  4. La masa es muy probablemente de origen parietal.
  5. No es posible localizar la masa sin hacer radiografía lateral.
- 33. Paciente de 56 años diagnosticado de carcinoma epidermoide de pulmón con metástasis óseas, hepáticas y pulmonares. Basalmente, su índice de Karnofsky es de 20 y está encamado el 100% del día. Sigue tratamiento con cloruro morfínico 10 mg/4h s.c., dexametasona 4 mg/8h, s.c., haloperidol 2,5 mg/8h. s.c. y midazolán 7,5 mg s.c. por la noche. El paciente comienza con agitación psicomotriz progresiva. Se realiza analítica que evidencia calcemia de 13 mg/dl. No se produce mejoría tras administrar 2 dosis de 5 mg vía s.c. de haloperidol. ¿Qué actuación propondría?:**
1. Sedación con midazolán por vía subcutánea por agitación como evento terminal.
  2. Administración de clodronato para corregir hipercalcemia.
  3. Administración de calcitonina para corregir hipercalcemia.
  4. Continuar con la administración de 5 mg de haloperidol cada 4 h. hasta alcanzar 30 mg.
  5. Administración de sueroterapia, monitorización de diuresis y si la respuesta no es idónea, administración de furosenida intravenosa.
- 34. Un varón de 70 años presenta, en una radiografía de tórax rutinaria, un nódulo pulmonar de 2,5 cm. de diámetro, no calcificado en posición posterior de LSD. ¿Qué actitud entre las siguientes es más correcta?:**
1. No indicar más estudios ya que en un varón de 70 años es muy probable una antigua infección tuberculosa, que no precisa tratamiento.
  2. Indicar profilaxis con isoniácida debido a la elevada incidencia de la enfermedad tuberculosa.
  3. Indicar tratamiento con rifampicina, isoniácida y etambutol.
  4. Sospechar tumor maligno y solicitar un estudio citológico por punción.
  5. Al tratarse de una lesión pequeña, hacer controles radiológicos periódicos.
- 35. Un hombre de 20 años consulta por dificultad respiratoria que se agudiza con los esfuerzos físicos. La radiografía de tórax es anodina. El estudio gasométrico demuestra hipercapnia y gradiente alveolo arterial de oxígeno normal. ¿Hacia cual de las siguientes patologías orientará su diagnóstico?:**
1. Enfermedad neuromuscular.
  2. Asma bronquial.
  3. Enfermedad intersticial pulmonar.
  4. Neumonitis por hipersensibilidad.
  5. Shunt vascular-pulmonar.
- 36. Una mujer de 50 años con artritis reumatoide, refiere tos seca y disnea progresiva. En la radiografía de tórax hay tenue afectación basal. La gasometría detecta hipoxemia con pH y pCo<sub>2</sub> normales. La espirometría demuestra reducción de la capacidad vital y del volumen residual. ¿Cuál es su sospecha diagnóstica?:**
1. Embolismos pulmonares.
  2. Neumonía aspirativa.
  3. Broncoespasmo.
  4. Enfisema panacinar.
  5. Fibrosis pulmonar.
- 37. Un joven de 18 años, con antecedentes de alergia a pólenes y eczema, acude a Urgencias por dificultad respiratoria progresiva, con broncoespasmo muy severo que obliga a actuación terapéutica inmediata. Señale de los siguientes datos observados, ¿cuál es el que MENOS nos indica la gravedad de la situación?:**
1. Hipersinsuflación torácica.
  2. Sibilancias.
  3. Hipercapnia.
  4. Pulso paradójico.
  5. Uso de músculos accesorios respiratorios.
- 38. Para la valoración de la fase evolutiva de una fibrosis pulmonar, señale cual de las siguientes pruebas es la MENOS adecuada:**
1. Radiografía de tórax.
  2. Scanner torácico de alta resolución.
  3. Gammagrafía con Galio 67.
  4. Pruebas de función respiratoria.
  5. Biopsia transbronquial.
- 39. Una mujer fumadora de 45 años, consulta por disnea progresiva. La gasometría detecta hipoxemia corregible con oxígeno, hipocapnia y disminución de la capacidad de difusión del monóxido de carbono.**

**no (Dlco). ¿Cuál de las siguientes patologías es la más probable?:**

1. Proteinosis alveolar.
2. Comunicación inter-ventricular.
3. Hipertensión pulmonar.
4. Neumonía obstructiva.
5. Atelectasia tumoral.

**40. Una paciente de 40 años con antecedentes de asma bronquial acude al Servicio de Urgencias de un Hospital por presentar disnea de reposo de 24 horas de evolución; en la exploración física destaca taquipnea a 32 respiraciones/minuto, sibilancias inspiratorias y espiratorias; el hemograma y la radiografía de tórax son normales; en la gasometría arterial se observa un signo de gravedad que hace indicar el ingreso de la paciente en una Unidad de Cuidados Intensivos. ¿Cuál de entre los siguientes signos, le parece el más probable?:**

1. Presión parcial de Oxígeno de 70 mmHg.
2. Presión parcial de Dióxido de Carbono menor de 30 mmHg.
3. Presión parcial de Oxígeno de 60 mmHg.
4. Presión parcial de Dióxido de Carbono mayor de 40 mmHg.
5. PH mayor de 7.40.

**41. Cuantos ganglios debe incluir una resección pulmonar por cáncer para poder afirmar que el estadio es N0:**

1. Tres
2. Uno mediastínico.
3. Seis o más.
4. Es indiferente el número. Sólo importa que sean negativos.
5. Es suficiente que dos o tres ganglios lobares sean negativos.

**42. La taquicardia ventricular sostenida tiene especial mal pronóstico cuando aparece:**

1. Sin cardiopatía.
2. Sin síntomas hemodinámicos ni síncope.
3. Tardíamente después de un infarto.
4. En cardiopatías con buena fracción de eyección.
5. Precozmente, después de un infarto, con mala fracción de eyección.

**43. Un hombre de 48 años con trombosis de la vena femoral derecha, asociada con celulitis, que antes de empezar con la anticoagulación presenta dolor pleurítico de lado izquierdo, disnea y hemoptisis. ¿Cuál de las siguientes pruebas es la mejor para excluir el diagnóstico de embolismo pulmonar?:**

1. Una gammagrafía pulmonar de ventilación normal.
2. Un electrocardiograma normal.

3. Un gradiente P(A-a)O<sub>2</sub> igual o menor de 18 mmHg.
4. Una gammagrafía pulmonar de perfusión normal.
5. Una radiografía de tórax normal.

**44. Mujer de 32 años que consulta por haber comenzado una hora antes con palpitaciones. Se realiza un ECG que muestra taquicardia regular de QRS estrecho a 180 l.p.m. Al aplicar masaje en el seno carotídeo se produce una disminución repentina de la frecuencia ventricular causada por la terminación de la taquicardia. ¿Qué tipo de arritmia padece esta paciente, con más probabilidad?:**

1. Taquicardia sinusal.
2. Fibrilación auricular.
3. Taquicardia ventricular.
4. Taquicardia por reentrada de nodo AV.
5. Taquicardia auricular con bloqueo.

**45. Señale cual de los siguientes NO es considerado criterio Mayor de Framingham para el diagnóstico de Insuficiencia cardíaca:**

1. Cardiomegalia.
2. Reflujo Hepatoyugular.
3. Disnea de esfuerzo.
4. Galope por tercer tono.
5. Crepitantes.

**46. Entre los efectos adversos frecuentes de los diuréticos se encuentran los siguientes, EXCEPTO uno:**

1. Ginecomastia.
2. Calambres musculares.
3. Dislipemia secundaria.
4. Anemia hemolítica.
5. Intolerancia hidrocarbonada.

**47. Un paciente de 61 años presenta un dolor anginoso típico de 35 minutos de duración, siendo atendido en un Centro Extrahospitalario. TA 110/60. Pulso alterial 86 l.p.m, no signos de insuficiencia cardíaca. Todas las siguientes medidas pueden recomendarse EXCEPTO una:**

1. Canalizar una vía periférica.
2. Tratar el dolor con cloruro mórfico.
3. Poner un antiarrítmico parental.
4. Dar una aspirina oral.
5. Administrar oxígeno.

**48. Paciente de 60 años, que acude a urgencias con dolor retroesternal de inicio súbito e intenso, rasgante y sensación de muerte, que irradia a la espalda, que presenta hipertensión arterial y ECG normal. Sospecha en primer lugar:**

1. Hernia de hiato con reflujo importante y esperaría al resultado de la gastroscopia.
2. Infarto agudo de ventrículo derecho y realizaría ECG incluyendo derivaciones V3R y V4R.
3. Disección de aorta y realizaría un ecocardiograma

- transesofágico y un TAC.
4. Embolismo pulmonar izquierdo por irradiación y le daría heparina.
  5. Neumotórax espontáneo y le realizaría una placa de tórax posteroanterior en espiración.

**49. ¿Cuál de las siguientes formas de cardiopatía isquémica suele responder al tratamiento con diuréticos?:**

1. Angina de Prinzmetal.
2. Angina de decúbito.
3. Angina de reciente comienzo.
4. Angina postinfarto.
5. Angina de esfuerzo.

**50. Todo lo siguiente es cierto en relación con un infarto de miocardio en el anciano con respecto al joven, EXCEPTO:**

1. El tamaño del primer infarto suele ser mayor.
2. Es más frecuente el infarto no Q.
3. Es más frecuente la muerte por disociación electromecánica.
4. Es más frecuente el shock cardiogénico.
5. La trombolisis produce una mayor reducción de la mortalidad.

**51. El objetivo terapéutico a alcanzar en un paciente en el que se inicia tratamiento con acenocumarol por haber presentado un segundo episodio de embolismo pulmonar es prolongar el tiempo de protrombina hasta alcanzar un INR (International Normalized Ratio) entre:**

1. 1-2
2. 1,5-2
3. 2-3
4. 3-4
5. 4-5

**52. A una mujer de 53 años, asintomática, se le realiza una radiografía de tórax por haber sido diagnosticado su marido de tuberculosis pulmonar y tener Mantoux de 17 mm. La radiografía muestra cardiomegalia con dilatación de la arteria pulmonar y sus ramas y aumento de la trama vascular. En la auscultación cardíaca se encuentra un soplo sistólico eyectivo pulmonar con desdoblamiento amplio y fijo del segundo tono. El ECG muestra desviación del eje a la derecha con patrón rSr en precordiales derechas. Indique entre los siguientes, el diagnóstico más PROBABLE:**

1. Comunicación interauricular.
2. Estenosis mitral.
3. Hipertensión pulmonar primaria.
4. Pericarditis tuberculosa.
5. Estenosis pulmonar congénita.

**53. Cual de los siguientes, NO se considera un criterio mayor (criterios de Duke), en el diagnóstico de Endocarditis infecciosa:**

1. Ecocardiograma positivo para Endocarditis.
2. Nuevo soplo de regurgitación valvular.
3. Hemocultivos positivos.
4. Fiebre
5. Absceso diagnosticado por ecocardiografía transesofágica.

**54. Hombre de 74 años con historia de un mes de evolución con debilidad, fiebre y dolor en región lumbar. Dos años antes se le había implantado una válvula aórtica biológica por una estenosis aórtica calcificada. A la exploración física está algo confuso con Tª de 37'9, TA de 110/80, pulso arterial de 88 l.p.m. y auscultación cardíaca con soplo sistólico III/VI en foco aórtico sin componente diastólico. El hemograma muestra 11300 leucocitos con 87% de PMN, Hb de 10'1 gr/dl, Hto de 32% y VSG de 55 mm/h. Los hemocultivos fueron positivos para Enterococcus faecalis y la ecocardiografía transesofágica mostró una verruga en la válvula aórtica. Tras 14 días de tratamiento con ampicilina y gentamicina el paciente continuaba con fiebre y el ECG mostró un PR de 0'26 segundos. ¿Qué actitud, de las siguientes, recomendaría?:**

1. Sustituir la ampicilina por una cefalosporina de 3ª generación.
2. Sustituir la gentamicina por vancomicina.
3. Añadir un antihistamínico por sospecha de fiebre medicamentosa.
4. Realizar únicamente seguimiento clínico, considerando que la evolución del paciente está siendo normal.
5. Realizar una nueva ecocardiografía transesofágica para descartar infección perivalvular.

**55. Mujer de 81 años que consulta por disnea de 2 días de evolución. La exploración física y la RX de tórax muestra signos de insuficiencia cardíaca. El día previo a comenzar con los síntomas había tenido un episodio de dolor centrotorácico de 4 horas de duración. ¿La determinación de cuál de los siguientes marcadores cardíacos séricos sería más útil para confirmar el diagnóstico de infarto de miocardio?:**

1. CPK.
2. CPK-MB.
3. Troponina T.
4. LDH.
5. Mioglobina.

**56. Mujer de 78 años diagnosticada de cardiopatía hipertensiva con función sistólica conservada, que en los últimos 2 años ha tenido 3 episodios de fibrilación paroxística cardiovertidos eléctricamente. Durante este tiempo ha recibido diversos trata-**

mientos que incluían algunos de los siguientes fármacos: propafenona, amiodarona, digoxina, diltiazem y captopril. Actualmente consulta por un cuadro de 2 meses de evolución de debilidad general y apatía, añadiéndose en la última semana disnea progresiva hasta ser de pequeños esfuerzos. El ECG muestra fibrilación auricular con frecuencia ventricular a 130 l.p.m., la RX de tórax cardiomegalia con signos de congestión pulmonar y el estudio de función tiroidea una T4 libre elevada con una TSH indetectable. ¿Cuál de los fármacos utilizados puede ser el responsable del cuadro que, actualmente, presenta la paciente?:

1. Propafenona.
2. Amiodarona.
3. Digoxina.
4. Diltiazem.
5. Captopril.

**57. Mujer de 76 años con historia de insuficiencia cardíaca por cardiopatía hipertensiva en fibrilación auricular crónica que seguía tratamiento con enalapril, digoxina, furosemida y acenocumarol. Consulta por presentar en la última semana náuseas e incremento de la disnea. La exploración muestra TA de 130/80 mmHg, pulso alterial de 116 l.p.m rítmico; en la auscultación pulmonar se oyen crepitantes en las bases y en la auscultación cardíaca refuerzo del segundo tono. El ECG muestra una taquicardia rítmica de QRS estrecho a 116 lpm. ¿Qué actitud entre las siguientes es la más adecuada?:**

1. Suspende anticoagulantes orales.
2. Realizar monitorización de Holter.
3. Solicitar niveles de digoxina.
4. Asociar propanolol.
5. Asociar amiodarona.

**58. Un paciente refiere disnea de moderados esfuerzos y se le ausculta un primer tono fuerte, chasquido de apertura y soplo diastólico con refuerzo presistólico y en el ECG presenta ondas P con signos de crecimiento de la aurícula izquierda. El diagnóstico de presunción es:**

1. Doble lesión mitral en ritmo sinusal.
2. Estenosis mitral en fibrilación auricular, probablemente severa.
3. Mixoma de aurícula izquierda.
4. Insuficiencia aórtica en ritmo sinusal.
5. Estenosis mitral en ritmo sinusal.

**59. Señale la respuesta correcta en relación con los aneurismas de la aorta ascendente:**

1. Sólo está indicada la cirugía cuando su tamaño sea igual o supere los 8 cm. de diámetro.
2. La presencia de una insuficiencia valvular aórtica por alteración de la posición de las valvas por el

crecimiento del aneurisma es incluso más grave que el propio crecimiento del aneurisma y causa de indicación quirúrgica.

3. A veces se presenta una insuficiencia valvular aórtica secundaria al crecimiento aneurismático, pero suele ser poco importante y no es causa de indicación quirúrgica.
4. Lo más importante además del tamaño de aneurisma, para hacer la indicación de cirugía es el contenido trombótico demostrado por un TAC.
5. Los aneurismas si están calcificados ya no crecen más y están sujetos por esa costra calcárea que impide su evolución hacia la ruptura.

**60. Un paciente de cincuenta años, con buen estado general, nos refiere que es aficionado a correr, pero que lo ha dejado porque desde hace un mes y medio nota opresión precordial cuando lleva corridos uno o dos kilómetros. ¿Cuál es, entre las siguientes, la actitud correcta?:**

1. Solicitar una prueba de esfuerzo y si se confirma la existencia de isquemia coronaria, indicar un tratamiento médico adecuado.
2. Se trata de un caso leve de isquemia coronaria, dado que se presenta después de un considerable esfuerzo y por ello indicaremos tratamiento médico con la betabloqueantes y/o inhibidores del calcio.
3. Por tratarse de un caso de angina estable no creemos que está indicada la cirugía, por ello indicaremos tratamiento con aspirina.
4. Contraindicaremos los esfuerzos excesivos, controlaremos el colesterol y haremos electrocardiogramas de control periódicamente.
5. Solicitar prueba de esfuerzo y si se confirma la existencia de isquemia coronaria, indicaremos la realización de una coronografía, tras lo cual se realizará, si fuera preciso, un procedimiento revascularizador.

**61. Señale, entre las siguientes, la indicación correcta respecto a una paciente joven con estenosis (mitral) e insuficiencia mitral ambas severas y sintomáticas en clase funcional de II/IV desde hace 1 año, que no mejora con tratamiento médico, y con una válvula sin afectación del aparato subvalvular ni calcio en las valvas:**

1. Valvuloplastia mitral con balón porque la anatomía es favorable.
2. Recambio valvular por una prótesis.
3. Comisurotomía mitral aislada bien sea cerrada o abierta.
4. Esperar a que su clase funcional sea IV.
5. Esperar a que aparezca hipertensión pulmonar sistémica.

**62. Paciente de 65 años, intervenido de fractura de cadera derecha de 15 días antes, que consulta por dolor e hinchazón en miembro inferior derecho. A**

**la exploración destaca aumento de la temperatura local con edema hasta la raíz del miembro. ¿Cuál de las siguientes considera que es la actitud a seguir?:**

1. Realizar una gammagrafía pulmonar de ventilación-perfusión. Si fuera negativa indicar tratamiento con heparina subcutánea a dosis profiláctica.
2. Indicar la colocación de un filtro de la cava inferior dada la contraindicación de establecer un tratamiento anticoagulante por la proximidad de la cirugía.
3. Solicitar una radiografía de la cadera intervenida.
4. Solicitar una ecografía-doppler color para confirmar el diagnóstico de trombosis venosa profunda, e iniciar tratamiento con heparina de bajo peso molecular a dosis terapéuticas.
5. Poner una bomba de infusión i.v. de heparina ajustando dosis según el APTT.

**63. Todas las siguientes son características de vértigo periférico, EXCEPTO una, señálela:**

1. Comienzo brusco.
2. Nistagmo unidireccional.
3. Náuseas y vómitos acompañantes.
4. Ausencia de piramidismo y déficit cerebeloso.
5. Pérdida de audición en todos los casos aunque sea subclínica (demostrada por audiometría).

**64. Un paciente de 65 años consulta por dificultad para iniciar la micción, incontinencia e impotencia refiriendo que durante años, ha presentado temblor, bradicinesia, rigidez, anhidrosis y síncope posturales de repetición. El diagnóstico más probable, entre los siguientes, es:**

1. Parálisis supranuclear progresiva.
2. Síndrome de Parkinson.
3. Forma autosómica de síndrome de Landry-Guillain-Barré.
4. Síndrome de Shy-Drager.
5. Síncope por micción.

**65. En relación con la miastenia gravis, señale cuál de las afirmaciones siguientes es verdadera:**

1. Es más frecuente en varones.
2. Los músculos distales son los que se afectan con mayor frecuencia en las fases iniciales de la enfermedad.
3. La estimulación eléctrica repetitiva a frecuencias altas es siempre diagnóstica.
4. La debilidad muscular miasténica suele acompañarse, en general, de otros signos o síntomas neurológicos.
5. El tratamiento de elección de la miastenia generalizada en pacientes jóvenes es la timentomía.

**66. La enfermedad neurológica (afectación del sistema nervioso central o periférico) con mayor incidencia, entre los siguientes, es:**

1. Herpes zoster
2. ACV o ictus.
3. Demencia.
4. Jaqueca.
5. Epilepsia.

**67. Señale cual de estos fármacos está CONTRAINDICADO en los pacientes con enfermedad de Parkinson muy ancianos:**

1. Levodopa + benseracida.
2. Levodopa + carbidopa.
3. Levodopa retard
4. Anticolinérgicos.
5. Agonistas dopaminérgicos.

**68. Ante una mujer de 80 años con cefalea hemisférica derecha incapacitante y claudicación al masticar. El primer estudio complementario que hay que solicitar, entre los siguientes, es:**

1. Hemograma, VSG y bioquímica sérica rutinaria.
2. Tomografía computada de cráneo.
3. Resonancia magnética de cráneo.
4. Rx de la articulación temporomandibular.
5. Ortopantomografía mandibular.

**69. Una joven de 18 años con historia de anorexia y depresión leve en los últimos meses acude a un servicio de urgencias por cefalea y fiebre de cuatro días de evolución, por lo que fue tratada con un antibiótico que no recuerda. El examen neurológico evidenció leve rigidez de nuca, el escáner craneal fue normal. La punción lumbar mostró un LCR con 550 leucocitos por mm<sup>3</sup>, proteinorraquia de 350 mg/dl y glucorraquia de 8 mg/dl. Señale el diagnóstico menos probable, entre los siguientes:**

1. Meningitis tuberculosa.
2. Meningitis por neumococo.
3. Meningitis por meningococo "decapitada".
4. Meningitis viral.
5. Meningitis por *Hemophilus influenzae*.

**70. La encefalopatía anóxica-isquémica puede provocar secuelas neurológicas permanentes. De las que se citan, señale la menos frecuente:**

1. Coma o estupor persistente.
2. Demencia.
3. Coreoatetosis.
4. Ataxia cerebelosa.
5. Crisis convulsivas.

**71. Paciente de 58 años operado 3 meses antes de aneurisma de la arteria comunicante anterior manifestado por hemorragia subaracnoidea. El postopera-**

torio inmediato fue favorable pero en el último mes el paciente desarrolla dificultad progresiva para la marcha, apatía, torpeza mental e incontinencia urinaria. ¿Cuál de las siguientes complicaciones parece más probablemente la responsable del deterioro neurológico tardío?:

1. Hidrocefalia comunicante.
2. Vasoespasma de las arterias cerebrales anteriores.
3. Hiponatremia por secreción inadecuada de hormona antidiurética.
4. Resangrado por oclusión incompleta del saco aneurismático.
5. Demencia vascular.

72. Paciente de 35 años de edad presenta cuadro de dolor lumbar irradiado a lo largo de la pierna izquierda, acompañado de parestesias en 4º y 5º dedo del pie izquierdo. La exploración neurológica puso de manifiesto dificultad para caminar de puntillas, reflejo aquileo abolido y un signo de Lassègue positivo a 30º en pierna izquierda. Mediante resonancia magnética se objetivó la presencia de una hernia discal. ¿En que nivel encontraríamos la imagen de la hernia discal?:

1. L2-L3.
2. L3-L4.
3. L5-S1.
4. D12-L1.
5. L1-L2.

73. En los craneofaringiomas es característica la presencia de:

1. Hemorragias intratumorales.
2. Quistes y calcificaciones.
3. Zonas de necrosis.
4. Areas sarcomatosas.
5. Areas de metaplasia cartilaginosa.

74. Una de las siguientes afirmaciones, en relación con la neuralgia esencial del trigémino es INCORRECTA:

1. Incide preferentemente en la sexta y séptima décadas de la vida.
2. La exploración neurológica del paciente es habitualmente normal.
3. Los paroxismos dolorosos suelen despertar al paciente por la noche.
4. La localización del dolor en el territorio de la primera rama trigeminal es menor frecuente que en la segunda y tercera.
5. La carbamazepina es la mejor opción terapéutica inicial en la mayoría de los casos.

75. Un hombre de 74 años acude a Urgencias por presentar desde una hora antes dolor retroesternal intenso y diaforesis. Cuatro años antes había sido diagnosticado de arteritis temporal. Fue tratado

con prednisona durante 18 meses. A la exploración, la temperatura es de 36'6°C, la frecuencia cardíaca de 120 l.p.m., la frecuencia respiratoria de 28/m, y la TA de 150/90. No hay ingurgitación yugular ni crepitantes pulmonares; la auscultación cardíaca no añade nada. La radiografía de tórax y el electrocardiograma son normales. El diagnóstico más probable entre los siguientes es:

1. Infarto de miocardio.
2. Pericarditis aguda.
3. Esofagitis aguda.
4. Disección aórtica.
5. Ruptura esofágica.

76. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA en relación con la espondilodiscitis infecciosa?:

1. La radiología simple es poco útil para el diagnóstico precoz de esta entidad.
2. La espondilodiscitis brucelar es a menudo una manifestación precoz de la infección por brucelas.
3. El comienzo de la raquialgia puede ser agudo, con manifestaciones sistémicas, o larvado.
4. El tratamiento antibiótico inicial de la espondilodiscitis infecciosa por gérmenes piógenos debe ser parenteral a dosis máximas durante al menos 4-6 semanas.
5. El diagnóstico de certeza sólo puede establecerse mediante el estudio bacteriológico o histopatológico del tejido afectado.

77. Una mujer de 54 años recientemente postmenopáusicas, preocupada por lo que ha oído sobre la osteoporosis, se somete a un estudio densitométrico óseo. El resultado muestra un valor de T de -1'48 y un valor de Z de -0'31. La conducta a seguir es:

1. Determinar los niveles de calcio y PTH.
2. Hacer un diagnóstico de osteoporosis e instaurar tratamiento con estrógenos.
3. Hacer un diagnóstico de osteoporosis e instaurar tratamiento con difosfonatos.
4. Hacer una biopsia ósea.
5. Considerar que no hay razones para instaurar tratamiento ni continuar el estudio.

78. Una paciente de 66 años acude a su consulta por presentar dolor intenso y tumefacción en su rodilla derecha desde el día anterior, confirmándose la presencia de un derrame sinovial a la exploración. Una radiografía de la articulación podrá aportar datos útiles para el diagnóstico solamente si el paciente sufre:

1. Una artritis séptica.
2. Una espondiloartropatía.
3. Una artritis por pirofosfato cálcico.
4. Un hemartros.
5. Un ataque de gota.

**79. En relación con la artritis gonocócica ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?:**

1. La infección gonocócica diseminada suele cursar con artritis, tenosinovitis y dermatitis.
2. La mayoría de los pacientes con enfermedad gonocócica diseminada tienen síntomas genitourinarios simultáneamente.
3. Las deficiencias de las proteínas de la secuencia final del complemento (C5-C9) confieren un riesgo elevado de presentar artritis gonocócica.
4. En pacientes con artritis gonocócica la tasa de aislamiento en cultivo de *Neisseria gonorrhoeae* es mayor en localizaciones genitourinarias que en el líquido sinovial.
5. El tratamiento antibiótico empírico de elección de la artritis gonocócica es una cefalosporina de tercera generación.

**80. Un paciente de 39 años con insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis desde hace 12 años, consulta por presentar poliartritis simétrica de hombros, carpos y rodillas y síndrome de túnel carpiano bilateral confirmado en estudio neurofisiológico. El recuento celular del líquido sinovial muestra 100 células/mm<sup>3</sup>. ¿Cuál de las siguientes considera que es la causa más probable de su artritis?:**

1. Artritis por depósito de pirofosfato cálcico.
2. Amiloidosis por depósito de beta 2 microglobulina.
3. Gota úrica poliarticular.
4. Osteodistrofia renal.
5. Artritis reactiva postinfecciosa.

**81. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA en relación con la artrosis o enfermedad articular degenerativa?:**

1. Los hallazgos radiológicos característicos incluyen pinzamiento del espacio articular, esclerosis subcondral, osteofitos y en estadios más evolucionados quistes subcondrales y luxaciones articulares.
2. La hipertrofia ósea de las articulaciones interfalángicas distales se conoce con el nombre de nódulos de Heberden.
3. El líquido sinovial de las articulaciones afectas de artrosis muestra una viscosidad reducida y una celularidad escasa.
4. La rigidez que aparece típicamente tras períodos de inactividad es habitualmente de duración inferior a 15-30 minutos.
5. La artrosis esternoclavicular es causa frecuente de consulta por motivos estéticos pero casi siempre es asintomática.

**82. Una paciente de 42 años desde hace 1 año viene notando entumecimiento y cambios de color en las manos generalmente inducidos por el frío, habiendo**

**notado primero palidez, más intensa en los dedos, seguidos de cianosis. Además ha notado marcado engrosamiento de la piel que ocurrió inicialmente en las manos, para luego extenderse a brazos, cara, y últimamente en cara anterior del tórax. Unos anticuerpos antinucleares son positivos y los anticuerpos antitopoisomerasa I también lo son. Indique cual de las siguientes manifestaciones NO corresponde a esta enfermedad:**

1. Hipertensión pulmonar.
2. Esofagitis.
3. Poliartritis.
4. Hipercalcemia.
5. Miocardiopatía.

**83. Indique cual de las siguientes proposiciones le parece CIERTA en relación con un episodio agudo de gota:**

1. Se acompaña siempre de hiperuricemia.
2. El tratamiento requiere alopurinol.
3. Las bursas no se inflaman.
4. Los diuréticos tiazídicos inducen hiperuricemia y gota.
5. El análisis de líquido sinovial no aporta datos útiles.

**84. Atiende a un paciente de 37 años por una artritis en rodilla y tobillo izquierdos, muñeca derecha e interfalángicas distales del 2º y 3er dedo de la mano derecha, presentado además tumefacción evidente del 2º dedo del pie izquierdo que es doloroso, sobre todo a la extensión. En la exploración aprecia psoriasis en el cuero cabelludo. ¿Qué prueba de las siguientes es necesaria para establecer el diagnóstico de artritis psoriásica?:**

1. Proteína C Reactiva.
2. Factor reumatoide.
3. Biopsia sinovial.
4. No precisa más datos para el diagnóstico.
5. Biopsia e inmunofluorescencia de la lesión cutánea.

**85. Paciente varón de 22 años de edad con hemartros sin restos de gotas de grasa en la rodilla tras un traumatismo jugando al fútbol ¿Cuál es la lesión más frecuente que hay que sospechar?:**

1. Rotura de ligamento cruzado anterior.
2. Rotura de la arteria poplítea.
3. Fractura del cuello del peroné
4. Rotura de menisco.
5. Lesión de la plica sinovial.

**86. Ante una fractura patológica de fémur secundaria a una metástasis ósea de cáncer de mama en una mujer de 70 años, ¿Qué actitud terapéutica seguiría?:**

1. Tracción transesquelética.

2. Quimioterapia aislada.
3. Radioterapia y tratamiento hormonal.
4. Tratamiento quirúrgico y tratamiento oncológico específico.
5. Yeso pelvipédico.

**87. Hombre de 25 años de edad presenta, tras caída casual sobre la mano derecha en hiperextensión de la muñeca, dolor selectivo a nivel de la tabaquera anatómica de la muñeca. ¿Qué tipo de lesión hay que sospechar?:**

1. Fractura de Colles.
2. Fractura de estiloides cubital.
3. Luxación perilunar del carpo.
4. Fractura de escafoides de la muñeca.
5. Fractura del primer metacarpiano.

**88. Durante una sustitución veraniega de Pediatría una madre de 41 años nos consulta que a su hija primogénita de 9 meses cada vez resulta más difícil colocarle el pañal. El parto fue por cesárea y la niña ha seguido controles rutinarios del recién nacido sano. Al explorarla apreciamos una marcada dificultad para la separación de los muslos del bebé y una cierta resistencia a la movilidad activa de las caderas, así como asimetría de los pliegues inguinales y glúteos. Nuestra actitud diagnóstica deberá ser:**

1. Radiografía de caderas.
2. Ecografía de caderas.
3. Exploración neurológica exhaustiva.
4. Punción lumbar y análisis de líquido cefalorraquídeo.
5. Resonancia magnética y lumbar.

**89. Un trabajador de la construcción es traído al Servicio de Urgencias tras caerle unas piezas de encofrado con bordes afilados metálicos sobre la muñeca derecha. A la exploración presenta una herida inciso-contusa en la cara volar de la muñeca en su mitad cubital, sangrado profuso continuo, imposibilidad para la flexión aislada del cuarto dedo, e imposibilidad para la abducción y adducción de los dedos segundo a quinto sobre el plano de la mesa, e hipoestesia de cara volar de cuarto dedo, siendo el resto de la exploración neurovascular y tendinosa normales. Las lesiones más probables serán:**

1. Sección de arteria cubital, nervio mediano y flexor superficial de cuarto dedo.
2. Sección de plexo venoso superficial, nervio mediano y flexor superficial de cuarto dedo.
3. Sección de plexo venoso superficial, nervio cubital y flexor superficial de cuarto dedo.
4. Sección de plexo venoso superficial, nervio cubital y flexor profundo de cuarto dedo.
5. Sección de arteria cubital, nervio cubital y flexor profundo de cuarto dedo.

**90. A la Urgencia es traído un hombre de 80 años atropellado. Respira adecuadamente y no presenta sintomatología torácica ni heridas sangrantes, está consciente y orientado y sus TAC craneal y abdominal son normales. Con radiología simple se la diagnostica de fractura conminuta bilateral de ambas mesetas tibiales, fractura subtrocantérea de fémur derecho y fractura de ramas ilio-isquiopúbicas izquierdas. Tras esta evaluación diagnóstica, que se prolonga durante 2 horas, inicia un cuadro de frialdad, sudoración, palidez, hipotensión y taquicardia. La actitud más correcta será:**

1. Perfusión inmediata de cristaloides y expansores del plasma seguida de cirugía inmediata del fémur.
2. Inmovilización de fracturas mediante férulas y tracciones.
3. Reposición de volemia y estabilización inmediata de las fracturas.
4. Laparotomía exploradora, valoración de lesiones urinarias y cirugía de las fracturas.
5. Perfusión inmediata de cristaloides y expansores del plasma, y reposición con concentrados de hemáties en cuanto se disponga de ellos.

**91. Una enfermera de 45 años de edad acude a nuestra consulta por un dolor muy intenso en el hombro izquierdo, no irradiado, de 15 días de evolución, que le impide dormir. La movilidad activa del hombro es completa, y está conservada, y es dolorosa la palpación de la región anterior del manguito de los rotadores y de la cabeza humeral. La radiografía simple es rigurosamente normal. Nuestra actitud deberá ser:**

1. Infiltración local de corticoide y anestésico local.
2. AINES, reposo en cabestrillo, aplicación de calor local.
3. Resonancia magnética.
4. Ecografía.
5. Elctromiograma.

**92. La causa más frecuente de infección secundaria del sistema nervioso central en los pacientes con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es:**

1. Criptococosis meníngea..
2. Toxoplasmosis cerebral.
3. Meningitis bacteriana.
4. Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
5. Encefalitis por Citomegalovirus.

**93. En la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, las células diana, linfocitos CD4+, van disminuyendo con la evolución de la enfermedad, llevando a la aparición de enfermedades oportunistas. Una de ellas muy frecuente en este grupo de pacientes, es la neumonía por pneumocistis carinii.**

**¿Por debajo de qué cifra de CD4+ se aconseja la profilaxis contra ésta?:**

1. Con cualquier cifra de CD4+
2. 500/mm<sup>3</sup>
3. 350/mm<sup>3</sup>
4. No es necesario tener la cifra de CD4+ si el paciente ha iniciado tratamiento antirretroviral.
5. 200/mm<sup>3</sup>

**94. Entre los siguientes parámetros analíticos, en un paciente con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), ¿cuál es el que mejor predice la evolución de la enfermedad hacia el Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (SIDA)?:**

1. Niveles de ARN del VIH.
2. Niveles de antígeno del VIH.
3. Niveles de linfocitos CD4+.
4. Niveles de linfocitos CD8+.
5. Niveles de β2 microglobulina.

**95. Señale la respuesta correcta en cuanto a la tuberculosis en pacientes con infección por VIH.**

1. En nuestro medio se asocia siempre a deplección importante de linfocitos CD4+ (<200/mm<sup>3</sup>).
2. Se asocia a Mantoux positivo en la mayoría de los casos.
3. La forma extrapulmonar más frecuente es la tuberculosis pleural.
4. La lesión patognomónica en la radiografía de tórax es la imagen cavitaria en lóbulos superiores.
5. La respuesta al tratamiento suele ser similar a la de los pacientes sin infección VIH.

**96. Un paciente de 67 años presenta cefalea, confusión y fiebre de 38°C, desde hace 2 semanas. En la exploración se aprecia rigidez de nuca y parálisis del VI par craneal del lado izquierdo. El TAC craneal muestra un aumento de densidad en cisternas basales. El LCR presenta 300 células (80% linfocitos), glucosa 20 mg/dL, proteínas 200 mg/dL. La tinción de gram no muestra gérmenes y el Zhiel es negativo. ¿Cuál es su diagnóstico?:**

1. Meningitis meningocócica.
2. Meningitis neumocócica.
3. Meningitis tuberculosa.
4. Meningoencefalitis herpética.
5. Meningitis por Criptococo.

**97. Una enfermera de neonatología de 52 años nos consulta porque a su marido le acaban de diagnosticar de tuberculosis pulmonar activa. Tres meses antes de la exposición, esta mujer se realizó test tuberculínico (PPD) que fue negativo en 2 determinaciones, con una semana de intervalo. Refiere buena salud y la placa de tórax que se realizó tras la exposición, es normal. Se repite el test tuberculínico (PPD) a las 4 semanas de la exposición, apreciándose una indura-**

**ción de 8 mm. De las siguientes ¿cuál es la medida más adecuada para esta mujer?:**

1. Repetir el test tuberculínico (PPD) en un mes para comprobar si ha aumentado la induración a más de 10 mm. En este momento no requiere tratamiento y puede seguir trabajando.
2. Repetir la placa de tórax ahora. Si negativa, realizar periódicamente placas de tórax, especialmente si desarrolla síntomas pulmonares. Puede continuar en su trabajo a menos que desarrolle síntomas pulmonares.
3. Comenzar inmediatamente tratamiento con isoniacida durante un mínimo de 6 meses. Puede incorporarse al trabajo en 15 días.
4. Repetir la placa de tórax ahora y si es negativa, comenzar profilaxis con isoniacida durante al menos 6 meses e incorporarse a su trabajo.
5. Realizar cultivo de micobacterias en esputo y comenzar tratamiento con isoniacida, rifampicina y piracinamida hasta tener el resultado.

**98. Una mujer de 25 años acude a su consulta por tos con expectoración amarillenta, desde hace varias semanas; durante los últimos 3 días el esputo contiene “hilillos” de sangre. Desde el inicio del cuadro ha presentado malestar general, astenia, sudoración nocturna y sensación febril. Refiere ingesta ocasional de alcohol y fuma un paquete de cigarrillos al día, pero niega consumo de drogas por vía intravenosa. A la exploración está delgada y pálida, la temperatura es de 37.5°C, 90 latidos/minuto, 14 respiraciones/minuto; en el tórax se aprecia matidez a la percusión, roncus y respiración bronquial en el campo pulmonar superior derecho; siendo normal el resto de la exploración. El diagnóstico más probable es:**

1. Neumonía neumocócica.
2. Embolismo pulmonar.
3. Neumonía por *Legionella*.
4. Neumonía por *Rhodococcus equi*.
5. Tuberculosis.

**99. Un estudiante de 20 años acude a urgencias con una historia de cefalea progresiva, somnolencia, náuseas y vómitos. A la exploración, tiene una temperatura de 39°C y está estuporoso. El paciente no puede cooperar con la exploración y no se visualiza adecuadamente el fondo de ojo. Tiene rigidez de nuca y parálisis del VI par craneal izquierdo. El resto de la exploración física es normal. Tras extraer 2 hemocultivos, ¿cuál es la decisión inmediata más adecuada?:**

1. TAC craneal y punción lumbar (si no contraindicada por los resultados de dicho TAC), seguido de la administración intravenosa de cefotaxima y ampicilina.
2. Punción lumbar y pruebas de laboratorio, seguido de la administración intravenosa de ampicilina.

3. Administración intravenosa de cefotaxima o ceftriaxona, seguido de TAC craneal y punción lumbar (si no contraindicada por los resultados de dicho TAC).
4. Admitir para observación después de realizar TAC craneal y punción lumbar (si no contraindicada por los resultados de dicho TAC) difiriendo el tratamiento antimicrobiana hasta tener los resultados del análisis del LCR.
5. Administrar 120 mg de prednisona, 2 g de ceftriaxona y, cuando desaparezca la rigidez de nuca, hacer punción lumbar.

**100. Un niño de 14 años previamente sano, presenta cefalea y desorientación progresiva de 24 horas de evolución. Una hermana de 12 años de edad, había sido tratada 2 años antes de meningitis meningocócica. El examen físico revela una temperatura de 39,5°C, tiene rigidez de nuca y está somnoliento. En las pruebas de laboratorio destacan 18.000 leucocitos/μL, con un 70% de neutrófilos y 12% de cayados. La creatinina, glucosa, electrolitos y bioquímica hepática son normales. El LCR muestra 380 leucocitos/μL, con 98% de neutrófilos, glucosa de 19 mg/dL y proteínas de 165 mg/dL. En la tinción de Gram del LCR se observan diplococos gram negativos y en el cultivo se aísla *Neisseria meningitidis*. El paciente responde adecuadamente al tratamiento con penicilina. ¿Qué exploración diagnóstica consideraría más indicada en este momento?:**

1. Niveles de inmunoglobulinas.
2. Properdina sérica.
3. Nivel de complemento hemolítico total.
4. Estudios de la función de los neutrófilos.
5. Anticuerpos séricos a los polisacáridos específicos del meningococo.

**101. Señalar los agentes etiológicos más frecuentes de la meningitis aguda purulenta en adultos inmunocompetentes:**

1. *Staphylococcus aureus* y Bacilos gram negativos.
2. *Neisseria meningitidis*, *Hemophilus influenzae* y *Streptococcus pneumoniae*.
3. *Streptococcus pneumoniae* y *Neisseria meningitidis*.
4. Bacilos Gram negativos, *Streptococcus agalactiae* y *Listeria monocytogenes*.
5. *Enterobacter cloacae* y *Bacteroides fragilis*.

**102. La mayoría de las meningitis producidas tras un traumatismo craneal abierto o relacionadas con infecciones parameningeas del área otorrinolaringológica están producidas por:**

1. *Hemophilus influenzae*.
2. *Neisseria meningitidis*.
3. *Streptococcus pneumoniae*.
4. Bacilos Gram negativos.
5. *Staphylococcus aureus*.

**103. Una paciente de 25 años con una historia de contactos sexuales con distintas parejas en los últimos meses, consulta por fiebre elevada, cefalea, adenopatías inguinales y úlceras dolorosas en vulva. ¿Cuál es el diagnóstico más adecuado?:**

1. Infección por Citomegalovirus.
2. Primoinfección por Herpes Simple tipo 2.
3. Vaginitis candidiásica.
4. Enfermedad pélvica inflamatoria por Clamidia.
5. Lúes secundaria.

**104. Una paciente de 44 años, sometida a mastectomía izquierda con vaciamiento ganglionar, presenta 8 meses después de la intervención un cuadro febril con celulitis extensa en brazo izquierdo, que se resuelve con tratamiento antibiótico. Seis meses más tarde, acude de nuevo por un cuadro similar. ¿Cuál es el agente etiológico más probable?:**

1. *Staphylococcus Epidermis*.
2. *Streptococcus Agalactiae*.
3. *Corynebacterium Hemoliticum*.
4. *Streptococcus Pyogenes*.
5. *Pasteurella Multocida*.

**105. Un colega te pide consejo acerca de 3 pacientes, de la misma familia, que llevan varios días con dolor en hipocondrio derecho, diarrea y fiebre. En los análisis rutinarios se detecta una eosinofilia del 40% (2.500 eosinófilos/μL). ¿Qué pregunta te parece más relevante en la anamnesis, de cara a diagnosticar el patógeno responsable?:**

1. Ingesta de lácteos sin higienizar.
2. Ingesta de pastelería o comida sin refrigerar.
3. Ingesta de berros.
4. Contacto con perros.
5. Contacto con gatos.

**106. Señale de entre las siguientes una característica cierta de la infección por *Vibrio Cholerae* (Cólera):**

1. Provoca afectación prioritaria de intestino grueso.
2. Es característica la ausencia de leucocitos en heces.
3. Se asocia a la destrucción de células de la mucosa intestinal por efecto de citotoxinas.
4. La cuantía del inóculo y la acidez gástrica son factores de poca importancia en la evolución de la infección.
5. El tratamiento de elección son las cefalosporinas de 3ª generación.

**107. Un varón de 45 años se presenta en su consulta por diarrea severa de curso ondulante desde hace 3 meses. Refiere 3 a 10 deposiciones acuosas al día. Ha perdido 7,5 kg de peso en este tiempo. Hace 6 meses presentó una meningitis criptocócica. En la actualidad rechaza hacer tratamiento antiretroviral y**

la cifra de linfocitos CD4+ es de 26/ $\mu$ L. Se han analizado 6 muestras de heces, no encontrándose evidencia de patógenos bacterianos, huevos, parásitos o *Clostridium difficile*. La diarrea no mejoró con Loperamida. ¿Cuál debería ser el procedimiento siguiente para encontrar una causa tratable a su diarrea?:

1. TAC abdominal.
2. Colonoscopia con biopsia mucosa.
3. Ecografía abdominal.
4. Gammagrafía con galio.
5. Cultivo de heces para micobacterias.

**108. Se encuentra con un paciente en buen estado general y con adenopatías múltiples. La biopsia es diagnóstica de un linfoma folicular. Cual de las siguientes afirmaciones es correcta respecto a estos pacientes:**

1. No es demorable el inicio de tratamiento.
2. La mayoría de los pacientes tienen síntomas B.
3. En ocasiones se transforman a una forma histológica más grave.
4. No es frecuente la afectación ósea.
5. La radioterapia es el tratamiento de elección en los estadios III y IV.

**109. En la deficiencia de vitamina B<sub>12</sub>. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?:**

1. La anemia se instaura rápidamente.
2. Los síntomas neurológicos pueden aparecer sin anemia.
3. Los reticulocitos están elevados.
4. Puede aparecer ataxia (signo de Romberg) por afectación del cerebelo.
5. Puede presentarse signo de Babinski por afectación de los cordones posteriores.

**110. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta? La absorción de hierro en un individuo normal:**

1. Es mayor si la dieta es rica en hierro inorgánico.
2. Es mayor si la dieta es rica en hierro hémico.
3. Se inhibe por el ácido ascórbico de los cítricos.
4. Aumenta con los ftalatos de las verduras.
5. Tiene lugar en el intestino grueso.

**111. Es característico de una anemia megaloblástica por déficit de folatos todo lo indicado, EXCEPTO:**

1. Macrocitosis en sangre periférica.
2. Aumento de los neutrófilos poli-segmentados.
3. Elevación de la LDH.
4. Elevación del ácido metil-malónico en plasma.
5. Elevación de la homocisteína plasmática.

**112. En un paciente con 60 años, buen estado general, exploración física normal y un hemograma con leu-**

**cocitos 70.000/mm<sup>3</sup> (90% linfocitos), sin anemia ni trombopenia, el diagnóstico más probable y tratamiento más adecuado, son:**

1. Diagnóstico: Leucemia linfática crónica. Tratamiento: no precisa.
2. Diagnóstico: Leucemia linfática crónica estadio A. Tratamiento: No precisa.
3. Diagnóstico: Linfoma leucemizado. Tratamiento: Poli quimioterapia.
4. Diagnóstico: Leucemia prolinfocítica. Tratamiento: Fludarabina.
5. Diagnóstico: Leucemia linfática crónica estadio A. Tratamiento: Fludarabina.

**113. Se encuentra usted ante un paciente que le envían con la sospecha de padecer, por la historia clínica y la exploración física, especialmente las lesiones cutáneas, una matocitosis sistémica. ¿Qué prueba debe realizar para confirmar el diagnóstico?:**

1. La búsqueda del signo de Darier (producción de habones y eritema tras la manipulación digital de una lesión cutánea).
2. Una gastroscopia diagnóstica de ulcus gastroduodenal.
3. Repetición seriada de los niveles de histamina sanguínea.
4. Biopsia de médula ósea.
5. Biopsia de la lesión cutánea.

**114. El ácido holo-trans-reinoico (ATRA) es una terapéutica especialmente eficaz en una de las siguientes variedades de leucemia:**

1. Leucemia aguda linfoblástica.
2. Leucemia aguda promielocítica.
3. Leucemia mieloide crónica.
4. Leucemia linfática crónica.
5. Leucemia aguda megacariocítica.

**115. ¿Cuál de las siguientes tinciones citoquímicas es determinante para identificar una de las variedades de síndrome mielodisplásico?:**

1. Peroxidasa.
2. Perls (hierro).
3. PAS.
4. Fosfatasas alcalinas granulocíticas.
5. Fosfatasas ácidas.

**116. La causa más frecuente de hipercoagulabilidad hereditaria es:**

1. Déficit de proteína C.
2. Déficit de proteína S.
3. Déficit de antitrombina III.
4. Factor V de Leiden.
5. Alteración del plasminógeno.

**117. La infiltración linfomatosa de la sangre periférica es especialmente frecuente en:**

1. Linfoma de Burkitt.
2. Linfoma de células de grandes difuso.
3. Linfoma linfocítico bien diferenciado difuso
4. Linfoma de Hodgkin.
5. Linfomas nodulares centrolímbicos.

**118. Señale cual de las siguientes afirmaciones es correcta, en relación con las crisis hemolíticas por déficit de glucosa-6-fosfato dehidrogenasa eritrocitaria:**

1. Son menos frecuentes en las mujeres.
2. Son independientes de la ingestión de habas verdes.
3. Son independientes de la intoxicación por bolas de naftalina antipolillas.
4. Son independientes de la ingestión de antipalúdicos.
5. Son independientes de las infecciones virales.

**119. Los requerimientos de proteínas aumentan en todas las siguientes circunstancias, salvo en:**

1. Embarazo y lactancia.
2. Crecimiento.
3. Síndrome nefrótico.
4. Recuperación de situaciones de desnutrición.
5. Ejercicio intenso como ocurre en los culturistas.

**120. Señale cual de los siguientes hechos NO está presente en el síndrome de la neoplasia endocrina múltiple familiar tipo I (MEN-I):**

1. Hiperplasia paratiroidea de las cuatro glándulas.
2. Diátesis ulcerogénica por hipergastrinemia.
3. Tumores pancreáticos productores de polipéptido intestinal vasoactivo (VIP).
4. Carcinoma medular tiroideo.
5. Adenomas suprarrenales.

**121. Un paciente de 37 años ha sido sometido a una tiroidectomía total por un tumor maligno tiroideo multifocal, productor de calcitonina. ¿Qué investigación genética puede detectar la afección en sus familiares?:**

1. Expresión excesiva del oncogén HER-2/neu (c-erb B2).
2. Mutación en el protooncogén RET.
3. Amplificación del protooncogén N-myc.
4. Mutación en el gen BRCA-1.
5. Mutación en el gen p53.

**122. Mujer de 52 años que padece crisis renales de repetición. En el estudio de la causa se detecta hipercalcemia y niveles plasmáticos de hormona paratiroidea molécula intacta elevados. Con vistas al tratamiento quirúrgico de dicha causa, ¿qué mé-**

**todo de localización de la lesión es obligado realizar preoperatoriamente?:**

1. Arteriografía selectiva.
2. Resonancia magnética nuclear.
3. Ninguno.
4. Ecografía
5. Gammagrafía.

**123. La determinación de tiroglobulina sérica tiene su mayor utilidad en el seguimiento de pacientes:**

1. Tratados con tiroidectomía total por cáncer diferenciado de tiroides.
2. Tratados con hemitiroidectomía por cáncer diferenciado de tiroides.
3. Tratados con tiroidectomía total por cáncer anaplástico de tiroides.
4. Con tiroiditis de Riedel.
5. Con hipertiroidismo tratados con yodo radiactivo.

**124. Si un hombre obeso de 50 años presenta valores repetidos de glucemia en ayunas entre 110-125 mg/dl. ¿cuál es, entre las siguientes, la actitud más correcta?:**

1. Establecer el diagnóstico de Diabetes Mellitus e iniciar tratamiento dietético.
2. Realizar curva de glucemia con sobrecarga oral para precisar el diagnóstico.
3. Recomendar bajar peso sin hacer más averiguaciones.
4. Comenzar tratamiento con dosis bajas de Metformina.
5. Comenzar tratamiento con sulfonilureas en una sola dosis matutina.

**125. ¿Cuál de los siguientes fármacos está CONTRA-INDICADO durante el embarazo de la mujer diabética?:**

1. Derivado de hierro por vía oral.
2. Insulina de acción rápida.
3. Insulina de acción intermedia.
4. Insulina de acción ultralenta.
5. Sulfonilureas.

**126. Ante un diabético tipo I (Insulin-Dependiente) que empieza a presentar valores elevados y repetidos de microalbuminuria (por encima de 30 microgramos/minuto o mg/24 horas). ¿Cuál de las siguientes actitudes NO es correcta?:**

1. Mejorar significativamente su control metabólico.
2. Si es hipertenso controlar más exigentemente sus cifras tensionales.
3. Añadir a su tratamiento habitual dosis bajas de corticoides, por ejemplo Prednisona 5 mg/día.
4. Valorar periódicamente su función renal: creatina y aclaramiento de creatinina.
5. Añadir a su tratamiento habitual, aunque sea

nomotenso, fármacos inhibidores de la enzima convertora de angiotensina, por ejemplo Captopril.

**127. ¿Cuál de los siguientes datos analíticos de la sangre es característico tanto de la insuficiencia adrenal aguda de origen adrenal como de la insuficiencia adrenal aguda de origen hipotálamo-hipofisario?**

1. Elevación de la ACTH.
2. Hipopotasemia.
3. Hiperglucemia.
4. Hiponatremia.
5. Descenso de la aldosterona.

**128. En hipertensos son sospecha clínica de feocromocitoma, ¿cuál de los siguientes grupos de hipotensores está CONTRAINDICADO en el tratamiento inicial del paciente?:**

1. Antagonistas del calcio.
2. Betabloqueantes.
3. Diuréticos.
4. Alfabloqueantes.
5. Inhibidores del enzima convertor de la angiotensina (IECA).

**129. Una paciente con aspecto cushingoide presenta niveles mínimos, indetectables, de adrenocorticotropina (ACTH), cortisolemia y cortisol libre urinario elevados, sin descenso de éstos últimos tras la administración de 0,5 mg/6 h ni de 2 mg/6h de dexametasona. Entre los siguientes, ¿cuál es el diagnóstico más probable?:**

1. Adenoma hipofisario secretor de ACTH.
2. Bloqueo adrenal congénito.
3. Adenoma adrenal.
4. Tumor secretor de hormona liberadora de corticotropina (CRH).
5. Secreción ectópica de ACTH.

**130. Un hombre de 45 años, previamente sano, es diagnosticado de neumonía del lóbulo inferior derecho. A la exploración física el paciente está consciente y orientado, TA 120/80 en supino que sube a 130/90 tras la bipedestación. Buen estado de hidratación. Diuresis de 24 horas: 1 litro, con balance negativo. Presenta la siguiente analítica sanguínea: Hemoglobina 12 g/dl. Creatinina 0,6 mg/dl. Calcio 8,5 mg/dl. Acido úrico 2,2 mg/dl. Sodio 127 mEq/l. Potasio 3,4 mEq/l. Proteínas totales 5,8 g/dl. La actitud a seguir ante la hiponatremia de este paciente es:**

1. Restricción hídrica.
2. Tratamiento con furosemida.
3. Tratamiento nutricional intensivo.
4. Solución salina hipertónica intravenosa.
5. Ingesta de abundante agua.

**131. Un hombre de 40 años refiere astenia e impotencia coeundi. En la analítica, presenta una prolactina sanguínea en niveles diez veces por encima de los límites normales superiores. En la resonancia magnética se evidencia un tumor hipofisario. Los niveles de LH, FSH y testosterona más probables serán:**

1. Niveles elevados de LH y FSH, niveles bajos de testosterona.
2. Niveles bajos de LH, FSH y testosterona.
3. Niveles bajos de LH y FSH, normales de testosterona.
4. Niveles elevados de LH, FSH y testosterona.
5. Niveles elevados de LH y bajos de FSH y testosterona.

**132. Son sugestivos de estenosis de la arteria renal los siguientes hallazgos en un sujeto joven, EXCEPTO:**

1. Alcalosis metabólica.
2. Hiperpotasemia.
3. Presencia de síntomas de insuficiencia vascular en otros órganos.
4. Soplos abdominales.
5. Cuadros de tetania.

**133. ¿Cuál es la glomerulonefritis que con mayor frecuencia se asocia a la existencia de reflujo vesicoureteral?:**

1. Nefropatía IgA.
2. Glomerulonefritis Membranosa.
3. Glomerulonefritis Membrano-Proliferativa
4. Hialinosis segmentaria y focal.
5. Enfermedad por lesiones mínimas.

**134. Paciente de 45 años que acude a la urgencia del hospital por dolor en fosa lumbar derecha irradiado a genitales, de carácter cólico, de dos días de evolución. Posteriormente desarrolló fiebre alta con escalofríos, detectándose en el examen de la sangre una leucocitosis de 20.000 por mm<sup>3</sup>, con desviación a la izquierda, y en el sedimento de la orina, microhematuria, piuria y bacteriuria, ¿qué exploración complementaria, de entre las siguientes, sería la más adecuada como primera opción, en este caso?:**

1. Ecografía abdominal.
2. Urología retrógrada.
3. Tomografía renal.
4. TAC abdominal.
5. Renograma isotópico.

**135. De entre los siguientes fármacos ¿cuál es el que produce hiponatremia con más frecuencia?:**

1. Furosemida.
2. Digital.
3. Prednisona.

4. Penicilina.
5. Tiazidas.

**136. Paciente de 65 años, diagnosticada de insuficiencia cardíaca, que sigue tratamiento habitual con Inhibidores de la Enzima Convertidora de la Angiotensina (IECAS), Espironolactona y Furosemida. En una analítica de rutina presenta unas cifras de potasio sérico de 5,8 mEq/L, ¿qué variaciones deberemos realizar en su tratamiento?:**

1. Elevar las dosis de Furosemida.
2. Añadir resinas de intercambio iónico.
3. Añadir Digitálicos.
4. Suspender los IECAS y la Espironolactona.
5. Suspender la Espironolactona.

**137. Hombre de 75 años que acude al Hospital por oliguria de varios días de evolución y dolor en hipogastrio, donde se palpa una masa. En el examen de la sangre se detecta una creatinina de 3 mg/dL y un potasio de 5,8 mEq/L. ¿Qué maniobra, de entre las siguientes, considera la más recomendable en este caso?:**

1. Hemodiálisis.
2. Sondaje urinario.
3. Urografía intravenosa.
4. TAC abdominal.
5. Cistoscopia.

**138. La asociación de Insuficiencia Renal Aguda, fiebre, artralgias, exantema y eosinofilia sugiere preferentemente:**

1. Granulomatosis alérgica (Churg Strauss)
2. Nefritis intersticial aguda.
3. Angeritis leucocitoclástica.
4. Granulomatosis de Wegener.
5. Necrosis tubular alérgica.

**139. Un niño de 6 años presenta edema generalizado y proteinuria de 8 gramos al día, sin hematuria, hipertensión ni disminución de la función renal. La actitud más adecuada en este caso sería:**

1. Confirmar la existencia de proteinuria.
2. Precisar la selectividad de la proteinuria.
3. Realizar biopsia renal.
4. Estudiar a fondo su estado inmunológico.
5. Administrar esteroides.

**140. La enfermedad renal denominada Glomerulonefritis membranosa (GNM) cursa habitualmente con un Síndrome Nefrótico (SN) de larga evolución. Se han descrito diferentes causas etiológicas inductoras de GNM y se acepta que de poder controlar la causa o eliminar el agente, la enfermedad renal podría remitir. De las abajo enumeradas, todas, EXCEPTO UNA, pueden ser inductoras de Glomerulonefritis Membranosa. Señálela:**

1. Virus B de la hepatitis.
2. Tumores sólidos del colon.
3. Dermatitis herpetiforme.
4. Picaduras por determinados insectos (abejas, avispas)
5. Administración prolongada de Penicilamina.

**141. Una paciente de 35 años de edad con aspiración nasogástrica por estenosis pilórica presenta un potasio sérico de 2 mEq/L (valores normales 3.5-5 mEq/L) al tercer día de su ingreso. Señale cual de estas afirmaciones es la correcta en este contexto:**

1. La causa más importante de la hipopotasemia es por la aspiración nasogástrica.
2. Las pérdidas renales de potasio son mínimas como mecanismo compensatorio renal ante las pérdidas digestivas.
3. Se requeriría la administración de volumen y cloruro sódico para su corrección.
4. Rara vez se acompaña de alcalosis metabólica.
5. La estenosis pilórica es una causa muy rara de hipopotasemia, por lo que habría que buscar otras causas.

**142. ¿Qué marcador o conjunto de marcadores, entre los siguientes, es de utilidad clínica en el manejo del cáncer testicular?:**

1. Antígeno carcino-embriionario y alfa fetoproteína.
2. Gonadotropina coriónica (subunidad Beta).
3. Antígeno específico prostático y antígeno carcino-embriionario.
4. Alfa-fetoproteína y carnitina.
5. Alfa-fetoproteína y PSA.

**143. ¿Cuál es el mejor método de estadificación local en el cáncer vesical?:**

1. Ecografía.
2. Scanner.
3. Resonancia Magnética Nuclear.
4. Resección trasuretral.
5. Palpación bimanual.

**144. Un hombre de 71 años presenta un cuadro constituido por polaquiuria, tenesmo vesical y dolor suprapúbico de repetición, que no cede con tratamiento antibiótico. La analítica de orina sólo muestra una hematuria macroscópica con pequeños coágulos. ¿En qué proceso etiológico pensaría en primer lugar?:**

1. Cistitis por *E. Coli*.
2. Carcinoma de células transicionales.
3. Cistitis intersticial.
4. Cistitis gonocócica.
5. Esquistosomiasis.

**145. Una paciente de 52 años consulta por una historia de varios meses de evolución de síndrome irritativo vesical y dolor suprapúbico. La exploración física no revela datos de interés, los cultivos de orina son repetidamente negativos, así como las citologías urinarias. En la exploración cistoscópica se objetivan petequias submucosas a la distensión vesical y las biopsias han sido inflamatorias. ¿Cuál es el diagnóstico de presunción?:**

1. Carcinoma *in situ*.
2. Litiasis yuxtameatal.
3. Carcinoma infiltrante.
4. Infección por *Ureaplasma*.
5. Cistitis intersticial.

**146. Las ampollas del pénfigo vulgar se caracterizan por:**

1. Aparecer sobre piel aparentemente sana.
2. Transformarse rápidamente en úlceras profundas.
3. Ser tensas y resistentes a la rotura.
4. Ser intersamente pruriginosas.
5. Su contenido hemorrágico.

**147. La isotretinoína es un fármaco que se emplea por vía oral para tratar el acné en algunos pacientes. ¿Cuál de las siguientes respuestas es FALSA?:**

1. Puede elevar los niveles séricos de colesterol y triglicéridos.
2. Produce casi siempre una importante sequedad de piel y mucosa.
3. Es teratógeno y por ello es obligatorio que las mujeres que lo tomen realicen una anticoncepción durante al menos 2 años después de finalizado el tratamiento.
4. Puede alterar el proceso de cicatrización de las heridas y facilitar la aparición de queloides.
5. Se han dado casos de hipertensión endocraneal asociados a esta medicación.

**148. Un nombre de 65 años presenta un herpes zóster en la cara. ¿Cuándo debe pedirse consulta con un oftalmólogo?:**

1. Presenta lesiones en la punta y lado de la nariz.
2. El nervio facial y el auditivo están afectados.
3. Los nervios supraorbitales están afectados.
4. El paciente presenta un síndrome de Ramsay-Hunt.
5. La rama maxilar del 5º nervio está afectada.

**149. ¿Cuál de las siguientes manifestaciones cutáneas suele acompañar a la atopia?:**

1. Piel seca.
2. Congestión facial.
3. Onicodistrofia.
4. Perniosis.
5. Alopecia.

**150. En una paciente afecta de lupus eritematoso cutáneo subagudo, el tipo de autoanticuerpos circulantes que encontraremos con mayor frecuencia será:**

1. Anti-Ribonucleoproteína:
2. Anti-Sm.
3. Anti-Ro.
4. Anti-histona.
5. Anti-centrómetro.

**151. Los siguientes factores pueden provocar un brote de psoriasis, EXCEPTO:**

1. Infecciones.
2. Factores hormonales.
3. Trauma.
4. Medicamentos.
5. Estrés.

**152. El tratamiento de la retinopatía diabética se efectúa con:**

1. Fármacos anticolinérgicos.
2. Fotocoagulación con láser.
3. Inyección de insulina subconjuntival.
4. Antiinflamatorios no esteroideos.
5. Láser excimer.

**153. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones realizadas sobre un tipo concreto de migraña es FALSA?:**

1. La migraña oftalmopléjica es típica de niños antes de los 10 años de edad.
2. La migraña complicada se asocia característicamente a uveítis e hipertensión ocular.
3. El aura visual de la migraña clásica tiene una progresión típicamente centrífuga.
4. El único síntoma visual característico de la migraña común es la fotofobia.
5. La migraña complicada con afectación visual produce secuelas campimétricas permanentes.

**154. ¿Cuál de los siguientes enunciados es INCORRECTO en la hipermetropía?:**

1. El ojo hipermetrope es típicamente grande, no sólo en su diámetro anteroposterior sino en todos los demás.
2. El ojo está predispuesto al glaucoma de ángulo cerrado.
3. Es el error de refracción en el que los rayos paralelos de luz son llevados a un foco por detrás de la retina.
4. Se puede asociar estrabismo divergente.
5. En los grados extremos pueden aparecer aberraciones del desarrollo, como colobomas o microfalmía.

**155. La motilidad de los párpados depende de:**

1. III y VII par craneal.
2. II par craneal.
3. VI par craneal.
4. III y VI par craneal.
5. II y VI par craneal.

**156. Señale qué forma de glaucoma, entre las siguientes, es la más frecuente en la práctica clínica:**

1. La secundaria a diabetes.
2. La primaria de ángulo estrecho.
3. La congénita.
4. La primaria de ángulo abierto.
5. La secundaria a cirugía.

**157. Ante un cuadro de ftopia persistente en el ojo derecho localizada a la altura de la punta de la nariz y visión de puntos móviles en forma de lluvia, la localización más probable del desgarro retiniano será:**

1. Temporal superior.
2. Nasal superior.
3. Nasal inferior.
4. Temporal inferior.
5. En cualquier cuadrante.

**158. La inclusión del epitelio queratinizante en el oído medio es característico de:**

1. Otitis tuberculosa.
2. Perforación timpánica.
3. Colesteatoma.
4. Otitis serosa.
5. Miringitis granulosa.

**159. Cuando hablamos de una Ránula nos referimos a:**

1. Quiste sebáceo en la mucosa yugal.
2. Quiste perialveolar de los incisivos.
3. Quiste dermoide retroorbitario.
4. Quiste maligno glótico.
5. Quiste de retención por obliteración de conductos excretores sublinguales.

**160. El Síndrome de Ransay Hunt se caracteriza por parálisis facial que acompaña a:**

1. Otitis media colestomatosa.
2. Parálisis yatrogénica.
3. Parálisis por traumatismo craneal.
4. Neurinoma del facial.
5. Herpes zóster.

**161. Las pruebas de Rinne negativo es propio de las sorderas de:**

1. Percepción.
2. Transmisión.
3. Tumores del acústico.
4. Cofosis.

5. Menière.

**162. Si durante una intervención quirúrgica del tiroides seccionamos el nervio recurrente derecho de un paciente, ¿cuál será, entre las siguientes la alteración clínica más probable?:**

1. Disnea y posición media de la cuerda vocal derecha.
2. Disfonía y posición paramediana de la cuerda vocal derecha.
3. Voz bitonal y posición intermedia de la cuerda vocal izquierda.
4. Disnea intensa con posición paramediana bilateral.
5. Posición lateral o respiratoria de la cuerda ipsilateral.

**163. El fibroangioma nasofaríngeo se caracteriza por:**

1. Epistaxis en la pubertad masculina.
2. Epistaxis en la pubertad femenina.
3. Epistaxis en el adulto (30-40 años).
4. Rinorrea en la edad juvenil del varón.
5. Diplopia, anosmia e hipoacusia.

**164. ¿Cuál de los siguientes síntomas se asocia a la sobredosis de opiáceos?:**

1. Pupilas dilatadas.
2. Edema pulmonar.
3. Aumento de la temperatura corporal.
4. Rubor cutáneo.
5. Crisis comiciales.

**165. ¿Cuál de las siguientes medicaciones reduce el aclaramiento renal y aumenta las concentraciones de litio hasta niveles potencialmente peligrosos?:**

1. Ibuprofeno.
2. Furosemida.
3. Tetraciclina.
4. Teofilina.
5. Carbamazepina.

**166. ¿Cuál de los siguientes datos es una característica principal de la encefalopatía de Wernicke?:**

1. Inicio agudo.
2. Asociación a crisis comiciales alcohólicas.
3. Asociación a amnesia retrógrada.
4. Tratamiento eficaz con ácido fólico.
5. Asociación a alucinaciones visuales.

**167. Una mujer de 25 años es enviada al psiquiatra por un cirujano plástico, debido a que afirma constantemente que tiene hinchada una parte de la cara. El cirujano no ha podido comprobar en ningún momento esta afirmación. El diagnóstico más probable es de:**

1. Simulación.
2. Bulimia nerviosa.
3. Trastorno de conversión.
4. Trastorno de somatización.
5. Trastorno dismórfico corporal.

**168. ¿Cuáles de los siguientes problemas psiquiátricos ve aumentada su frecuencia con la edad?:**

1. Depresión.
2. Trastornos psicóticos.
3. Trastornos fóbicos.
4. Suicidio.
5. Trastorno de ansiedad generalizada.

**169. Los criterios diagnósticos para el trastorno por estrés postraumático incluyen todos los siguientes EXCEPTO:**

1. La re-experimentación del episodio.
2. El aumento del grado de alerta.
3. La evitación de estímulos.
4. El estado de ánimo deprimido.
5. Restricción de la vida afectiva.

**170. Atendemos a una chica de 16 años que nos cuenta que lleva un tiempo con menos apetito y durmiendo menos ya que le cuesta poder dormirse. Es una buena estudiante, pero en la última evaluación le han quedado cuatro asignaturas y le cuesta concentrarse en los estudios. Los dos últimos fines de semana no ha salido con sus amigas porque no le apetecía y se siente irritada con su familia, aunque no entiende porqué. Tiene dolores de cabeza y a veces le viene la idea de la muerte a la imaginación aunque piensa que no lo haría por sus sentimientos religiosos. Nunca le había sucedido algo parecido. El diagnóstico sería:**

1. Trastorno depresivo mayor.
2. Trastorno ciclotímico.
3. Trastorno distímico.
4. Anorexia.
5. Episodio depresivo mayor.

**171. ¿Qué grupo de Psicofármacos estarían CONTRA-INDICADOS en el tratamiento de un Trastorno por Déficit de Atención?:**

1. Antidepresivos.
2. Barbitúricos.
3. Anticonvulsivantes.
4. Estimulantes.
5. Antipsicóticos.

**172. En el trastorno paranoide de la personalidad es FALSO que:**

1. Exista un exceso de suspicacia.
2. Se tengan ideas delirantes de perjuicio.
3. Se tienda a ser rencoroso.

4. Se confíe poco en los demás.
5. Se sospeche de la fidelidad de la pareja.

**173. Consultan unos padres porque su hijo, de cinco años, lleva varias noches despertándose agitado como si hubiera soñado algo que le angustia. Cuando acuden a su lado por la noche, el niño les mira y dice palabras que no tienen ningún significado. Al cabo de un rato vuelve a dormirse y por la mañana no recuerda nada de lo ocurrido. El diagnóstico sería:**

1. Pesadillas.
2. Terrores nocturnos.
3. Foco Epiléptico.
4. Disomnia.
5. Sonambulismo.

**174. Acude a su centro una mujer primigesta de 35 años por sensación de dinámica regular. Se trata de una gestación gemelar, monocorial, biamniótica en la semana 36 + 4 cuyo curso ha sido normal; la exploración revela un cérvix borrado, con 5 cm de dilatación, blando y centrado; primer gemelo en presentación cefálica, segundo en transversa, bolsa íntegra y amniocopia negativa. ¿Cuál es la actitud correcta de cara al parto?:**

1. Realizar una cesárea urgente, ya que se trata de una gestación biamniótica.
2. Dejar evolucionar el parto por vía vaginal.
3. Dejar evolucionar el parto vaginal del primer gemelo y realizar una cesárea no electiva del segundo.
4. Iniciar la administración de tocolíticos, puesto que se trata de una gestación de 36 semanas y es previsible que los fetos sean muy inmaduros.
5. Realizar una cesárea urgente puesto que el segundo gemelo está en transversa.

**175. Cuando se administra Sulfato de Magnesio para el tratamiento de la preeclampsia-eclampsia y aparecen signos de sobredosificación ¿qué antídoto se debe emplear?:**

1. Carbonato sódico.
2. Sulfato ferroso.
3. Nitroprusiato.
4. Simpaticomiméticos.
5. Gluconato cálcico.

**176. Desde 1960 se observa una preocupante elevación de la tasa de cesáreas. Este incremento se asocia entre otras, pero de forma preferente a una de las indicaciones expuestas a continuación:**

1. Placenta Previa.
2. Prolapso de cordón.
3. Cesárea anterior (Iterativa).
4. Embarazo gemelar.
5. Fiebre intraparto.

**177. Tercigesta de 38 años, con partos anteriores normales. Gestante de 36 semanas, ha comenzado con sangrado de color rojo brillante, escaso e indoloro. ¿Cuál de los siguientes métodos es el más eficaz para confirmar o descartar la sospecha de placenta previa?:**

1. Placentografía indirecta con replección vesical.
2. Amniografía.
3. Gammagrafía isotópica.
4. Angiografía.
5. Ecografía transabdominal o transvaginal.

**178. En relación con el riesgo de muerte fetal, uno de los siguientes es un signo ominoso en el estudio mediantemente Doppler, señálelo:**

1. Flujo diastólico invertido en la arteria umbilical.
2. Redistribución cerebral.
3. Flujo diastólico creciente en la aorta abdominal.
4. Escotadura poststóica en las venas arcuatas.
5. Curva trifásica en la cava inferior.

**179. Entre las siguientes, ¿qué medida es la más fiable para calcular la edad gestacional durante el primer trimestre?:**

1. Longitud craneocaudal.
2. Longitud del fémur.
3. El diámetro biparietal.
4. El área cefálica.
5. La circunferencia abdominal.

**180. Son factores de riesgo de cáncer de mama todos los siguientes, EXCEPTO:**

1. Historia familiar de cáncer de mama.
2. Tabaquismo.
3. Radiaciones ionizantes.
4. Menopausia tardía.
5. Nuliparidad o primer parto después de los 35 años.

**181. En una paciente sometida a conización por sospecha de neoplasia intraepitelial cervical escamosa de alto grado (CIN III), la Anatomía Patológica nos informa de zonas de invasión del estroma con una profundidad de 6 mm. ¿Cómo denominaríamos a este caso?:**

1. Carcinoma in situ.
2. Estadio Ia1 de carcinoma de cuello.
3. Estadio Ia2 de carcinoma de cuello.
4. Estadio Ib de carcinoma de cuello.
5. Estadio II de carcinoma de cuello.

**182. ¿En cuál de las siguientes circunstancias NO existe riesgo aumentado para utilizar contraceptivos orales?:**

1. Paciente fumadora de más de 35 años.
2. Antecedentes de Hepatitis A.

3. Antecedentes de Trombosis venosa profunda.
4. Antecedentes de Colostasis intrahepática.
5. Hipertensión arterial.

**183. Paciente nuligesta de 23 años diagnosticada de tumoración ovárica ecográficamente sospechosa de malignidad. Se informa de la posibilidad de realizar cirugía conservadora en caso de cumplirse ciertos requisitos indispensables. ¿Cuál de los siguientes supuestos desaconsejaría dicha actitud quirúrgica?:**

1. Ca. Epitelial infiltrante bien diferenciado.
2. Biopsia de Epiplon negativa.
3. Tumor encapsulado.
4. Valores de Ca. 125 superiores a 35 U en estudio preoperatorio.
5. Ascitis.

**184. Los Koilocitos son células patognomónicas de infección por:**

1. Virus herpes simple 1.
2. Virus herpes simple 2.
3. Papiloma virus humano.
4. *Chlamydia Trachomatis*.
5. Gonococia.

**185. La forma más frecuente de hiperplasia suprarrenal congénita es la deficiencia de:**

1. 17-hidroxilasa.
2. 21-hidroxilasa.
3. 11-hidroxilasa.
4. 3-beta-hidroxiesteroide.
5. 17-20 desmolasa.

**186. El agente más frecuente de sepsis de comienzo precoz en el recién nacido es:**

1. Virus Herpes Simple.
2. Estreptococo del grupo B.
3. *Cándida albicans*.
4. *Estafilococcus aureus*.
5. *Hemophilus influenzae*.

**187. Un niño de 7 meses presenta fiebre alta desde tres días antes, acompañada de hiperemia faríngea. La fiebre cede al cuarto día de la enfermedad, momento en que aparece un exantema mobiliforme, que desaparece en un plazo de 3 días. El diagnóstico más probable es:**

1. Sarampión.
2. Rubeola.
3. Reacción medicamentosa a antitérmicos.
4. Infección por enterovirus.
5. Infección por herpes virus humano 6.

**188. Un médico, que no dispone de tablas de crecimiento y desarrollo, necesita valorar el peso de un niño**

de 3 años. ¿Qué fórmula entre las siguientes, debería utilizar para calcular el peso medio de un niño normal de esa edad?:

1.  $\frac{\text{Edad en años} \times 8}{2}$
2.  $\frac{\text{Edad en años} \times 80}{2}$
3.  $(\text{Edad en años} \times 2) + 8$
4.  $\frac{\text{Edad en meses} \times 10}{2}$
5.  $(\text{Edad en años} \times 5) + 17$ .

189. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera en relación con la apendicitis aguda en el niño?:

1. Suele comenzar con dolor en fosa ilíaca derecha.
2. La ausencia de fiebre y la existencia de menos de 10000 leucocitos hacen bastante improbable el diagnóstico de apendicitis aguda.
3. El enema opaco es una exploración de gran ayuda para establecer el diagnóstico en el niño.
4. En el lactante la perforación intestinal es muy rara.
5. La ecografía abdominal diagnóstica el 100% de los casos de apendicitis aguda.

190. Señale cuál de los siguientes NO es factor de riesgo para contraer una nasofaringitis o catarro común:

1. Asistencia a guardería.
2. Aspiración pasiva del humo del tabaco.
3. Bajo nivel económico familiar.
4. Exposición a baja temperatura ambiental.
5. Meses de otoño e invierno.

191. En los niños que asisten a guarderías han sido comunicados contagios de las siguientes enfermedades infecciosas, EXCEPTO de:

1. Otitis media aguda.
2. Hepatitis A.
3. Infección por VIH.
4. Varicela.
5. Gingivostomatitis herpética.

192. ¿Qué vacuna desaconsejaría en un niño en situación de inmunodeficiencia clínica significativa?:

1. DTP (Difteria, Tétanos, Tosferina).
2. Hepatitis B.
3. *Haemophilus Influenzae B*
4. Triple vírica (Sarampión, Rubeola, Parotiditis).
5. Meningococo A + C.

193. Señale cuál de los siguientes agentes patógenos es el principal causante de otitis media aguda en el niño:

1. *Haemophilus Influenzae* no tipable.
2. *Pseudomona aeruginosa*.
3. *Mycoplasma pneumoniae*.
4. *Streptococcus pneumoniae*.
5. *Moraxella catarrhalis*.

194. Un niño capaz de correr, subir escaleras solo sin alternar los pies, hacer una torre de seis cubos y elaborar frases de tres palabras, presenta un desarrollo psicomotor propio de la siguiente edad:

1. 15 meses.
2. 18 meses.
3. 24 meses.
4. 36 meses.
5. 48 meses.

195. ¿En cuál de las siguientes enfermedades metabólicas NO hay hiperamonemia?:

1. Acidemia propiónica.
2. Déficit de Ornitin Transcarbamilasa.
3. Hiperглиcinemia no cetósica.
4. Fenilcetonuria.
5. Síndrome de Reye.

196. La enfermedad de Hirschsprung o Megacolon Congénito:

1. Puede estar asociada a una mutación del protoo gen RET del cromosoma 10, con una penetrancia incompleta en la mayoría de los casos.
2. Se asocia a una ausencia de células ganglionares en el plexo de Meissner y de Auerbach del intestino.
3. Se asocia a una ausencia de fibras colinérgicas y adrenérgicas en el segmento intestinal del afectado.
4. No se asocia a un retraso en la emisión del meconio en el período neonatal.
5. Se asocia en el 70% de los casos, con malformaciones cardíacas.

197. La ecografía prenatal realizada a una mujer gestante de 29 semanas, muestra a un feto con una ectasia pieloureteral izquierda importante:

1. Debe de provocarse el parto urgentemente para el tratamiento precoz de una malformación del tracto urinario.
2. Debe realizarse una punción percutánea del riñón fetal afectado, para colocar un catéter que facilite el drenaje urinario nefroamniótico.
3. Debe de mantenerse la gestación a término y realizar un tratamiento quirúrgico sobre el riñón izquierdo, en las primeras 24 horas de vida.
4. Debe de mantenerse la gestación a término y realizar al nacimiento, una ecografía abdominal, una urografía intravenosa y una uretrocistografía miccional, para el diagnóstico diferencial de la anomalía.

5. El tratamiento prenatal de elección, es la antibioterapia profiláctica a la gestante, para evitar la infección urinaria del sistema pieloureteral izquierdo fetal.

**198. La hernia inguinal del recién nacido:**

1. Se debe a una debilidad de la pared posterior del conducto inguinal.
2. Es más frecuente en el sexo femenino.
3. Se debe a un déficit transitorio de la secreción de Gonadotrofinas entre la 10ª y 12ª semana de gestación.
4. Se produce por la persistencia del conducto peritoneo vaginal (*Processus vaginalis*) durante la vida postnatal.
5. Se asocia a un anormal desarrollo del *Gubernaculum Testis*.

**199. Señalar la afirmación FALSA con respecto a *Legionella*:**

1. Su hábitat natural es el agua.
2. Es un cocobacilo Gram negativo nutricionalmente exigente y anaerobio.
3. El diagnóstico de legionelosis puede establecerse mediante la detección de antígeno de *Legionella* en orina.
4. Son activos frente a esta bacteria los macrólidos y algunas quinolonas.
5. Para erradicarla del agua se recomiendan medidas de hipercalentamiento e hipercloración.

**200. Cual de los microorganismos siguientes no produce enteritis por mecanismo invasor:**

1. *Shigella Dysenteriae*.
2. *Campylobacter Jejuni*.
3. *Escherichia Coli* enteroinvasor.
4. *Bacillus Cereus*.
5. *Esntamoeba Histolytica*.

**201. Cual de los siguientes microorganismos no produce síndrome monocucleósico:**

1. Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).
2. *Toxoplasma Gondii*.
3. Virus de Epstein-Barr.
4. *Listeria Monocytogenes*.
5. Citomegalovirus.

**202. Durante el primer encuentro con un antígeno se produce una respuesta inmune llamada primaria, mientras que en contactos sucesivos con el mismo antígeno se produce una respuesta secundaria. Respecto a este fenómeno se realizan a continuación varias afirmaciones de las que una es FALSA. Señálela:**

1. La respuesta primaria está mediada por células nativas o vírgenes y la respuesta secundaria, lo está por células memoria.

2. La respuesta secundaria se desencadena de una manera más rápida que la respuesta primaria.
3. La tirosin fosfatasa CD45, que regula la activación celular se expresa en la superficie de las células T memoria en su versión CD45RA.
4. En la respuesta secundaria se produce un mayor número de linfocitos y las células B producen mayores niveles de anticuerpos con una mayor afinidad por el antígeno.
5. El concepto de vacunación se basa en la generación de células memoria por exposición a antígenos atemperados en su patogenicidad.

**203. En relación a la respuesta inmune, señale cuál es la respuesta verdadera:**

1. Los antígenos que de manera más frecuente desencadenan una respuesta inmune son los timo-independientes, y entre ellos los polisacáridos de las paredes bacterianas.
2. Un antígeno puede ser procesado por las células dendríticas y por los linfocitos B, y ser presentado a los linfocitos T CD4 en el contexto de moléculas del complejo mayor de histocompatibilidad de clase I.
3. Un antígeno puede ser procesado por los macrófagos y presentado a los linfocitos T CD8 en el contexto de moléculas del complejo mayor de histocompatibilidad de clase II.
4. Los polisacáridos son unidos por los receptores del linfocito B, internalizados y procesados por el linfocito B, y presentados en la superficie del linfocito B en el contexto de moléculas del complejo mayor de histocompatibilidad de clase II.
5. El linfocito T CD4 reconoce antígenos en el contexto de moléculas del complejo mayor de histocompatibilidad de clase II y, como resultado, expresa moléculas coestimuladoras como CD154 (CD40 ligando).

**204. Indique cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA, en relación con las inmunoglobulinas:**

1. Están formadas por dos cadenas ligeras idénticas y dos cadenas pesadas idénticas.
2. Disponen de dominios variables e hipervariables para ligar el antígeno.
3. La zona constante de las cadenas ligeras define la clase y subclase del anticuerpo.
4. La zona constante de las cadenas pesadas es capaz de unirse al complemento.
5. Cada anticuerpo posee dos zonas de unión al antígeno de idéntica especificidad.

**205. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones, relativas a la inmunidad innata, es INCORRECTA?:**

1. Son componentes de la misma el complemento, las proteínas de fase aguda y las citocinas.
2. Su componente celular incluye células fagocíticas,

células liberadoras de mediadores inflamatorios, células natural Killer y linfocitos T.

3. Algunos de los tipos celulares implicados en la respuesta innata actúan también como células presentadoras de antígeno.
4. La respuesta inmune innata se repite sin cambios independientemente del número de veces que se encuentre el antígeno.
5. Este tipo de respuesta aparece de manera temprana en la evolución de las especies.

**206. Indique cuál de los siguientes afluentes venosos NO pertenece al sistema de la vena porta:**

1. Vena mesentérica superior.
2. Vena gastroepiploica inferior.
3. Vena mesentérica inferior.
4. Vena hemorroidal inferior.
5. Vena esplénica.

**207. Indique cuál de los siguientes elementos NO se sitúa en el mediastino posterior:**

1. Aorta torácica descendente.
2. Vena ácigos.
3. Nervios esplácnicos.
4. Vena cava superior.
5. Conducto torácico.

**208. Indique la afirmación FALSA con relación al pedículo hepático:**

1. El pedículo hepático está formado por la arteria hepática, vena porta, colédoco y nervios hepáticos.
2. La vena porta asciende entre las hojas del epiplon gastrohepático.
3. La arteria hepática propia y sus ramas siguen un curso variable en el hilio hepático.
4. Los nervios hepáticos procedentes del plexo hepático penetran en el hígado por el hilio acompañando los vasos.
5. El colédoco se sitúa entre las hojas del epiplon gastrocólico en su trayecto hacia el duodeno.

**209. Señale cuál de las siguientes afirmaciones sobre la topografía encefálica NO es correcta:**

1. La cápsula extrema se sitúa entre el claustrum o antemuro y la corteza del lóbulo de la ínsula.
2. El núcleo tálamo óptico se sitúa lateralmente o externo al núcleo caudado.
3. La cápsula externa se sitúa por fuera del núcleo putámen.
4. El tálamo óptico forma parte del suelo del ventrículo lateral.
5. La cápsula interna se sitúa entre los núcleos caudado y lenticular.

**210. Señale la afirmación FALSA con relación a la vascularización cardíaca:**

1. El borde agudo del corazón está vascularizado por la arteria coronaria derecha.
2. La arteria interventricular anterior o descendente anterior es rama de la arteria coronaria derecha.
3. Las arterias coronarias son ramas de la aorta torácica ascendente.
4. El tabique interventricular o septo está irrigado por las arterias coronarias derecha e izquierda.
5. La arteria circunfleja auricular es rama de la coronaria izquierda.

**211. La secreción del ácido en la célula parietal gástrica se lleva a cabo por una ATPasa específica que intercambia hidrogeniones ( $H^+$ ) del citosol por:**

1.  $Cl^-$
2.  $HCO_3^-$
3. AMPciclífico.
4.  $Na^+$
5.  $K^+$

**212. ¿Cuál de los siguientes factores contribuye a que durante una isquemia coronaria grave se produzca vasoconstricción?:**

1. Aumento de  $K^+$  extravascular.
2. Liberación de adenosina.
3. Producción de radical superóxido por la xantina oxidasa.
4. Liberación de óxido nítrico.
5. Producción de prostaciclina.

**213. ¿Cuál de los siguientes NO se considera un criterio de identificación de una sustancia como neurotransmisor?:**

1. La neurona presináptica debe contener los mecanismos bioquímicos necesarios para su síntesis.
2. Es necesario identificar el RNA mensajero específico para dicha sustancia en la neurona presináptica.
3. Debe existir un mecanismo bioquímico capaz de finalizar la acción de la sustancia.
4. La estimulación del terminal presináptico debe liberar la sustancia.
5. Aplicada en concentraciones fisiológicas, debe reproducir sus efectos en la neurona postsináptica.

**214. En el cerebro, las principales agrupaciones de cuerpos celulares que contienen serotonina están situados en una de las siguientes zonas:**

1. Núcleos arcuatos y periventriculares del hipotálamo.
2. Núcleo de la banda diagonal de Broca.
3. Sustancia negra del mesencéfalo.
4. Superficie de la corteza cerebelosa.
5. Núcleos del rafe del tronco encefálico.

**215. ¿Qué tipo de proteína se deposita en la amiloidosis asociada a hemodiálisis?:**

1. AA.
2. AL.
3.  $\beta_2$  microglobulina.
4. Transtiretina mutada.
5. Transtiretina normal.

**216. ¿Cuál de los tipos histológicos de cáncer de mama presenta las siguientes características: Buena delimitación, grupos celulares sincitiales, células grandes con macronúcleo, abundantes mitosis y moderado a denso infiltrado inflamatorio linfoplasmacitario circundante?:**

1. Carcinoma ductal convencional.
2. Carcinoma lobulillar "in situ".
3. Carcinoma mucinoso.
4. Carcinoma medular.
5. Carcinoma inflamatorio.

**217. Mujer de 25 años con adenopatías cervicales y dediastínicas. Se obtiene una biopsia de una de las adenopatías cervicales. La descripción histopatológica de la muestra fijada en formol e incluida en parafina, refiere la alteración de la arquitectura ganglionar por la presencia de una fibrosis birrefringente con luz polarizada, que forma nódulos y con células que presentan un espacio claro circundante con núcleos grandes junto a algunas células grandes de núcleo bilobulado y nucléolos eosinófilos en espejo. El resto corresponde a una población linfoide reactiva con eosinófilos. Dicha descripción corresponde a:**

1. Linfoma no Hodgkin de alto grado.
2. Linfoma no Hodgkin de bajo grado.
3. Sarcoïdosis.
4. Enfermedad de Hodgkin predominio linfocítico forma nodular.
5. Enfermedad de Hodgkin tipo esclerosis nodular.

**218. El hallazgo morfológico que permite establecer con certeza el diagnóstico histológico de hepatitis crónica es:**

1. Aparición de plasmáticas en el infiltrado.
2. Presencia de folículos linfoides.
3. Pérdida de conductos biliares.
4. Fibrosis portal.
5. Colestasis periportal.

**219. La substitución de una célula epitelial adulta, por otra célula adulta, de un tipo diferente, es frecuentemente el fenómeno inicial en el desarrollo de un carcinoma. A este proceso de le denomina:**

1. Metaplasia.
2. Anaplasia.
3. Displasia.
4. Distrofia
5. Hipertrofia.

**220. Indique cual de las siguientes lesiones pigmentarias, constituye con mayor frecuencia un precursor potencial del melanoma cutáneo.**

1. Nevus congénito.
2. Nevus azul.
3. Nevus de células fusiformes y epitelioides.
4. Halo-nevus.
5. Nevus displásico.

**221. Cual de los siguientes fármacos inmunosupresores utilizados en el trasplante renal para prevenir el rechazo es nefrotóxico:**

1. Azatioprina.
2. Micofenolato Mofetil.
3. Glucocorticoides.
4. Anticuerpos Antilinfocitos T.
5. Ciclosporina.

**222. ¿Cuál de los siguientes fármacos utilizables en el tratamiento de la úlcera péptica, debe administrarse con precaución, por su potencial abortivo en las mujeres fértiles?:**

1. Hidróxido de Aluminio.
2. Ranitidina.
3. Trisilicato de Magnesio.
4. Misoprostol.
5. Omeprazol.

**223. Una mujer que está tomando anticonceptivos orales comienza un tratamiento con rifampicina que durará algunos meses. ¿De entre las siguientes consideraciones cual le parece adecuada?:**

1. Que suspenda los anticonceptivos orales porque aumentan los niveles de rifampicina favoreciendo su toxicidad.
2. Que tome precauciones adicionales para evitar un embarazo ya que la rifampicina disminuye el efecto de los anticonceptivos al aumentar su metabolismo.
3. Que tome precauciones adicionales para evitar un embarazo ya que la rifampicina disminuye el efecto de los anticonceptivos al reducir su absorción.
4. Que la rifampicina aumenta la toxicidad de los anticonceptivos orales y por tanto tiene ahora un riesgo aumentado de enfermedad tromboembólica.
5. Que se deberá administrar dosis de rifampicina mayores de las habituales, ya que los anticonceptivos reducen la concentración de rifampicina.

**224. ¿Cuál de los siguientes cambios farmacocinéticos tiene lugar en el paciente anciano?:**

1. Disminución del volumen de distribución de los fármacos liposolubles.
2. Disminución de la biodisponibilidad de los fármacos con alta tasa de extracción hepática.

- Disminución de la unión de los fármacos a la albúmina.
- Disminución de la velocidad de las reacciones de fase II a nivel hepático.
- Aumento de la velocidad de absorción de los fármacos que se absorben en tramos iniciales de – duodeno.

**225. ¿En que tipo de fármacos NO suele tener utilidad clínica la determinación de sus concentraciones séricas?:**

- Los que tienen un margen terapéutico estrecho.
- En los que existe una buena relación entre la concentración plasmática y el efecto.
- En los que la relación entre la dosis y la concentración sérica es predecible.
- En aquellos con efectos tóxicos iniciales difíciles de evaluar.
- En aquellos con efecto terapéutico difícil de medir clínicamente.

**226. ¿Cuál de los siguientes medicamentos se elimina mejor por hemodiálisis?:**

- La heparina no fraccionada que tiene un alto peso molecular, se une extensamente a proteínas y tiene un volumen de distribución pequeño.
- El diazepam que es liposoluble, se une ampliamente a proteínas y se excreta en pequeña cantidad por riñón.
- El propranolol que tiene una alta unión a proteínas plasmáticas, un elevado volumen de distribución y un peso molecular bajo.
- La digoxina que se une poco a proteínas plasmáticas, tiene un elevado volumen de distribución y se excreta fundamentalmente vía renal.
- La amoxicilina que tiene una baja unión a proteínas plasmáticas, un volumen de distribución pequeño y se excreta fundamentalmente por el riñón.

**227. La escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud es un método para el ajuste racional de la analgesia. De las siguientes afirmaciones sobre dicha escalera, señale la correcta:**

- Consta de varios escalones dependiendo de los fármacos utilizados, con un máximo de seis escalones.
- Permite la utilización conjunta de opiáceos débiles (codeína) y potentes ( morfina) en dolores de intensidad severa.
- Si se administra conjuntamente ibuprofeno, dexametasona y amitriptilina, se considera que se está utilizando el primer escalón de la escalera analgésica.
- No se permite la utilización de fármacos adyuvantes del dolor en el tercer escalón analgésico.
- El quinto escalón tiene como fármaco principal la morfina, bien de acción rápida o retardada.

**228. Con respecto a los Sistemas de Información en Salud Pública es FALSO que:**

- Los registros hospitalarios de cáncer permiten conocer la incidencia, la población atendida un un hospital y el nivel de efectividad de sus tratamientos en términos de supervivencia.
- El CMBD (conjunto mínimo básico de datos) es una fuente de datos individuales sobre la salud de las personas generado por las actuaciones administrativas de los servicios sanitarios.
- Las encuestas de salud son herramientas de la medición del nivel de salud y de utilización de los servicios sanitarios de una comunidad.
- En España se realiza el padrón habitualmente aquellos años que terminan en 1 y en 6 y su acceso, con algunas limitaciones, es público.
- La utilización de los sistemas de información debe hacerse con cautela dado que es frecuente que están sometidas a sesgos.

**229. Con respecto a la comparación de mortalidad entre distintas poblaciones, es FALSO que:**

- La Razón de mortalidad proporcional estandarizada es útil cuando no se conoce la población expuesta.
- Un valor de RME (razón de mortalidad estandarizada) igual a 1 significa que la frecuencia de la enfermedad es igual en la población a estudio y en la población de referencia.
- La razón de mortalidad proporcional permite comparar el riesgo de una determinada causa respecto del total de causas.
- Cuando las tasas de una determinada enfermedad en las dos poblaciones que comparamos son iguales se puede estimar el riesgo relativo (RR) en un estudio de mortalidad proporcional.
- La razón de mortalidad estadarizada (RME) es un caso particular de medida de asociación utilizada para ajustar a la población de expuestos.

**230. Con relación a las características generales de las vacunas, es FALSO que:**

- El término de inmunización es más amplio que el de vacunación y hace referencia al proceso de inducción o provisión de inmunidad artificial.
- La inmunización pasiva consiste en la administración al individuo sano susceptible de anticuerpos producidos en otro huésped con el objeto de proporcionarle una protección inmediata aunque temporal.
- La clasificación sanitaria de las vacunas se basa en los objetivos epidemiológicos que se pretenden alcanzar con la aplicación de las vacunaciones a la población.
- La vacuna antitetánica es una vacuna sistemática que tiene como objetivo proteger a la comunidad y no una protección individual.
- La inmunidad de grupo o de rebaño es la resisten

cia de un grupo a la difusión de un agente infeccioso como consecuencia de la resistencia específica a la infección de la elevada proporción de los miembros individuales del grupo.

**231. Después de informar de su situación a un enfermo de cáncer incurable, es inexcusable:**

1. Ofrecerle garantías de continuidad en los cuidados a él y a sus familiares.
2. Llamar por teléfono a los familiares para que estén preparados cuando el paciente llegue a casa.
3. Pautarle durante los primeros días algún psicofármaco para atenuar el impacto recibido.
4. Sugerirle que inmediatamente “arregle los papeles”.
5. Ponerle en contacto con un psiquiatra.

**232. Cuando un enfermo nos pregunta que cuánto tiempo le queda de vida, procuraremos:**

1. Ser lo más exactos posibles, de acuerdo con la bibliografía existente hasta el momento.
2. Aunque lo sepamos a ciencia cierta, sólo se lo diremos al familiar de referencia, nunca al enfermo.
3. Decirle una cifra menor de la que esperamos para que se lleve una agradable sorpresa al comprobar que vive más tiempo del esperado.
4. Ser ambiguos en la respuesta y hablar de “expectativas limitadas” en vez de cifras exactas.
5. Le diremos que eso forma parte inviolable del secreto profesional.

**233. ¿Por qué es importante estandarizar las tasas de mortalidad por edad?:**

1. Para ofrecer una información más detallada.
2. Para conseguir tasas específicas por grupos de edad.
3. Para obtener una cifra real de mortalidad.
4. Para poder comparar tasas de diferentes lugares eliminando la confusión que genera el factor edad.
5. Para obtener una medida cruda de la mortalidad.

**234. La incidencia acumulada de una enfermedad es:**

1. La proporción de la población que padece la enfermedad en un momento dado.
2. La proporción de sanos que contraen la enfermedad a lo largo de cierto período.
3. La tasa de incidencia de la enfermedad.
4. Una razón entre la odds de exposición de los casos y la odds de exposición de los controles.
5. Muy útil en los estudios de estimación de las necesidades asistenciales.

**235. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA para considerar que un estudio científico**

**sobre pruebas diagnósticas aporta una buena evidencia?:**

1. Se trata de una comparación ciega e independiente entre la prueba a estudio y el estándar seleccionado.
2. Se ha reducido el espectro de enfermedad para poder valorar a pacientes en situación de alto riesgo.
3. Se aplicó el patrón de referencia independientemente del resultado de la prueba diagnóstica.
4. El tamaño muestral fue calculado para los índices de sensibilidad y especificidad.
5. Es la prueba diagnóstica razonablemente asequible, correcta y precisa dentro de su entorno.

**236. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera respecto a los factores de confusión en un estudio observacional?:**

1. Se asocian a una posible causa y constituyen un factor de riesgo para el efecto estudiado.
2. Son equivalentes a los sesgos de información no diferencial.
3. Se corrigen aumentando el tamaño de la muestra.
4. Se evitan con un buen entrenamiento de los investigadores que participan en el estudio.
5. Son uno de los tipos especiales de errores aleatorios.

**237. En 1980, 89.538 enfermeras de los EE.UU. entre 34 y 59 años y sin historia previa de cáncer, cumplieron un cuestionario dietético validado previamente y diseñado para medir el consumo individual de grasa total, grasa saturada, ácido linoleico y colesterol, así como otros nutrientes. Las enfermeras se clasificaron entonces en cinco grupos de igual tamaño según los niveles de su ingesta de grasa. Se comparó la aparición de nuevos casos de cáncer de mama entre los grupos. El diseño del estudio es:**

1. Ecológico o de base poblacional.
2. De prevalencia.
3. Ensayo clínico
4. Cohortes.
5. Descriptivo de morbimortalidad.

**238. Se evalúa la validez de criterio de una nueva prueba de hibridación para la detección de la infección por virus del papiloma humano (VPH) en el cuello uterino. El estándar es la hibridación por transferencia de Southern. En la muestra de 400 sujetos se obtienen resultados positivos en 70 de las 140 enfermas y en 26 de las sanas. ¿Cuál es la sensibilidad de la prueba?:**

1. 0,17.
2. 0,34.
3. 0,18.
4. 0,10.
5. 0,50.

**239. En un ensayo controlado, indique cual de los siguientes factores NO condiciona el tamaño de la muestra del estudio:**

1. El error aleatorio de primera especie o de tipo I ( $\alpha$ ) que se acepta en su diseño.
2. El error aleatorio de segunda especie o de tipo II ( $\beta$ ) que se acepta en su diseño.
3. El poder estadístico del estudio.
4. El nivel de enmascaramiento de los tratamientos en estudio.
5. La variabilidad del parámetro de medida principal.

**240. Si se quiere realizar un ensayo clínico de diseño cruzado, el estudio NO podrá ser al mismo tiempo:**

1. De fase II.
2. Con asignación aleatoria.
3. De grupos paralelos.
4. De tamaño de muestra predeterminado.
5. Enmascarado.

**241. De los siguientes diseños de ensayos clínicos, indique aquel en el que el tamaño de la muestra no está predeterminado, sino que depende de los resultados que se van obteniendo a lo largo de la experiencia:**

1. Ensayo cruzado.
2. Ensayo de diseño factorial.
3. Ensayo de diseño secuencial.
4. Ensayo de grupos paralelos.
5. Ensayo enmascarado.

**242. Suponga que en la lectura de un ensayo clínico en que se han incluido 50 pacientes por grupo, observa usted que los resultados se refieren a 47 pacientes en un grupo y 42 en el otro. Con respecto a los pacientes que faltan, el autor comunica que fueron retirados por no seguir el tratamiento y que no hay diferencias estadísticamente significativas entre grupos en cuanto al porcentaje de pérdidas de pacientes. ¿Cómo cree que podría afectar este hecho a los resultados del ensayo?:**

1. De ninguna forma, ya que no se pueden estudiar los efectos de los tratamientos en pacientes que no los reciben.
2. La validez del estudio podría ser dudosa, ya que la pérdida de pacientes tal vez esté relacionada con los efectos de los tratamientos.
3. De ninguna forma si en el diseño del estudio se habían previsto las pérdidas y, por tanto, se incluyó un número de pacientes mayor para compensarlas.
4. Aumentando la probabilidad de un resultado negativo falso al reducirse la muestra, pero sin que este hecho aumente las posibilidades de sesgos.
5. Si el estudio era a doble ciego, el hecho no tiene importancia, pero si el investigador conocía el

tratamiento de cada paciente, entonces pudo haber sesgado los resultados.

**243. Suponga que en la lectura de un ensayo clínico cuya variable principal de respuesta es la mortalidad a cinco años, observa usted que los pacientes de un grupo tienen una media de edad a inicio del tratamiento de 64 años y los del otro de 52 años, no siendo estadísticamente significativas estas diferencias. ¿Cómo cree que podría afectar este hecho a los resultados del ensayo?:**

1. De ninguna forma, ya que las diferencias iniciales en la edad se deben al azar.
2. Invalida el estudio, ya que los grupos no tienen inicialmente el mismo pronóstico.
3. Invalida el estudio, ya que significa que la asignación al azar de los pacientes a los grupos (aleatorización) no ha producido grupos inicialmente homogéneos y, por tanto, ha sido incorrecta.
4. Haría necesario utilizar alguna técnica estadística que permita comparar la mortalidad entre grupos teniendo en cuenta las posibles diferencias entre ellos en las características basales.
5. Haría necesario reanudar la inclusión de pacientes en el estudio hasta que ya no hubiera diferencias clínicamente relevantes en las características iniciales de los pacientes.

**244. En el análisis principal de un ensayo clínico sobre la prevención de la hipocalcemia neonatal mediante la administración de vitamina D durante la gestación a la madre, se encuentra que los hijos de madres suplementadas tienen una mayor calcemia. Pero cuando, en un análisis secundario, se estudian por separado los niños alimentados artificialmente y los que reciben lactancia natural, sólo hay diferencias significativas en el primer subgrupo. ¿Cuál de estas interpretaciones del hecho es correcta?:**

1. No es correcto estudiar la interacción entre la intervención y un factor mediante contrastes de hipótesis independientes dentro de los subgrupos formados en función de los valores de dicho factor. Por tanto, este estudio no aclara si el efecto de la vitamina D depende del tipo de lactancia.
2. La vitamina D sólo es eficaz en caso de lactancia artificial.
3. Es dudosa la eficacia de la vitamina D, ya que los resultados del estudio carecen de consistencia interna.
4. En caso de lactancia natural la vitamina D es también eficaz, pero su eficacia no se detecta ya que al formar subgrupos se reduce el número de pacientes estudiados.
5. El análisis de subgrupos es improcedente en este estudio, ya que sólo se debe hacer cuando en los resultados globales no hay diferencias estadísticamente significativas y con la finalidad de aprovechar al máximo los resultados del estudio.

**245. Si la intervención A es más eficiente que la intervención B, quiere decir que:**

1. A es más barata que B.
2. A es más efectiva que B.
3. B tiene más efectos adversos.
4. Una unidad de resultado conseguida con A es menos costosa que con B.
5. A se puede llevar a cabo en atención primaria.

**246. Un estudio de evaluación económica, donde se comparan la urografía intravenosa, la ecografía pieloureteral y el TAC helicoidal, en el que tanto los costes que se originan como los beneficios que se obtienen se valoran en unidades monetarias, se define como:**

1. Estudio de coste-beneficio.
2. Estudio de coste-utilidad.
3. Estudio de coste-efectividad.
4. Estudio de coste-eficacia.
5. Estudio de coste-equidad.

**247. Medir la utilidad requiere:**

1. Conocer los costes intangibles.
2. Ajustar los costes y consecuencias en el tiempo.
3. Ajustar el tiempo de supervivencia por la calidad de vida.
4. Controlar las variables de asignación de costes.
5. Asignar un valor monetario a las horas laborales ganadas.

**248. La razón fundamental para realizar evaluación económica en salud es que:**

1. La medicina es cara.
2. Los recursos son escasos.
3. La inflación en sanidad es mayor que la inflación media.
4. Hay que ahorrar.
5. Los gerentes tienen un presupuesto fijo.

**249. La diferencia de incidencia entre expuestos y no expuestos a un determinado factor es una medida de:**

1. De frecuencia del factor.
2. De riesgo asociado a dicho factor.
3. De incidencia del factor.
4. De impacto del factor.
5. De sensibilidad del factor.

**250. Si un estudio permite hacer inferencias correctas sobre el efecto de un factor de riesgo en los participantes del estudio, diremos que tiene una buena:**

1. Sensibilidad.
2. Especificidad.
3. Valores predictores.

4. Validez interna.
5. Validez externa.

**251. ¿Cuál de las siguientes situaciones corresponde a la fase terminal de la enfermedad?**

1. Cáncer de mama con metástasis ósea ganglionares, hepáticas y pulmonares que sólo ha recibido hormonoterapia.
2. Cáncer de pulmón intervenido hace un año con recaída local y metástasis hepáticas tratadas con radioterapia y dos líneas de quimioterapia sin respuesta.
3. Paciente con cirrosis hepática y episodios de encefalopatía intermitentes en el tiempo.
4. Paciente con demencia senil y neumonía aguda que produce insuficiencia respiratoria.
5. Enfermo con EPOC, infección bronquial que condiciona insuficiencia respiratoria global e ingreso en cuidados intensivos.

**252. La diarrea por déficit de lactasa es:**

1. Una manifestación del síndrome de Dumping.
2. Una diarrea de tipo secretor.
3. Una manifestación del síndrome del intestino corto.
4. Una diarrea de tipo osmótico.
5. Una manifestación del síndrome de sobrecrecimiento bacteriano.

**253. Señale la respuesta FALSA:**

1. Omeprazol es componente habitual de la Triple Terapia de erradicación de *Helicobacter pylori*.
2. Los antagonistas de receptores H<sub>2</sub> son útiles en el tratamiento de la úlcera gástrica.
3. Sucrafalto se administra tras las comidas, ya que se inactiva por acción del ácido clorhídrico.
4. Misoprostol está indicado en el tratamiento de pacientes de úlcera péptica que precisan tomar antiinflamatorios no esteroideos de forma prolongada.
5. El tratamiento con Omeprazol incrementa la secreción de Gastrina.

**254. Veinticuatro horas tras la dilatación endoscópica de esófago por estenosis, un paciente presenta dolor en el costado derecho, que le impide la respiración profunda, acompañado de fiebre. El estudio radiológico muestra un derrame pleural basal derecho. ¿Qué tipo de resultados, entre los siguientes, espera encontrar en el estudio del líquido pleural?:**

1. Abundancia de polinucleares y pH entre 7.20 y 7.40.
2. PH inferior a 7 y niveles altos de amilasa.
3. PH inferior a 7 y niveles altos de colesterol y triglicéridos.
4. Abundantes polinucleares y niveles bajos de glucosa.

5. Líquido pleural de aspecto purulento, pero con niveles mantenidos de glucosa.

**255. El pronóstico de un paciente ingresado de urgencia por un episodio de ICC es desfavorable cuando existen todos los factores que a continuación se indican, salvo uno. Señálelo:**

1. Fracción de eyección deprimida (<25%).
2. Concentraciones séricas bajas de Na y/o K.
3. Identificación de factores precipitantes reconocibles.
4. Incapacidad para caminar en llano 3 minutos tras la recuperación de la situación aguda.
5. Disminución del consumo máximo de oxígeno.

**256. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO es correcta en relación con la fiebre mediterránea familiar?:**

1. La afectación articular puede ocurrir de forma aguda o crónica con afectación predominantemente de grandes articulaciones.
2. La manifestación cutánea más frecuente es el eritema erisipeloide casi siempre localizado en la región anterior de las piernas sobre tobillos o dorso de pies.
3. La amiloidosis sistémica, tipo AA, es una complicación grave de la enfermedad que se manifiesta por nefropatía de aparición precoz y evolución rápida a insuficiencia renal.
4. Las primeras manifestaciones de la enfermedad ocurren raramente en personas menores de 20 años.
5. El tratamiento con colchicina oral es eficaz en la prevención de los picos febriles y también en la prevención de la amiloidosis.

**257. Ante un paciente donante de sangre en el que se obtiene un resultado positivo en la prueba de inmunoadsorción ligada a enzimas (ELISA) para el VIH, la actitud más correcta a tomar es:**

1. El resultado positivo en este caso es improbable por lo que se considerará un falso positivo.
2. Iniciar cuanto antes un tratamiento antirretroviral.
3. Repetir la prueba de ELISA.
4. Realizar cultivo de virus a partir del plasma del paciente.
5. Medir los niveles de CD4 en sangre.

**258. En el seguimiento del estado nutricional de un paciente hospitalizado, lo más importante es:**

1. Medir semanalmente la cifra de hemoglobina.
2. Medir semanalmente los niveles de vitamina B12 y ácido fólico.
3. Medir semanalmente el índice creatinina-altura.
4. Pesar diariamente al paciente.
5. Medir de forma regular los pliegues cutáneos y la circunferencia muscular del brazo.

**259. ¿Qué parámetro, entre los siguientes, es el más adecuado para diagnosticar, en un caso de insuficiencia renal aguda, el origen prerrenal de la misma?:**

1. Las cifras de creatinina sérica.
2. Las cifras de creatinina urinaria.
3. Concentración de potasio urinario mayor de 20 mEq/L.
4. Concentración de sodio urinario mayor de 20 mEq/L.
5. Concentración de sodio urinario menor de 10 mEq/L.

**260. El aumento de la cantidad de vello en las zonas donde es habitual su presencia en la anatomía femenina se denomina:**

1. Hirsutismo.
2. Virilización.
3. Hipertrichosis.
4. Androgenismo femenino.
5. Desfeminización.