



MINISTERIO DE EDUCACION, CULTURA Y DEPORTE

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

PRUEBAS SELECTIVAS 2001 - CONVOCATORIA ÚNICA -

CUADERNO DE EXAMEN

MÉDICOS -VERSIÓN 0 -

ADVERTENCIA IMPORTANTE

ANTES DE COMENZAR SU EXAMEN, LEA ATENTAMENTE LAS SIGUIENTES

INSTRUCCIONES

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

1. **En relación con la patología motora del esófago, una de las siguientes afirmaciones es FALSA:**

1. En la peristálsis sintomática se aprecian ondas peristálticas de gran amplitud.
2. En la acalasia se aprecia aperistálsis del cuerpo esofágico.
3. El espasmo difuso cursa con ondas simultáneas en más de un 10% de las degluciones líquidas.
4. En la esclerodermia se afecta por igual todo el esófago.
5. En la acalasia la presión basal del cuerpo esofágico suele estar elevada.

2. **Un paciente de 45 años es diagnosticado por endoscopia de esofagitis por reflujo tras aquejar pirosis y regurgitación casi diaria en los últimos dos meses. El endoscopista ha practicado un Test para el diagnóstico del *Helicobacter pylori* en una biopsia antral que ha dado resultado positivo. ¿Cuál sería, entre los siguientes, el tratamiento más adecuado?:**

1. Un inhibidor de la bomba de protones administrado a dosis estándar una vez al día.
2. Un antagonista H₂ a dosis doble administrado en dos dosis al día.
3. Cualquier antisecretor asociado a tratamiento antibiótico para erradicar la infección por *Helicobacter pylori*.
4. La asociación de un antagonista H₂ con un procinético.
5. Funduplicatura por vía laparoscópica.

3. **¿En qué pacientes NO es necesario realizar la profilaxis de la gastropatía por antiinflamatorios no esteroideos?:**

1. Pacientes de edad avanzada.
2. Antecedentes previos de úlcera.
3. Antecedentes previos de sintomatología digestiva en relación con el consumo de antiinflamatorios no esteroideos.
4. Tratamiento concomitante con corticoides o anticoagulantes.
5. Cualquier paciente hospitalizado, con independencia de su situación clínica.

4. **Los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal presentan frecuentemente diversas manifestaciones extraintestinales. Algunas de ellas siguen un curso paralelo a la actividad de la enfermedad intestinal. Entre éstas figura:**

1. La espondilitis anquilopoyética.
2. La sacroileítis.
3. El eritema nodoso.
4. La colangitis esclerosante primaria.
5. El pioderma gangrenoso.

5. **En un paciente de 28 años con una colitis**

ulcerosa intensamente activa que no responde a 7 días de corticosteroides por vía endovenosa y que no presenta signos de peritonismo. ¿Cuál de las siguientes aseveraciones es cierta?:

1. La colectomía inmediata es el único tratamiento eficaz.
2. La ciclosporina intravenosa puede inducir una remisión y evitar la colectomía.
3. La colostomía de descompresión es con frecuencia segura y eficaz.
4. La azatioprina por vía oral puede inducir remisión precoz y evitar la colectomía.
5. Se debe continuar durante 21 días más con dosis mayores de corticosteroides y nutrición parenteral.

6. **En relación con la enfermedad inflamatoria intestinal ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?:**

1. El consumo de tabaco aumenta el riesgo de padecer colitis ulcerosa.
2. En un porcentaje elevado de pacientes con enfermedad de Crohn (10-20%) existen antecedentes familiares de enfermedad inflamatoria intestinal.
3. La enfermedad de Crohn puede afectar todo el tubo digestivo, desde la boca al ano.
4. El íleo terminal es el segmento intestinal que se afecta con mayor frecuencia en la enfermedad de Crohn.
5. La artritis periférica es la manifestación extraintestinal más frecuente en la enfermedad inflamatoria intestinal.

7. **En relación a la prevención primaria y detección precoz de cáncer de colon en pacientes asintomáticos, señale la respuesta INCORRECTA:**

1. El uso regular de aspirina reduce el riesgo de padecer cáncer de colon.
2. La detección de un adenoma de colon obliga a la extirpación endoscópica.
3. No se ha demostrado que la dieta rica en fibra y los antioxidantes reduzcan el riesgo de padecer cáncer de colon.
4. Más del 80% de pacientes asintomáticos con prueba positiva para sangre oculta en heces padecen cáncer de colon.
5. Se aconseja una colonoscopia cada 3-5 años en pacientes mayores de 50 años, como método de detección precoz.

8. **En relación a la hemorragia digestiva por divertículos del colon, señale la respuesta FALSA:**

1. El sangrado es habitualmente indoloro.
2. La hemorragia suele ceder espontáneamente en la mayoría de los casos.

3. Es frecuente el sangrado oculto.
 4. El tratamiento con vasopresina es eficaz para detener la hemorragia.
 5. En caso de sangrado persistente se debe realizar resección segmentaria de la zona afectada.
9. **En el tratamiento inicial de la ascitis moderada del cirrótico, es cierto que:**
1. Debe indicarse restricción de sodio y espironolactona 100 mg/día aumentando la dosis gradualmente si es preciso.
 2. El tratamiento de elección es la restricción de líquidos y el tratamiento con furosemida a dosis de 40 mg diarios.
 3. El tratamiento de elección es la restricción de sodio y líquidos, y la administración de hidroclorotiazidas a dosis progresivas.
 4. El tratamiento inicial recomendado es la paracentesis evacuadora total, con reposición proporcional de albúmina.
 5. El tratamiento inicial recomendado es la realización de un TIPSS o un shunt peritoneo-venoso.
10. **Una de las siguientes enfermedades crónicas del hígado se asocia a carcinoma hepatocelular con menor frecuencia que las otras:**
1. Hepatitis autoinmune de tipo 1.
 2. Cirrosis por el virus de la hepatitis C.
 3. Infección crónica por el virus de la hepatitis B.
 4. Cirrosis por hemacromatosis.
 5. Cirrosis alcohólica.
11. **Una joven de 19 años refiere que ha tenido episodios de ictericia, fiebre, malestar general, artralgias y elevación importante de transaminasas a lo largo de los últimos seis meses. No tomaba ningún fármaco. Se encontró hipergammaglobulinemia. Los marcadores de la hepatitis A, B y C son negativos, al igual que los anticuerpos antinucleares. En la biopsia hepática se encuentra necrosis "en puentes". ¿Cuál de las siguientes pruebas será la mejor para establecer el diagnóstico?:**
1. Determinación de factor reumatoide.
 2. Anticuerpos antimitocondriales.
 3. Anticuerpos frente antígenos microsomales de hígado y riñón.
 4. Anticuerpos frente al virus de la hepatitis D.
 5. Anticuerpos frente al virus de la hepatitis E.
12. **¿A qué grupos de riesgo afecta fundamentalmente la infección aguda por el virus D?:**
1. Portadores crónicos del virus B.
 2. Personas con alta promiscuidad sexual.
 3. Deficientes mentales.
 4. Drogadictos y hemofílicos.
 5. Personal sanitario de laboratorio y banco de sangre.
13. **En la pancreatitis crónica, en relación con la esteatorrea y su tratamiento, señale cuál de las siguientes cuestiones es FALSA:**
1. Es necesario el estudio de las heces para confirmar la presencia de esteatorrea.
 2. La esteatorrea aparece cuando las enzimas pancreáticas segregadas en el duodeno constituyen menos del 10% de la reserva exocrina normal.
 3. La esteatorrea debe tratarse con pancreatina protegida contra el pH ácido, conteniendo 30.000 U de lipasa o más en cada comida principal.
 4. La esteatorrea frecuentemente se acompaña de diabetes mellitus secundaria.
 5. La esteatorrea se inicia simultáneamente con las crisis agudas de pancreatitis o de dolor.
14. **¿Cuál de los siguientes hechos es el único cuya presencia NO implica una menor probabilidad de supervivencia durante un ataque de pancreatitis aguda?:**
1. Hiperbilirrubinemia.
 2. Hipoalbuminemia.
 3. Hipocalcemia.
 4. Hipoxemia.
 5. Líquido peritoneal sanguinolento.
15. **Una masa abdominal, localizada en el epigastrio, de 10 cm. de diámetro, redondeada, dura, que no se moviliza con la inspiración profunda, que trasmite el latido aórtico, nos permite afirmar con mayor grado de probabilidad que:**
1. Es una masa de origen gástrico que infiltra tejidos vecinos.
 2. Es pancreática.
 3. Se trata de un aneurisma aórtico.
 4. Es retroperitoneal.
 5. Se trata de un tumor maligno con toda probabilidad, por lo que habríamos de solicitar un TC abdominal para confirmarlo.
16. **Un paciente de 70 años de edad, en tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos por artrosis, acude a Urgencias por un cuadro de dolor abdominal de instauración brusca en epigastrio irradiado a fosa ilíaca derecha e ileo paralítico, presentando a la exploración clínica abdomen en "tabla". El examen de la sangre muestra leucocitosis y las pruebas de imagen no son concluyentes. ¿Cuál sería la actitud terapéutica más adecuada?:**
1. Colocación de sonda nasogástrica, sueros y antibióticos.

2. Alimentación parenteral, omeprazol i.v., antibióticos.
 3. Cirugía abdominal accediendo por incisión de Mc Burney.
 4. Cirugía abdominal accediendo por laparotomía media.
 5. Apendicectomía laparoscópica.
17. **En un paciente de 70 años se ha detectado por colonoscopia una tumoración en colon descendente, estenosante y con resultado histológico de adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Las pruebas complementarias no demuestran diseminación del proceso neoplásico. ¿Cuál debería ser el tratamiento a plantear?:**
1. Quimioterapia con 5-Fluoracilo y Levamisole.
 2. Resección quirúrgica y tratamiento quimioterápico según resultado del estudio.
 3. Radioterapia combinada con quimioterapia y posterior resección quirúrgica.
 4. Resección quirúrgica y tratamiento radioterápico complementario.
 5. Practicar resección quirúrgica sólo en caso de existir signos clínicos de oclusión intestinal.
18. **¿En cuál de los siguientes casos la laparoscopia puede ofrecer más ventajas que la laparotomía convencional en el manejo de un abdomen agudo?:**
1. Niños con clínica típica de apendicitis aguda no perforada.
 2. Mujeres en edad fértil con dudas entre apendicitis y anexitis.
 3. Jóvenes con peritonitis de origen no claro.
 4. Adultos con plastrón apendicular.
 5. Ancianos con sepsis severa por colicistitis aguda.
19. **¿En cuál de las siguientes entidades, NO está indicado el trasplante hepático?:**
1. Deficit de α -1 antitripsina.
 2. Cirrosis biliar primaria.
 3. Hepatoma.
 4. Cirrosis alcohólica.
 5. Colangiocarcinoma.
20. **Señale cuál de las siguientes respuestas es INCORRECTA en relación a los adenomas hepáticos:**
1. Resultan más frecuentes en mujeres tratadas durante varios años con anticonceptivos orales.
 2. Se asocian a enfermedad de depósito de glucógeno (Glucogenosis).
 3. No existe riesgo de transformación en carcinoma hepatocelular.
 4. La hemorragia constituye una de sus complicaciones.
5. La mayoría de los pacientes no presentan síntomas y se diagnostican tras la realización de una prueba de imagen hepática.
21. **En una crisis asmática, el mejor parámetro para valorar el grado de obstrucción bronquial y severidad de la enfermedad es:**
1. Taquipnea.
 2. Taquicardia.
 3. Sibilancias.
 4. Gasometría.
 5. Rx de tórax.
22. **¿Cuál de las siguientes alteraciones espirométricas NO indica una patología bronquial obstructiva?:**
1. Disminución de la capacidad pulmonar total.
 2. Aumento del volumen residual pulmonar.
 3. Disminución de la relación FEV1/FVC.
 4. Disminución de la capacidad vital.
 5. Depresión del FEF 25-75.
23. **Hombre de 70 años con antecedentes de EPOC grave y cor pulmonale crónico que presenta una gasometría arterial: pH 7,45; pO₂ 57 mm de Hg; pCO₂ 35 mm de Hg; HCO₃ 25 mEq/l. ¿Cree que estaría indicado iniciar oxigenoterapia domiciliaria?:**
1. No, porque todavía la pO₂ se mantiene por encima de 55 mmHg.
 2. No, porque empeoraría la insuficiencia respiratoria hipercápnica que presenta.
 3. No, porque empeoraría la insuficiencia cardíaca que probablemente presenta.
 4. Sí, pero únicamente en las exacerbaciones.
 5. Sí, porque aumentaría su esperanza de vida.
24. **El presidente de un equipo de fútbol de Primera División es entrevistado en un programa deportivo de televisión al final de un partido. Se trata de un hombre de media edad, calvo, obeso, de cuello corto, que se está fumando un puro. Está muy enfadado con el árbitro. Observamos que habla entrecortado, con cierta dificultad, con tos frecuente y que presenta coloración cianótica de los labios. Entre las pruebas que a continuación se citan, señale cuál es la que MENOS información ofrecerá al médico de cabecera de este hombre:**
1. Gasometría arterial basal.
 2. Polisomnografía.
 3. Determinación sérica de α -1 antitripsina.
 4. Espirometría.
 5. Hemograma.
25. **En un paciente con sospecha clínica de neumonitis por hipersensibilidad debida a pulmón del granjero ¿qué patrón citológico**

encontraremos en el lavado broncoalveolar?:

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

26. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA con relación a la afectación pulmonar en la artritis reumatoide?:

1. Las manifestaciones pleuropulmonares en la artritis reumatoide son más frecuentes en varones.
2. El derrame pleural tiene valores de glucosa muy bajos en ausencia de infección.
3. La afectación pulmonar puede aparecer antes que la afectación articular.
4. El tratamiento con metotrexate evita la aparición de enfermedad intersticial pulmonar en estos pacientes.
5. La presencia de nódulos pulmonares y neumoconiosis define el síndrome de Caplan.

27. Paciente de 40 años que presenta fiebre, astenia, malestar general, pérdida de peso, disnea de esfuerzo y tos sin expectoración de 2 meses de evolución. La radiografía de tórax muestra adenopatías hiliares bilaterales y un patrón intersticial bilateral. La biopsia transbronquial muestra granulomas no necrotizantes. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA en relación a la enfermedad que padece?:

1. Es más frecuente en pacientes de raza negra.
2. En la mayoría de los casos la evolución es benigna.
3. Es frecuente la anergia cutánea.
4. El eritema nodoso es la manifestación cutánea más frecuente de esta enfermedad.
5. Es característico que la enzima convertidora de la angiotensina esté disminuida.

28. Señale la respuesta FALSA:

1. El tabaco causa más del 90% de los cánceres de la cavidad oral.
2. Los 4 tipos histológicos mayores de cáncer de pulmón se asocian al hábito de fumar.
3. Fumar cigarrillos es la principal causa de cáncer de laringe.
4. El riesgo de desarrollar cáncer de pulmón en ex-fumadores, se iguala al de quienes nunca han fumado, a partir del décimo año de abandono del hábito.
5. El hábito de fumar aumenta el riesgo de padecer cáncer de vejiga.

29. Señale la respuesta verdadera, referido a la pleuritis tuberculosa:

1. La tinción de Ziehl del líquido pleural, muestra bacilos ácido alcohol resistentes en más de la mitad de los casos.
2. Una prueba de Mantoux negativa la excluye, excepto en pacientes con SIDA.
3. Los derrames muy recientes, pueden presentar predominio de neutrófilos.
4. Generalmente el líquido tiene características de trasudado.
5. Es característico del derrame pleural tuberculoso, la presencia de células mesoteliales en gran número.

30. Hombre de 56 años evaluado porque en una radiografía de tórax realizada para un estudio preoperatorio de hernia inguinal aparece un patrón intersticial reticular en bases pulmonares y placas pleurales calcificadas en diafragma. ¿Cuál considera usted que es el dato a conocer?:

1. Indagar antecedentes de tuberculosis.
2. Interrogar sobre la existencia de animales domésticos.
3. Buscar la existencia de alteraciones articulares en la exploración física.
4. Valorar cuidadosamente historia de tabaquismo.
5. Interrogar sobre la historia laboral.

31. Mujer de 65 años, con antecedentes de asma crónico y crisis frecuentes que precisan tratamiento con glucocorticoides por vía sistémica, la última hace 15 días. Una semana antes de ingresar en el hospital comienza con tos, expectoración amarillenta, en ocasiones con sangre, seguido de fiebre y aparición de disnea, que no mejora a pesar del tratamiento con amoxicilina - clavulánico. En la placa de tórax al ingreso en el hospital, se observan múltiples nódulos pulmonares, mal definidos, alguno de ellos cavitado. De los diagnósticos siguientes, ¿cuál es el más probable?:

1. Neumonía viral.
2. Infección por *Aspergillus Fumigatus*.
3. Infección por *Streptococcus Penumoniae*.
4. Infección por *Legionella Pneumophyla*.
5. Neumonía por *Candida Albicans*.

32. Hombre de 62 años diagnosticado de enfermedad pulmonar obstructiva crónica desde hace 4 años que presenta un cuadro agudo febril (38,5°C), dolor de costado, esputo purulento y una radiografía de tórax donde existe una imagen de condensación con broncograma aéreo en lóbulo inferior derecho. ¿Cuál es el tratamiento antibiótico, entre los siguientes, que debe utilizarse inicialmente de forma empírica?:

1. Amoxicilina.

2. Penicilina endovenosa.
 3. Amoxicilina-Clavulánico.
 4. Ciprofloxacino.
 5. Eritromicina asociada a amoxicilina.
33. **Hombre de 62 años de edad, de profesión taxista con diagnóstico previo de bronquitis crónica sin tratamiento alguno, que consulta por esputo hemoptoico. La exploración física es normal. La radiografía simple de tórax muestra una masa en lóbulo superior derecho que no existía un año antes. La broncoscopia objetiva mucosa de aspecto tumoral en bronquio lobar superior derecho que se biopsia y es informada como carcinoma epidermoide. El cálculo de FEV1 postoperatorio predecible es de 900 cc para una lobectomía superior derecha con test de broncodilatación positivo. La resonancia magnética del cerebro es normal. La tomografía computarizada (TC) muestra una masa de 5 cm en lóbulo superior derecho con adenopatías paratraqueales derechas de 15 mm de diámetro. ¿Cuál es el siguiente procedimiento a realizar?:**
1. Lobectomía superior derecha y linfadenectomía mediastínica radical.
 2. Tratamiento quimioterápico combinado definitivo.
 3. Mediastinocopia de estadificación.
 4. Realización de tomografía por emisión de positrones (PET).
 5. Marcadores tumorales (enolasa neuroespecífica).
34. **Paciente de 53 años que presenta en la radiografía de tórax una masa pulmonar de 5 cms. de diámetro localizada en región parahiliar de lóbulo superior derecho (L.S.D.). En la TC se aprecia adenopatías subcarínicas y traqueobronquiales bilaterales. La broncofibroscopia visualiza una lesión endobronquial en el bronquio del L.S.D. Tras realizar mediastinoscopia se confirma afectación tumoral de los territorios subcarínico y paratraqueal izquierdo. Descartada por estudios de extensión la existencia de metástasis a distancia, ¿cuál sería su clasificación de acuerdo con TNM?:**
1. T1 N2 MO.
 2. T3 N2 MO.
 3. T2 N3 MO.
 4. T2 N2 MO.
 5. T3 N3 MO.
35. **Los tumores mediastínicos más frecuentes, considerando su frecuencia global (adultos y niños) son:**
1. Teratomas.
 2. Linfomas.
 3. Neurogénicos.
 4. Timomas.
5. Mesenquimales.
36. **Un paciente con estenosis mitral reumática, de larga evolución, entra súbitamente en fibrilación auricular. ¿Cuál de estos signos exploratorios NO estará presente?:**
1. Primer tono fuerte.
 2. Segundo tono ampliamente desdoblado.
 3. Soplo diastólico de llenado.
 4. Chasquido de apertura.
 5. Onda "a" en el pulso venoso yugular.
37. **¿En cuál de las siguientes circunstancias puede aparecer un desdoblamiento invertido del segundo tono?:**
1. Bloqueo completo de rama izquierda.
 2. Bloqueo completo de rama derecha.
 3. Bloqueo AV de tercer grado.
 4. Estenosis pulmonar congénita.
 5. Estenosis mitral severa.
38. **Paciente de 24 años que es traído a Urgencias por haber presentado un episodio de palidez, visión borrosa, sudoración y pérdida de conciencia de segundos de duración tras subir corriendo 3 pisos de escalera. En la exploración presenta una frecuencia cardíaca normal y un soplo sistólico rudo que se incrementa con la maniobra de Valsalva. El ECG muestra criterios de hipertrofia ventricular izquierda. ¿Cuál de las siguientes pruebas diagnósticas recomendaría a continuación?:**
1. Ergometría.
 2. Ecocardiograma.
 3. Holter ECG.
 4. Doppler carotídeo.
 5. Coronariografía.
39. **En cuál de estas valvulopatías NO suele existir ortopnea y disnea de esfuerzo:**
1. Estenosis mitral.
 2. Insuficiencia mitral.
 3. Estenosis aórtica.
 4. Insuficiencia tricúspide.
 5. Doble lesión mitral.
40. **Hombre de 50 años de edad tratado mediante angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP) sobre una obstrucción del 90% de la coronaria derecha proximal, con buen resultado inicial. A los 3 meses el paciente presenta angina recurrente. El cateterismo revela obstrucción severa de la coronaria derecha proximal. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el estado actual de este enfermo es correcta?:**
1. La reestenosis es muy frecuente y por eso se utiliza la implantación de conductos expansivos (stent), con lo que esta

complicación es rara.

2. Si el paciente hubiera sido tratado diariamente con aspirina desde la ACTP inicial, este problema se hubiera reducido.
3. Debería haberse administrado un hipolipemiante para prevenir el problema.
4. La administración de anticoagulantes orales durante 6 meses después de la ACTP previene esta complicación.
5. Probablemente, la hiperplasia del músculo liso de las arterias coronarias contribuyó al problema actual.

41. Un hombre de 58 años, previamente sano, ingresa con dolor retrosternal severo, en reposo, de 4 horas de duración, irradiado a mandíbula. El ECG muestra elevación marcada de ST en II, III y aVF. La troponina está muy elevada. Al cabo de una hora, aparece marcada oliguria e hipotensión (TA: 90/60 mmHg). Se le coloca un catéter de Swan-Ganz y se miden las siguientes presiones: Presión capilar pulmonar enclavada: 4 mmHg; Presión libre en la arteria pulmonar: 22/4 mmHg; Presión media de la aurícula derecha: 11 mmHg. ¿Cuál de los siguientes tratamientos es el más adecuado para este paciente?:

1. Líquidos i.v.
2. Digoxina i.v.
3. Noradrenalina i.v.
4. Dopamina i.v.
5. Balón de contrapulsación intraaórtico.

42. ¿En cuál de las siguientes situaciones NO está indicada la anticoagulación del paciente?:

1. Estenosis mitral y fibrilación auricular.
2. Fibrilación auricular y embolismo previo.
3. Prótesis mitral mecánica en ritmo sinusal.
4. Fibrilación auricular aislada en mujer de 55 años.
5. Miocardiopatía dilatada y fibrilación auricular.

43. ¿Cuál de los siguientes fármacos NO ha demostrado disminuir la mortalidad en la insuficiencia cardíaca?:

1. Espironolactona.
2. Metoprolol.
3. Enalapril.
4. Digoxina.
5. Carvedilol.

44. Un paciente de 50 años hipertenso y portador de una prótesis aórtica mecánica implantada 3 meses antes del ingreso, acude a Urgencias por un proceso con fiebre de 39°C y tiritona de 12 días de evolución. En Urgencias, se ausculta un soplo diastólico precoz, largo, en mesocardio y borde parasternal izquierdo. En el ECG se detecta un bloqueo auriculoventricular de primer grado de 0,40 seg. ¿Cuál de las

siguientes respuestas es correcta?:

1. El paciente tiene una disección aórtica tipo A yatrogénica que tuvo lugar durante la intervención previa.
2. Para el diagnóstico de la enfermedad del paciente es fundamental la realización de un cateterismo.
3. El grado de bloqueo auriculoventricular sugiere que la insuficiencia valvular del paciente es de grado severo.
4. La prueba fundamental que aclarará la patología del paciente es un ecocardiograma.
5. La fiebre de 39°C justifica, en parte, el soplo y el bloqueo de este paciente. Una radiografía de tórax será determinante para el diagnóstico del paciente.

45. El electrocardiograma de la miocardiopatía hipertrófica apical se caracteriza por:

1. Ondas Q en derivaciones anteriores.
2. Ondas Q en derivaciones inferiores.
3. Ondas T gigantes positivas en derivaciones anteriores.
4. Ondas T gigantes negativas en derivaciones anteriores.
5. Ondas U diseminadas, amplias y profundas.

46. La interrupción de las taquicardias paroxísticas supraventriculares en el servicio de Urgencias debe hacerse siguiendo un protocolo de actuación que incluya:

1. Hacer ECG y establecer un diagnóstico diferencial del tipo y origen de la taquicardia, realizar maniobras vagales y si no cede, inyectar por vía i.v. adenosina, adenosín trifosfato (ATP) o Verapamil.
2. Hacer ECG 12 derivaciones y si el QRS es estrecho, inyectar cualquier fármaco antiarrítmico de tipo IA.
3. Tras hacer ECG y realizar maniobras vagales, administrar Amiodarona por vía i.v.
4. Tras monitorización ECG y una vez realizado el diagnóstico diferencial del origen y mecanismo de la arritmia, llevar a cabo cardioversión electrónica.
5. Tras hacer ECG 12 derivaciones, debe administrarse Digital i.v., para comprobar el efecto sobre la frecuencia de la taquicardia.

47. Hombre de 70 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial de larga evolución, que acude a urgencias por cuadro de dolor torácico intenso irradiado a espalda. El electrocardiograma es normal sin datos de isquemia miocárdica. Se ausculta soplo diastólico. ¿Cuál de las siguientes pruebas sería, con mayor probabilidad, la MENOS útil?:

1. Aortografía.

2. Ecocardiografía transesofágica.
 3. Resonancia nuclear magnética.
 4. Tomografía axial computorizada (TC).
 5. Gammagrafía miocárdica con talio.
48. Los familiares traen a Urgencias a una mujer de 63 años, con una historia antigua de hipertensión y diabetes, porque en las últimas 24 horas está incoherente. A la exploración, se observa una paciente desorientada con TA 230/160 mmHg, frecuencia respiratoria de 25 y pulso de 110 l/m. Temp. de 36,7°C. En la auscultación pulmonar hay crepitantes bibasales y en la cardíaca sólo se evidencia un cuarto tono. No hay organomegalias ni focalidad neurológica. Solo está orientada respecto a personas. La familia refiere que había dejado de tomar los hipotensores hacía varias semanas. Se monitoriza a la enferma y se inserta vías arterial y venosa. Una TC craneal excluye hemorragia y masa intracraneal. ¿Cuál de los siguientes es el paso más adecuado que debe darse a continuación?:
1. Observar a la enferma durante una hora en una habitación tranquila antes de dar medicación.
 2. Esperar los resultados de laboratorio antes de decidir el tratamiento específico.
 3. Administrar nitroprusiato sódico en infusión i.v.
 4. Administrar diazóxido sódico en bolos i.v.
 5. Administrar nicardipino intravenoso en dosis única.
49. ¿Cuál de los siguientes injertos para revascularización coronaria presenta una mayor permeabilidad a largo plazo?:
1. Arteria mamaria interna izquierda.
 2. Arteria espigástrica.
 3. Arteria radial.
 4. Arteria gastroepiploica.
 5. Arteria mamaria interna derecha.
50. Mujer de 35 años sin antecedentes cardiovasculares, que presenta cuadro de tres meses de evolución de fiebre, pérdida de peso, artralgias y anorexia. Acude a Urgencias por accidente cerebrovascular isquémico. En la exploración se detecta discrepancia de presión arterial entre los miembros superiores con disminución marcada de pulsos en miembro superior derecho. En analítica presenta anemia moderada y elevación de la velocidad de sedimentación globular. El diagnóstico más probable es:
1. Disección aórtica.
 2. Enfermedad de Takayasu.
 3. Síndrome de Leriche.
 4. Enfermedad de Marfan.
 5. Endocarditis bacteriana.
51. Mujer de 33 años de edad, que presenta pérdida de fuerza y sensibilidad en miembros derechos, establecida en unas horas. En la exploración se aprecia una hemiparesia y hemihipoestesia derechas, con signo de Babinski bilateral. Reinterrogada, reconoce que 2 años antes había presentado durante unos días un déficit motor leve en los miembros izquierdos, que recuperó por completo. Tenía antecedentes de abortos múltiples. El LCR era normal. La resonancia magnética mostraba lesiones bilaterales subcorticales, una de ellas de forma triangular con base cortical. Entre las pruebas de laboratorio que a continuación se mencionan, ¿cuál podría aclarar el diagnóstico?:
1. Determinación de glucosa.
 2. Test de la D-xilosa.
 3. Determinación de anticuerpos anticardiolipina.
 4. Determinación de hidroxiprolina.
 5. Determinación de ácido fólico y vitamina B12.
52. Una mujer de 60 años diagnosticada de fibrilación auricular, acude al Servicio de Urgencias por cefalea y dificultad para leer de inicio brusco. La exploración neurológica demuestra la existencia de hemianopsia homónima derecha. La paciente es capaz de escribir correctamente una frase que se le dicta pero no puede leer lo que ha escrito. No tiene otros hallazgos en la exploración. ¿En qué arteria se localiza la obstrucción?:
1. Arteria cerebral posterior izquierda.
 2. Arteria cerebral media izquierda.
 3. Arteria coroidea anterior derecha.
 4. Arteria cerebral media derecha.
 5. Arteria cerebral posterior derecha.
53. Un paciente diagnosticado de esclerosis múltiple desde hace 6 años, y que ha presentado múltiple brotes, acude a consulta para ser evaluado por un posible brote. ¿Qué signo neurológico NO esperarías encontrar?:
1. Hiporreflexia.
 2. Nistagmus vertical.
 3. Alteración del reflejo fotomotor de un ojo.
 4. Incontinencia vesical.
 5. Alteración vibratoria en las piernas.
54. De todas las determinaciones realizadas en el LCR, la de mayor utilidad en el diagnóstico de la esclerosis múltiple es:
1. El número de células.
 2. La cifra de proteínas totales.
 3. Concentración de Inmunoglobulinas.
 4. La presencia de bandas oligoclonales de IgG.
 5. La cifra de glucosa.
55. La degeneración combinada subaguda de la médula, puede diagnosticarse con facilidad en la

actualidad:

1. Por la alteración en el recuento hematológico.
2. Mediante el test de la D-xilosa.
3. Por la realización de biopsia de médula ósea.
4. Por la determinación de los niveles séricos de vitamina B 12.
5. Por examen bacteriológico del líquido yeyunal.

56. Los fármacos anticolinesterásicos (donepezilo y rivastigmina) en la enfermedad de Alzheimer:

1. Son eficaces sólo en los pacientes en estadio leve de demencia.
2. Mejoran el rendimiento cognitivo, los defectos funcionales y los trastornos de conducta.
3. Producen mejorías escasas en todos los pacientes.
4. Deben utilizarse en la dosis menor posible.
5. Tienen efectos secundarios cardiovasculares potencialmente graves.

57. Hombre de 70 años con temblor de reposo de 4 hercios y torpeza en extremidad superior derecha desde hace un año. Al caminar el braceo está disminuido en el lado derecho. Se inició tratamiento con 750 miligramos de levodopa y 75 miligramos de carbidopa al día con desaparición de los síntomas. ¿Qué enfermedad y evolución son las más probables?:

1. Corea de Huntington con deterioro cognitivo progresivo.
2. Parálisis supranuclear progresiva con aparición tardía de limitación en la mirada vertical tanto superior como inferior.
3. Enfermedad de Parkinson con extensión del temblor a la pierna derecha.
4. Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob con rápido deterioro cognitivo y frecuentes mioclonías.
5. Temblor esencial familiar con aparición de temblor en extremidad superior izquierda y cabeza.

58. ¿Cuál de estas afirmaciones sobre el sueño es FALSA?:

1. El sueño REM ocupa un 20-25% del tiempo del sueño total en adultos.
2. En ancianos sanos puede estar muy reducida la fase 4 de sueño no-REM.
3. El sueño REM y no-REM se alternan en ciclos de 90-110 minutos.
4. El sueño de ondas lentas corresponde a las fases 3 y 4 del sueño no-REM.
5. El sueño REM ocupa menos de un 10% del tiempo de sueño total en lactantes.

59. Paciente de 36 años que a la semana de padecer un cuadro catarral inicia parestesias en piernas. Cuando consulta a su médico de cabecera, siete

días después, el paciente presenta además parestesias en manos, debilidad proximal de extremidades y arreflexia global. ¿Cuál de los siguientes medios diagnósticos estaría indicado en primer lugar?:

1. Determinación de anticuerpos anti-receptor de acetilcolina.
2. Estudio angiográfico medular.
3. Estudios de conducción nerviosa.
4. Estudio de LCR.
5. TC craneal.

60. Mutaciones en el gen de transtirretina originan la forma más frecuente de polineuropatía amiloidótica. ¿Cuál de los siguientes síntomas o signos NO es propio de esta forma de amiloidosis?:

1. Hipoalgesia en guante y calcetín.
2. Disautonomía prominente.
3. Macroglosia.
4. Miocardiopatía.
5. Síndrome del túnel carpiano.

61. El signo inicial más frecuente de un macroadenoma hipofisario no funcional es:

1. Hemianopsia bitemporal.
2. Atrofia óptica.
3. Hemianopsia binasal.
4. Diabetes insípida.
5. Hiperprolactinemia.

62. Una lumbociática en un joven o adulto joven, que se irradia por cara posterior de muslo, pantorrilla, planta y 5º dedo del pie, y en la exploración se observa disminución o abolición del reflejo aquileo, es muy sugestiva de:

1. Neurinoma del ciático popliteo externo.
2. Artritis úrica.
3. Hernia discal L₃ - L₄.
4. Hernia discal L₄ - L₅.
5. Hernia discal L₅ - S₁.

63. Un muchacho de 12 años acude al hospital con disminución del apetito, aumento de la sed, micción frecuente y pérdida de peso durante las últimas tres semanas. En las últimas 24 horas aparece letárgico. Los análisis muestran una natremia de 147 mEq/l, una potasemia de 5,4 mEq/l, un cloro de 112 mEq/l, un bicarbonato de 6 mEq/l, una glucosa de 536 mg/dl, una urea de 54 mg/dl, una creatinina de 2 mg/dl y un pH de 7,18. La cetonuria es positiva. ¿Cuál de las siguientes es la medida más adecuada para comenzar el tratamiento de este paciente?:

1. Hidratación con salino hipotónico, 10 U. de insulina subcutánea y bicarbonato.
2. Hidratación con salino isotónico y perfusión i.v. de insulina.

3. Hidratación con salino isotónico, perfusión de insulina i.v. y bicarbonato.
4. Hidratación con salino hipotónico, perfusión de insulina i.v. y bicarbonato.
5. Hidratación con salino hipotónico y 10 U. de insulina subcutánea.
- 64. Un hombre, asintomático, presenta en dos análisis de sangre rutinarios, glucemias basales de 132 y 130 mg/dl. ¿Cuál será la actitud correcta?:**
1. Se le diagnostica Diabetes Mellitus tipo 2 y se inicia tratamiento con dieta.
 2. Se le pide una curva de glucemia para diagnóstico.
 3. Se inicia tratamiento con antidiabéticos orales.
 4. Se inicia tratamiento con dosis bajas de Insulina NPH.
 5. Se le pide nueva analítica para dentro de un año.
- 65. ¿Cuál de los hallazgos descritos NO acompaña a la dislipemia del diabético?:**
1. Niveles de LDL-colesterol en el rango normal.
 2. Niveles bajos de HDL-colesterol.
 3. Niveles elevados de Lipoproteína (a).
 4. Niveles elevados de Triglicéridos plasmáticos.
 5. Presencia de LDL pequeñas y densas.
- 66. Los niveles de glucosa post-prandial a las dos horas se considera que se correlacionan muy directamente con las complicaciones tardías de la Diabetes Mellitus. Si Ud. desea disminuir dichos niveles debe conocer que dependen de todas las circunstancias siguientes, EXCEPTO:**
1. Niveles pre-prandiales de glucosa.
 2. De la secreción de la insulina.
 3. De la ingesta de hidratos de carbono.
 4. De la sensibilidad de los tejidos a la insulina.
 5. De la producción aumentada de glucosa por el hígado.
- 67. Mujer de 68 años, natural de la provincia de Huesca, con antecedentes de un pequeño bocio multinodular eutiroideo y arritmias, por lo que ha sido tratada desde hace 2 años con amiodarona; hace 2 meses presenta pérdida de 5 kg. de peso y deposiciones diarreicas (1 a 3 deposiciones diarias sin productos patológicos) y palpitations frecuentes. El diagnóstico más probable, entre los siguientes, es:**
1. Adenoma tóxico.
 2. Bocio multinodular hiperfuncionante.
 3. Hipertiroidismo por yodo.
 4. Tiroiditis De Quervain.
 5. Enfermedad de Graves.
- 68. Ante un enfermo diagnosticado de**
- Hipotiroidismo Primario en tratamiento con levotiroxina, ¿cuál de entre las siguientes determinaciones analíticas, considera la más adecuada para ajustar la dosis del fármaco?:**
1. T4 libre.
 2. T4 total.
 3. T3 libre.
 4. TSH.
 5. Tiroglobulina.
- 69. Sobre los tumores malignos del tiroides, señale cuál de los siguientes razonamientos NO es correcto:**
1. El riesgo de linfoma tiroideo es mucho más alto en la tiroiditis de Hashimoto que en el bocio nodular.
 2. El carcinoma medular tiroideo no procede del epitelio folicular tiroideo.
 3. La tiroglobulina tiene valor en el diagnóstico del carcinoma tiroideo diferenciado.
 4. El carcinoma folicular tiroideo requiere para su identificación invasión capsular, de los vasos sanguíneos o del tiroides adyacente.
 5. Algunos adenomas tiroideos pueden contener pseudopapilas y confundirse con las papilas del carcinoma papilar.
- 70. En una mujer de 40 años, hipertensa y con obesidad de disposición troncular, descubrimos un moderado hirsutismo, por lo que sospechamos un síndrome de Cushing. Entre las siguientes pruebas diagnósticas, ¿cuál es la primera que debemos solicitar para confirmar nuestra sospecha?:**
1. Cortisol plasmático en ayunas, a las 9 horas.
 2. Ritmo diurno de cortisol (cortisol plasmático en ayunas a las 9 horas y a las 23 horas).
 3. ACTH plasmático en ayunas.
 4. Cortisol plasmático en ayunas a las 9 horas, tras una dosis oral de 1 mg. de dexametasona, administrada la noche anterior a las 23 horas.
 5. Cortisol libre en orina de 24 horas.
- 71. Un pastor de 52 años es remitido al hospital para evaluar una lesión quística hepática descubierta por ecografía durante un estudio por cólicos biliares. La exploración física es normal. Se le realiza una tomografía axial computadorizada, en la que se aprecia, además de la patología hepática ya conocida, una masa suprarrenal izquierda de 6,5 cm. de diámetro. ¿Cuál debe ser la actuación sobre ella?:**
1. Realizar una gammagrafía con selenio-colesterol.
 2. Realizar un estudio funcional para el diagnóstico de hiperfunción suprarrenal. Si no se confirma, no es preciso tratamiento.
 3. Extirpación quirúrgica de la suprarrenal

- izquierda.
4. Ecografía cada 6 meses.
 5. TC cada 6 meses.
72. Un paciente sin antecedentes de tratamiento farmacológico, presenta nerviosismo, palpitaciones, sudoración, calor, temblor y pérdida de peso. A la exploración física, tiene una piel caliente y sudorosa, temblor de lengua y manos, bocio y una frecuencia cardíaca de 104 l/m. Un estudio tiroideo revela una TSH discretamente elevada con cifras altas de T4-libre y T3 -libre. ¿Cuál de las siguientes pruebas será la primera a realizar en el diagnóstico etiológico?:
1. Un test de TRH.
 2. Gammagrafía tiroidea.
 3. Anticuerpos antitiroideos.
 4. Ecografía tiroidea.
 5. Captaciones tiroideas de I-131.
73. ¿Cuál de las siguientes manifestaciones clínicas forma parte del síndrome de déficit de hormona de crecimiento en la edad adulta?:
1. Aumento de la grasa abdominal.
 2. Aumento de la masa magra.
 3. Disminución del índice cintura-cadera.
 4. Piel aspera y descamativa.
 5. Disminución de las concentraciones de colesterol total y LDL-colesterol.
74. Mujer de 40 años, con antecedentes de digestiones pesadas, por lo que toma habitualmente metoclopramida y omeprazol. En los últimos 5 años había tomado de forma ininterrumpida anticonceptivos orales hasta hace 7 meses que los suspendió y desde entonces está amenorreica. Previamente sus menstruaciones habían sido siempre regulares, había quedado embarazada con facilidad hacia 14 y 10 años, y había dado lactancia materna durante 4 meses con sus dos hijos. ¿Qué actitud inicial considera más correcta para investigar la amenorrea de esta mujer?:
1. Solicitar una determinación en sangre de TSH tras TRH.
 2. Solicitar una resonancia magnética nuclear de la hipófisis.
 3. Solicitar una prueba de estimulación de LH, FSH tras GnRH.
 4. No procede investigar la amenorrea, ya que su duración es menor a los 12 meses.
 5. Suspender todo tipo de medicación y solicitar una determinación de prolactina.
75. Un paciente diagnosticado de úlcera duodenal presenta hemorragia digestiva alta, litiasis renal con cálculos calcificados, pérdida de peso, eritema necrótico migratorio. El calcio plasmático era de 11,8 mg/dl, la hormona paratiroidea de 220 pg/ml, la gastrina de 1830 pg/ml, el cociente BAO/MAO de 0,85 y las grasas en heces de 12 g/24 horas. Varios familiares por vía paterna habían padecido de úlcera duodenal y litiasis renal. El cuadro clínico de este paciente sugiere principalmente:
1. Úlcera péptica por *Helicobacter Pylori*.
 2. Síndrome de Verner-Morrison.
 3. Síndrome de neoplasia endocrina múltiple tipo 1 (MEN-1).
 4. Síndrome de neoplasia endocrina múltiple tipo 2 (MEN-2).
 5. Gastrinoma.
76. Una causa común de hiperuricemia es:
1. El uso de diuréticos.
 2. La administración de drogas anticoagulantes
 3. La esteatorrea.
 4. La desnutrición.
 5. La ingesta excesiva de líquidos.
77. ¿Qué situación, de entre las siguientes, **NO** produce hipercalcemia?:
1. Mieloma múltiple.
 2. Tratamiento con diuréticos del asa.
 3. Metástasis óseas de tumores sólidos.
 4. Hiperparatiroidismo.
 5. Carcinoma epidermoide del esófago.
78. ¿Cuál de las siguientes es la forma de artritis psoriásica más frecuente?:
1. La oligoarticular asimétrica.
 2. La poliarticular simétrica.
 3. La mutilante.
 4. La axial.
 5. La afectación de las articulaciones interfalángicas distales.
79. En relación a la artritis reumatoide, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es **FALSA**?:
1. El haplotipo HLA DR4 es más frecuente en la artritis reumatoide que en la población general.
 2. La inflamación de la membrana sinovial está mediada por el depósito de inmunocomplejos circulantes.
 3. En el infiltrado inflamatorio de la membrana sinovial se encuentran linfocitos, macrófagos y fibroblastos activados.
 4. La interleuquina-1 (IL-1), interleuquina-6 (IL-6) y el factor de necrosis tumoral-alfa (TNF α) son citoquinas proinflamatorias abundantes en el medio sinovial.
 5. El factor reumatoide es una inmunoglobulina con reactividad para la porción Fc de la inmunoglobulina G (IgG).

- 80. Un hombre de 32 años, con antecedentes paternos de espondilitis anquilosante, consulta por dolor lumbar de 6 meses de evolución, de presentación durante el reposo nocturno, acompañado de rigidez matutina intensa que mejora con la actividad hasta desaparecer 2 horas después de levantarse. Refiere haber notado mejoría importante de los síntomas en tratamiento con diclofenaco. La exploración física únicamente muestra limitación ligera de la movilidad lumbar. ¿Cuál de las siguientes pruebas complementarias considera más adecuada, inicialmente, para establecer un diagnóstico?:**
1. Resonancia Nuclear Magnética lumbar para descartar un proceso compresivo radicular, infeccioso o neoplásico.
 2. Determinación de la presencia del antígeno HLA-B27 para confirmar el diagnóstico de espondilitis anquilosante.
 3. TC de articulaciones sacroilíacas para determinar la presencia de erosiones yuxtaarticulares, lo cual establecería el diagnóstico de espondilitis anquilosante.
 4. Radiografía anteroposterior de pelvis para valorar la presencia de sacroileítis bilateral, que confirmaría el diagnóstico de espondiloartropatía.
 5. Gammagrafía ósea con Tecnecio-99 para valorar hipercaptación ósea patológica vertebral, lo cual establecería el diagnóstico de espondiloartropatía.
- 81. La enfermedad de Paget es un trastorno focal del remodelamiento óseo de causa desconocida. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?:**
1. La radiografía es el método diagnóstico habitual.
 2. La gammagrafía ósea es poco útil en el estudio inicial de la enfermedad.
 3. La sordera es el síntoma craneal más frecuente de la enfermedad de Paget localizada en los huesos del cráneo.
 4. Los marcadores clásicos de actividad de la enfermedad son la determinación de fosfatasa alcalina total en suero y de hidroxiprolina total en orina.
 5. El tratamiento con bifosfonatos proporciona un alivio sintomático y reducción de los parámetros bioquímicos.
- 82. De las siguientes opciones, ¿cuál de las siguientes NO se asocia a la enfermedad de Raynaud?:**
1. Esclerodermia.
 2. Tromboangeítis obliterante.
 3. Siringomielia.
 4. Betabloqueantes.
- 83. En un paciente que consulta por xerostomía y xeroftalmía. ¿Cuál de los siguientes resultados de las exploraciones complementarias NO es concordante con un diagnóstico de Síndrome de Sjögren primario?:**
1. Presencia de anticuerpos anti-Ro y anti-La positivos en suero.
 2. Test de Schirmer patológico que demuestra la presencia de hiposecreción lagrimal.
 3. Ulceraciones orales con apariencia de aftas.
 4. Tinción corneal con fluorescencia que muestra queratoconjuntivitis punctata.
 5. Biopsia de glándula salival menor con presencia de acúmulos focales linfoplasmocitarios.
- 84. Un hombre de 58 años diagnosticado de artritis gotosa tofácea y litiasis ureteral por cálculos de ácido úrico no tratado previamente, consulta por monoartritis aguda de rodilla. El análisis del líquido sinovial obtenido por artrocentesis muestra abundantes microcristales de urato intraleucocitarios. El ácido úrico sérico es de 9'4 mg/dl (valor normal <7mg/dl) y la creatinina está en rango normal. ¿Cuál de las siguientes estrategias terapéuticas le parece más adecuada?:**
1. Antiinflamatorios no esteroideos ó colchicina durante el episodio de artritis aguda, profilaxis de nuevos episodios de artritis con colchicina 1 mg diario oral, y dieta con restricción de purinas y alopurinol 300 mg diarios como tratamiento hipouricemiante.
 2. Colchicina intravenosa como tratamiento del episodio de artritis aguda, y dieta con restricción de purinas y alopurinol 300 mg como tratamiento hipouricemiante.
 3. Colchicina oral 3 mg diarios hasta la resolución del episodio agudo de artritis y dieta con restricción de purinas y fármacos uricosúricos como benzobromarona 100 mg diarios como tratamiento hipouricemiante.
 4. Antiinflamatorios no esteroideos durante el episodio de artritis aguda, y colchicina oral 1 mg diario de forma ininterrumpida como profilaxis de nuevos episodios de artritis.
 5. Metilprednisolona intraarticular como tratamiento de la artritis aguda, y alopurinol 300 mg diarios como tratamiento hipouricemiante.
- 85. Una de las siguientes afirmaciones NO es propia de la amiloidosis relacionada con cadenas ligeras (AL). Señálela:**
1. Se puede asociar a paraproteinemia.
 2. La proteinuria es la expresión de afectación renal más frecuente.

3. Es habitual la presencia de enfermedad inflamatoria de larga evolución.
4. El síndrome del túnel carpiano es una de sus manifestaciones clínicas.
5. La infiltración de la lengua es muy característica.
- 86. ¿Cuál de las siguientes respuestas NO es cierta acerca de la sarcoidosis?:**
1. Existe una forma asintomática.
 2. El 60% de los casos tienen una radiografía de tórax normal.
 3. Existe linfadenopatía en más del 50% de los casos.
 4. Suele existir hipergammaglobulinemia durante las fases de actividad.
 5. Es rara la afectación pleural.
- 87. ¿Cuál de estas variables NO es un factor de riesgo para que una lumbalgia aguda sea debida a una etiología seria?:**
1. Falta de mejoría en los síntomas tras una semana de tratamiento conservador.
 2. Antecedentes de cáncer o infección.
 3. Edad superior a 50 años.
 4. Desarrollo de incontinencia urinaria.
 5. Adicción a drogas por vía parenteral.
- 88. ¿Cuál es el tratamiento más habitual de las fracturas de la apofisis odontoides de tipo III, localizadas en la base del axis?:**
1. Tracción craneal e inmovilización con halo.
 2. Artrodesis atlo axoidea posterior.
 3. Artrodesis atlo axoidea anterior.
 4. Fijación anterior de la apófisis odontoides.
 5. Inmovilización con collar blando.
- 89. Mujer de 78 años de edad con buen estado general, presenta una fractura desplazada de cuello femoral que se produjo 10 días antes de su ingreso. ¿Qué tratamiento es el más correcto?:**
1. Dado el tiempo transcurrido, reposo y deambulación al ceder el dolor .
 2. Prótesis de cadera.
 3. Tracción continua durante 3 semanas y posterior tratamiento de rehabilitación.
 4. Vendaje de yeso.
 5. Clavo intramedular.
- 90. Paciente de 30 años de edad presenta, tras sufrir un accidente de moto, una fractura abierta Grado III de tibia y peroné sin afectación neurovascular. ¿Cuál sería la conducta a seguir?:**
1. Limpieza de la herida y osteosíntesis inmediata con placa y tornillos.
 2. Limpieza de la herida, estabilización provisional de la fractura con tracción continua y yeso tras obtenerse la curación de la herida cutánea.
 3. Limpieza de la herida, estabilización provisional con tracción, y posterior osteosíntesis con placa y tornillos.
 4. Limpieza de la herida y estabilización de la fractura con fijador externo.
 5. Cierre de la herida y yeso con tracción bipolar.
- 91. Una mujer de 28 años comienza de forma paulatina con un dolor mecánico localizado en la región inguinal izquierda, que se acompaña de sensación de bloqueo ocasional de la cadera. En la exploración física presenta dolor intenso con la maniobra de abducción. ¿Cuál sería su primera sospecha diagnóstica?:**
1. Una afectación inflamatoria del músculo psoas.
 2. Una fractura subcapital enclavada en valgo.
 3. Una tuberculosis de la cadera.
 4. Una displasia de cadera.
 5. Necrosis avascular de cabeza femoral.
- 92. Tras el encamamiento prolongado, el mayor riesgo en la movilidad de la cadera es la limitación de:**
1. Abducción.
 2. Flexión.
 3. Extensión.
 4. Rotación interna.
 5. Rotación externa.
- 93. En su consulta, un joven le pregunta acerca de la futura evolución de su fractura diafisaria de tibia que está siendo tratada en el hospital mediante un yeso inguinopédico. En las radiografías que aporta, usted observa claramente una pseudoartrosis "en pata de elefante". Debe advertirle que:**
1. Necesita varios meses más de inmovilización con yeso.
 2. La cirugía con abordaje directo del foco es imprescindible.
 3. Se necesitará aporte de injerto óseo autólogo en la inevitable cirugía.
 4. El enclavado intramedular a foco cerrado puede ser una buena solución.
 5. Tiene que deambular con apoyo completo en la extremidad afectada para favorecer la consolidación sin tratamiento quirúrgico.
- 94. A la sala de Urgencias llega un politraumatizado con múltiples costillas derechas fracturadas que se presenta en coma medianamente reactivo con discreta anisocoria pupilar, hipotensión arterial muy severa, grave compromiso respiratorio con murmullo**

vesicular inaudible en hemitórax derecho y abdomen contracturado a la palpación. Indique, entre los siguientes, cuál es el procedimiento asistencial MENOS prioritario:

1. Radiografía de tórax.
2. Intubación traqueal.
3. Punción-lavado intraperitoneal.
4. Tomografía axial computadorizada (TC) craneal.
5. Drenaje pleural derecho.

95. ¿Cuál de los siguientes datos apoya el origen glomerular de una hematuria?:

1. Hematuria inicial.
2. Presencia de hematíes dismórficos en el sedimento en más del 40%.
3. Hematuria al final de la micción.
4. Hematuria en todas las fases de la micción.
5. Ausencia de molestias miccionales.

96. Chica de 18 años con irregularidades menstruales en tratamiento con anovulatorios. En los últimos meses desarrolla edemas manifiestos con cifras de TA de 140/95 mmHg. Los análisis muestran proteinuria de rango nefrótico: 4.500 mg/24 h. Hematuria de 25 hematíes por campo con cilindros halinogranulosos. En sangre: IgA 258 mg/dl. Fracción 3ª del Complemento (C3) 58 mg/dl, Fracción 4ª del Complemento (C4) menos de 5mg/dl. Anticuerpos antinucleares positivos (título 1/1250). Un ciclo de esteroides de 8 semanas se asocia con disminución de la proteinuria a 1300 mg/24 horas, persistiendo la hipocomplementemia. Señale el diagnóstico más probable:

1. Glomerulonefritis membranosa idiopática.
2. Síndrome nefrótico por lesiones glomerulares mínimas.
3. Glomerulonefritis focal y segmentaria asociada a lupus eritematoso.
4. Glomerulonefritis mesangial IgA.
5. Trombosis venosa renal asociada a anovulatorios.

97. Señala cuál, entre las siguientes nefropatías primarias, NO se presenta clínicamente como síndrome nefrótico más que de modo excepcional:

1. La glomerulopatía membranosa.
2. La glomeruloesclerosis focal y segmentaria.
3. La enfermedad de cambios mínimos.
4. La nefropatía por IgA (enfermedad de Berger).
5. La nefropatía asociada con el VIH, sin o con colapso glomerular.

98. En la historia natural de la Nefropatía de la Diabetes Mellitus tipo 1:

1. La aparición de proteinuria nefrótica es

inexorable con el tiempo.

2. La disminución del filtrado glomerular precede a la proteinuria.
3. La detección de microalbuminuria es irrelevante para el pronóstico.
4. Rara vez se aprecia progresión a la insuficiencia renal terminal.
5. El control estrecho de la glucemia es dudoso que enlentezca la progresión de la nefropatía clínica.

99. El patrón urinario característico del Fracaso Renal Agudo pre-renal es:

1. Oliguria, sodio alto y osmolaridad alta en orina.
2. Oliguria o no, sodio bajo y osmolaridad baja en orina.
3. Oliguria, sodio bajo y osmolaridad alta en orina.
4. Oliguria o no, sodio alto y osmolaridad alta en orina.
5. Oliguria con excreción fraccional de sodio alta.

100. En un paciente con síndrome nefrótico, las medidas generales no específicas, para corregir la proteinuria incluye uno de los siguientes procedimientos:

1. Dieta hiperproteica.
2. Diuréticos y/o β -bloqueantes.
3. Inhibidores del enzima conversor de la Angiotensina (IECAs).
4. Calcioantagonistas no dihidropiridínicos.
5. Corticoides por vía sistémica.

101. Señalar la respuesta correcta en relación con la fisiopatología del calcio en la insuficiencia renal crónica:

1. La hormona paratiroidea se eleva precozmente y de forma progresiva.
2. Mecanismos compensadores consiguen mantener a la hormona paratiroidea dentro de límites normales hasta estadios avanzados de la insuficiencia renal.
3. Disminuye la síntesis de 25-hidroxi-vitamina D.
4. El calcio sanguíneo aumenta paralelamente a la disminución del filtrado glomerular.
5. Aumenta la síntesis de 1,25-dihidroxi-vitamina D.

102. Un paciente de 54 años, con insuficiencia renal crónica irreversible (IR) secundaria a glomerulonefritis, que precisa ya tratamiento sustitutivo de su IR, además presenta una hepatopatía crónica en fase de cirrosis avanzada secundaria a hepatitis por virus C:

1. Sólo podrá ser tratado con hemodiálisis.

2. Sólo podrá recibir un injerto renal de cadáver que sea seropositivo para el virus de la Hepatitis C.
 3. Podrá ser sometido a un trasplante renal de donante vivo familiar haploideéntico, para evitar el tratamiento con drogas inmunosupresoras hepatóxicas.
 4. Podrá ser candidato a trasplante hepático y renal.
 5. Debe pasar a ser controlado por una unidad de Cuidados Paliativos.
- 103. ¿Cuál cree que es el mejor método para disminuir las infecciones urinarias asociadas a la colocación de catéteres urinarios en pacientes hospitalizados?:**
1. Profilaxis antibióticas.
 2. Válvulas sin retorno en los sistemas de drenaje.
 3. Medidas antisépticas en su colocación.
 4. La obligatoriedad del uso de sistemas cerrados de drenaje.
 5. Uso de catéteres impregnados en antimicrobiano.
- 104. Paciente diagnosticado de hiperplasia benigna de próstata que presenta como sintomatología dificultad para el inicio de la micción, disminución de la fuerza y volumen del chorro miccional, micción entrecortada y goteo terminal; la aparición de polaquiuria, y urgencia miccional se debe generalmente a:**
1. Presencia de infección urinaria.
 2. Inestabilidad vesical.
 3. Prostatitis (adenomitis).
 4. Existencia de residuo vesical.
 5. Presencia de divertículos vesicales.
- 105. En el caso de un paciente con hiperplasia prostática benigna, ¿cuál, entre las siguientes circunstancias, no establece por sí misma indicación de cirugía?:**
1. Hematuria severa recurrente.
 2. Retención urinaria que requiere sondaje vesical permanente.
 3. Infecciones de orina de repetición.
 4. Nicturia de dos veces.
 5. Residuo postmiccional mayor de 200 cc.
- 106. ¿Cuál de los siguientes hallazgos clínicos constituye un criterio de exclusión en el diagnóstico de cistitis intersticial?:**
1. Capacidad vesical menor de 100 c.c.
 2. Sintomatología miccional rebelde al tratamiento antibiótico.
 3. Urgencia miccional.
 4. Duración de los síntomas miccionales más de año y medio.
5. Ausencia de polaquiuria nocturna.
- 107. Paciente de 61 años al que en un chequeo de rutina se le encuentra un Antígeno Prostático Específico (P.S.A.) de 6,3 ng/dl. El tacto rectal es normal. ¿Cuál sería, entre las siguientes, la actitud diagnóstica más adecuada?:**
1. TC abdominal para estudio de extensión local.
 2. Ecografía transrectal más biopsia prostática.
 3. Biopsia prostática y de vesículas seminales.
 4. Ecografía vesico-prostática con P.A.A.F.
 5. Actitud expectante. Repetir análisis de P.S.A. pasados dos meses.
- 108. Hombre de 35 años que consulta por la aparición de una masa en el testículo izquierdo sin antecedentes traumáticos ni infecciosos; la ecografía testicular demuestra que se trata de una masa sólida. ¿Cuál, entre las siguientes, es la actitud a seguir más adecuada?:**
1. PAAF de la masa.
 2. Biopsia quirúrgica de la masa.
 3. Orquiectomía por vía inguinal previa toma de muestra sanguínea para determinar α -fetoproteína y β -gonadotropina coriónica.
 4. Orquiectomía transescrotal con resección del hemiescrotal.
 5. Vigilancia mediante ecografías cada 2 meses para valorar aumento de tamaño de la masa.
- 109. En un paciente de 60 años, birreno, que presenta una masa renal de 6 cm de diámetro circunscrita en el órgano, cuya biopsia por punción es de carcinoma renal, sin objetivarse con los métodos de imagen afectación ganglionar ni lesiones metastásicas. ¿Cuál es el tratamiento que se debe realizar?:**
1. Radioterapia.
 2. Nefrectomía parcial.
 3. Nefrectomía radical.
 4. Nefrectomía radical más radioterapia.
 5. Nefrectomía radical más quimioterapia sistémica.
- 110. Señale de las siguientes opciones, cuál es el mejor tratamiento que se le puede ofrecer a un paciente joven diagnosticado de leucemia promielocítica aguda:**
1. Si dispone de hermano HLA idéntico es preferible realizar cuanto antes un trasplante alogénico tras el tratamiento quimioterápico de inducción.
 2. La quimioterapia de inducción asociada a ácido transretinoico (ATRA) es la mejor alternativa y permite curar una proporción importante de pacientes.
 3. El mejor tratamiento es el de intensificación con trasplante autólogo.

4. Lo más importante es la transfusión de plasma y plaquetas así como de heparina para controlar la coagulopatía de consumo que presentan estos pacientes al diagnóstico.
5. La terapia génica permite curar estos pacientes al conocerse que existe una translocación cromosómica 15,17.

111. En relación con los avances que se han producido en los últimos años en el área del Trasplante de Médula Osea, también conocido como Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos, señale cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera:

1. Las células madre hematopoyéticas sólo se pueden obtener de la médula ósea.
2. La aplicación de células madre de cordón umbilical es un procedimiento experimental sin empleo aún en la clínica habitual.
3. Las células madre hematopoyéticas sólo pueden permanecer un máximo de cinco años criopreservadas con perfecta viabilidad.
4. Si un paciente carece de donante HLA familiar compatible se le puede realizar un trasplante alogénico con células provenientes de un donante no emparentado HLA compatible.
5. Las células madres hematopoyéticas no pueden seleccionarse por métodos inmunológicos debido a que no se conocen con exactitud sus determinantes antigénicos.

112. De las siguientes, ¿qué afirmación referente a la gammapatía monoclonal idiopática es FALSA?:

1. Es la más prevalente de las gammapatías monoclonales.
2. Puede evolucionar a mieloma u otras gammapatías monoclonales agresivas.
3. No produce lesiones osteolíticas.
4. No suele disminuir la tasa de las inmunoglobulinas policlonales.
5. Debe ser tratada sistemáticamente en prevención de transformación en formas agresivas.

113. Respecto de la anemia refractaria sideroblástica, ¿cuál de las siguientes respuestas es FALSA?:

1. No dispone de un tratamiento médico eficaz.
2. El soporte transfusional con concentrados de hemáties es el tratamiento más importante.
3. La evolución a leucemia aguda es muy frecuente.
4. El tratamiento con desferroxiamina ha de ser considerado en prevención de la hemocromatosis secundaria.
5. Cuando las transfusiones son muy repetidas, es aconsejable utilizar filtros leucocitarios.

114. En relación con la Betatalasemia Heterocigota,

también conocida como Rasgo Talasémico, señalar cuál de las siguientes respuestas es FALSA:

1. La coincidencia en ambos miembros de la pareja de este rasgo implica un 25% de posibilidades de descendencia con Betatalasemia Mayor.
2. Si el diagnóstico se realiza en la embarazada y el padre es portador, la embarazada ha de acudir a un centro de referencia para estudio prenatal del feto.
3. La condición de betatalasemia heterocigota no implica la existencia de síntomas.
4. El tratamiento con hierro se puede utilizar para incrementar la Hemoglobina A2.
5. El tratamiento con ácido fólico puede ser en ocasiones necesario en estos estados heterocigotos talasémicos, por ejemplo ante embarazo, hemorragia, etapa de crecimiento, etc..

115. En relación con la indicación de Eritropoyetina Recombinante Humana (rhu-EPO), señale cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA:

1. La aplicación más frecuente de la Eritropoyetina recombinante humana (rhu-EPO) es para pacientes con anemia secundaria a insuficiencia renal.
2. La Eritropoyetina es una alternativa a la transfusión sanguínea en todos los procesos de cirugía ortopédica que precisen sangre.
3. La Eritropoyetina se emplea siempre en los pacientes con autotransfusión con predepósito para facilitar la recuperación de la hemoglobina.
4. La Eritropoyetina está aprobada por parte del Ministerio de Sanidad español para pacientes con neoplasias sólidas y procesos linfoproliferativos que tengan una anemia sintomática secundaria a la enfermedad de base.
5. La Eritropoyetina es un fármaco de prescripción restringida en hospitales debido a su elevado coste y a que su uso no está exento de riesgo.

116. La carencia de vitamina B12 se caracteriza por todo lo indicado, EXCEPTO:

1. Es frecuente y puede ocurrir hasta en el 10-15% de la población de edad avanzada.
2. Produce un trastorno metabólico caracterizado por el aumento del ácido metilmalónico y/o homocisteína total plasmática.
3. Su primera manifestación clínica puede ser neuropsiquiátrica.
4. Para su diagnóstico es necesaria la existencia de alteraciones en sangre periférica.
5. Se puede tratar con vitamina B12 por vía oral.

117. **Ante un enfermo con anemia ferropénica que va a iniciar tratamiento con sulfato ferroso. ¿Qué recomendación NO debe hacerse?:**
1. Procurar tomarlo en ayunas
 2. Asociar Vitamina C.
 3. Asociar algún antiácido.
 4. La dosis de Fe elemental será 150-200 mg/día.
 5. Mantener el tratamiento \geq 6 meses.
118. **Paciente de 63 años que está en tratamiento con heparina i.v. y desarrolla un cuadro compatible con apendicitis que requiere intervención en las próximas 24 horas. ¿Qué actitud plantearía?:**
1. Suspender la heparina y operar pasadas \geq 6 horas.
 2. Administrar sulfato de Protamina.
 3. Administrar complejo Protrombínico.
 4. Pasar a heparina de bajo Pm.
 5. Administrar plasma fresco congelado.
119. **Un sujeto de 40 años desarrolla una trombosis mesentérica sin ningún antecedente previo. De las siguientes investigaciones, ¿cuál NO le parece pertinente?:**
1. Antitrombina III.
 2. Proteínas C y S.
 3. Anomalia de Protrombina.
 4. Homocisteína.
 5. Inhibidor del plasminógeno.
120. **Señale la respuesta FALSA sobre las heparinas de bajo peso molecular:**
1. Algunas son compuestos obtenidos a partir de la heparina no fraccionada.
 2. Todas se eliminan por el riñón.
 3. Su biodisponibilidad es superior a la de la heparina no fraccionada.
 4. Es preciso monitorizar sus efectos en la mayoría de los pacientes.
 5. Producen trombocitopenia con menor frecuencia que la heparina no fraccionada.
121. **En relación con la Leucemia de Células Peludas, también conocida como Tricoleucemia, señale cuál de las siguientes respuestas es FALSA:**
1. El cuadro clínico más frecuente es el de pancitopenia y esplenomegalia, por lo que el tratamiento más recomendado actualmente es la esplenectomía.
 2. El aspirado medular es dificultoso pues suele existir fibrosis medular.
 3. Son frecuentes las infecciones oportunistas por legionella y por micobacterias.
 4. El tratamiento con análogos de las purinas (2-cloroadenosina y 2-deoxicoformicina) logra remisiones completas prolongadas en un número importante de pacientes.
5. Es una enfermedad originada en los linfocitos B.
122. **¿Cuál de las siguientes afirmaciones relativas a la fiebre tifoidea NO es correcta?:**
1. La enfermedad se suele contraer por la ingesta de alimentos, agua o leche contaminados.
 2. La leucopenia es más frecuente que la leucocitosis en las personas con enfermedad aguda.
 3. La roseola se suele presentar en el momento en el que comienza la fiebre.
 4. El cloramfenicol no es eficaz para prevenir las recaídas.
 5. Las fluoroquinolonas erradican el germen, incluso en presencia de cálculos biliares.
123. **Un niño de 14 años acude a su consulta por presentar herida por mordedura en antebrazo, con exudado purulento que ha empeorado a pesar del tratamiento con clindamicina. ¿Cuál es la etiología más probable de la infección de la herida?:**
1. *Staphylococcus Aureus*.
 2. Streptococo beta-hemolítico grupo A.
 3. *Eikenella Corrodens*.
 4. *Capnocytophaga Gingivalis*.
 5. *Mycobacterium Tuberculosis*.
124. **En relación con el *Streptococcus Pneumoniae*, ¿cuál de las siguientes frases NO es correcta?:**
1. El neumococo es el principal agente bacteriano en la etiología de la otitis media aguda.
 2. En los pacientes con neumonía neumocócica la bacteriemia se detecta en el 25% de los casos.
 3. La mortalidad de la neumonía no bacteriémica es inferior al 5%.
 4. En España, la resistencia del neumococo a la penicilina está entre el 30% y el 40%.
 5. A la espera del antibiograma, el tratamiento recomendado de la meningitis neumocócica es vancomicina 1g i.v./12h, durante unos 10 días.
125. **¿En cuál de los siguientes procesos infecciosos es excepcional que los microorganismos anaerobios estén implicados como agentes etiológicos?:**
1. Infecciones maxilofaciales.
 2. Abscesos cerebrales.
 3. Infecciones del tracto genital femenino.
 4. Infecciones urinarias.
 5. Infecciones de tejidos blandos.
126. **¿Cuál es el patógeno involucrado más frecuentemente en la "diarrea del viajero"?:**

1. *Salmonella*.
 2. *Giardia Lamblia*.
 3. *Campylobacter*.
 4. *Entamoeba Hystolítica*.
 5. *Escherichia Coli*.
127. Un paciente con 57 años y diabetes mellitus mal controlada, comienza con fiebre, dolor profundo en seno maxilar, congestión y secreción nasal serosanguinolenta. Se instaura tratamiento antibiótico sin objetivar mejoría. En la evolución de la enfermedad aparece ptosis parpebral y deterioro del nivel de conciencia. En la TC se aprecia opacificación de senos maxilares y frontales. Se extrae muestra del seno y en el laboratorio de microbiología informan de la presencia de hifas no tabicadas. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:
1. Aspergillosis.
 2. Mucormicosis.
 3. Candidiasis invasora.
 4. Actinomicosis.
 5. Rinosporidiosis.
128. La llamada meningitis de Mollaret es un cuadro, poco frecuente, consistente en episodios recurrentes de meningitis en las que suelen verse células sugerentes de esta entidad en el LCR. Hoy se cree que:
1. Está causada por Enterovirus.
 2. Está causada por Adenovirus.
 3. Se trata de meningitis bacterianas abortadas por tratamiento antibiótico.
 4. Se ha vinculado a Virus del Herpes Simple.
 5. Es una forma frustrada de meningitis tuberculosa.
129. Paciente de 72 años diagnosticado de polimialgia reumática en tratamiento con corticoides desde hace 6 meses. Ingresa en el hospital por meningitis aguda, observándose en los hemocultivos bacilos gram positivos. ¿Cuál de las siguientes enfermedades tiene el paciente?:
1. Candidiasis.
 2. Listeriosis.
 3. Botulismo.
 4. Meningococemia.
 5. Tularemia.
130. En la endocarditis infecciosa, ¿cuál, entre los que se mencionan, es el germen responsable con más frecuencia de los casos con hemocultivo negativo?:
1. *Staphylococcus Aureus* resistente a meticilina.
 2. *Enterococcus Facium*.
 3. *Streptococcus Salivarius*.
 4. *Coxiella Burnetii*.
 5. *Bacteroides Fragilis*.
131. Un paciente de 40 años con antecedentes de adicción a drogas por vía parenteral, con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) conocida desde hace 8 años, con un ingreso en institución penitenciaria hace 2 años, en que presentaba un Mantoux de 7 mm, nunca ha recibido ningún tratamiento ni profilaxis. En la actualidad se encuentra asintomático, sus CD4 son de 100 cel/ μ L y el Mantoux negativo. Sería **INCORRECTO** pensar que:
1. Debe recibir profilaxis con Isoniacida 300 mg + piridoxina durante 9 meses.
 2. Debe recibir profilaxis con Rifabutina y Piracinamida durante 2 meses.
 3. Probablemente presente una infección tuberculosa.
 4. No debe recibir profilaxis si se encuentra en tratamiento deshabitador con Metadona.
 5. Debe recibir profilaxis con Isoniacida 900 mg + piridoxina, 2 veces por semana durante 9 meses.
132. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones, en cuanto a la Neumonía por *Pneumocistis Carinii* en pacientes VIH (virus de la inmunodeficiencia humana) positivos, es **FALSA**:
1. Se presenta clínicamente de forma subaguda.
 2. Con elevada frecuencia se prescribe tratamiento sin confirmación diagnóstica bacteriológica.
 3. El 95% de los pacientes tiene un recuento de CD4 < 200 cel/ μ L.
 4. El diagnóstico se obtiene habitualmente mediante cultivo de secreciones bronquiales obtenidas por la inducción del esputo.
 5. La profilaxis primaria se puede suspender en pacientes con tratamiento antirretroviral que presenten una carga viral suprimida (<500cop/ml) y CD4 > 200 cel/ μ L.
133. ¿Qué antirretroviral puede producir anemia grave?:
1. Zidovudina (AZT).
 2. Estavudina (d4T).
 3. Indinavir.
 4. Didanosina (ddl).
 5. Nevirapina.
134. ¿Cuál de las siguientes enfermedades **NO** se considera definitiva de SIDA?:
1. Cáncer invasivo de cuello uterino.
 2. Toxoplasmosis encefálica.
 3. Encefalitis herpética.
 4. Neumonía por *Pneumocystis Carinii*.
 5. Sarcoma de Kaposi epidémico.

135. Cuando se observa una imagen histológica de acantosis con elongación de las crestas interpapilares -que incluso se fusionan entre sí-, hiperparaqueratosis y acúmulos epidérmicos de leucocitos polimorfonucleares, estamos hablando de una:
1. Ictiosis.
 2. Dermatitis (eccema).
 3. Urticaria.
 4. Epidermolísis.
 5. Psoriasis.
136. La aparición de un pliegue extra de piel por debajo del párpado inferior es una característica de:
1. Dermatitis seborréica.
 2. Rosácea.
 3. Pitiriasis rosada.
 4. Dermatitis atópica.
 5. Eccema de contacto.
137. La localización más común de las lesiones de necrobiosis lipóidica es:
1. Cuero cabelludo.
 2. Región dorso-lumbar.
 3. Superficie anterior de la pierna.
 4. Cara anterior, tercio superior del tronco.
 5. Palmas y plantas.
138. Adulto de 47 años, bebedor abundante, acude a la consulta por aparición de pequeñas lesiones ampollosas en el dorso de la mano por traumatismos mínimos. A la exploración se observa también una hiperpigmentación difusa y una hipertrichosis facial. El diagnóstico más probable es:
1. Pénfigo vulgar.
 2. Dermatitis herpetiforme.
 3. Porfiria cutánea tarda.
 4. Epidermolísis ampollosa simple.
 5. Amiloidosis.
139. La presencia de una pigmentación pardusca en los grandes pliegues (cuello, axilas, ingles ...) con hiperqueratosis, plegamiento y engrosamiento aterciopelado de la piel, se denomina:
1. Tinea nigra.
 2. Psoriasis inversa.
 3. Acantosis nigricans.
 4. Acroqueratoelastoidosis.
 5. Ictiosis simple.
140. Paciente de 62 años de edad que acude a nuestra consulta por presentar enrojecimiento de ambos ojos con gran cantidad de secreciones, sensación de cuerpo extraño, lagrimeo, reacción folicular, hemorragias subconjuntivales difusas y adenopatía preauricular palpable. Comenta que recientemente ha padecido una infección de vías respiratorias altas. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:
1. Conjuntivitis bacteriana.
 2. Conjuntivitis de inclusión.
 3. Conjuntivitis vírica.
 4. Conjuntivitis alérgica.
 5. Conjuntivitis tóxica.
141. Paciente de 23 años de edad que acude a nuestra consulta por pérdida progresiva de su agudeza visual y dolor con los movimientos oculares. La exploración del segmento anterior y posterior es totalmente normal, excepto por la existencia de un defecto pupilar aferente (escasa respuesta a la luz). Su diagnóstico más probable es:
1. Obstrucción de la arteria central de la retina.
 2. Papilitis.
 3. Glaucoma crónico simple.
 4. Desprendimiento de retina.
 5. Neuritis óptica retrobulbar.
142. Un niño de 20 meses de edad que presenta leucocoria en el ojo derecho. ¿Qué enfermedad entre las enumeradas puede padecer?:
1. Dacriocistitis del recién nacido.
 2. Coloboma de iris.
 3. Hemianopsia homónima derecha.
 4. Astigmatismo.
 5. Retinoblastoma.
143. Paciente de 65 años que refiere disminución de agudeza visual de forma progresiva desde hace 1 año, que con corrección en gafas no consigue mejorar, pero sí mejora en situaciones de luz poco intensa. Ve mejor de cerca sin gafas cuando antes las necesitaba. ¿En cuál de los siguientes diagnósticos pensaría primero?:
1. Catarata senil.
 2. Glaucoma agudo.
 3. Glaucoma crónico simple.
 4. Trombosis venosa.
 5. Presbicia.
144. La enfermedad de Menière se caracteriza por todo lo siguiente, **EXCEPTO**:
1. Crisis de vértigo rotatorio.
 2. Hipoacusia neurosensorial con reclutamiento mayor en sonidos graves.
 3. Afectación bilateral en el 15-20%.
 4. Estado permanente de inestabilidad entre las crisis.
 5. Fluctuación de la audición.
145. En un paciente de 62 años, con el antecedente de haber trabajado durante cerca de 40 años

como ebanista, que desarrolla progresivamente en el curso de 4 meses un cuadro de obstrucción nasal unilateral, rinorrea sanguinolenta y cierto grado de proptosis con desviación del globo ocular hacia fuera y abajo. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:

1. Carcinoma epidermoide de seno maxilar.
2. Neuroestesioblastoma olfatorio.
3. Poliposis nasoetmoidal.
4. Adenocarcinoma de etmoides.
5. Mucocoele frontoetmoidal.

146. ¿Cuál, entre los siguientes, es el más frecuente síntoma inicial del cáncer supraglótico?:

1. Disfonía.
2. Disnea.
3. Disfagia.
4. Picor faríngeo.
5. Odinofagia.

147. La otitis media aguda no suele complicarse. No obstante, cuando lo hace, es con más frecuencia con una:

1. Petrooitis.
2. Meningitis.
3. Mastoiditis.
4. Sordera súbita.
5. Osteomielitis.

148. La hipoacusia de conducción por otosclerosis está producida por la aparición de un foco de hueso neoformado en:

1. Articulación incudomaleolar.
2. Márgenes de la ventana oval.
3. Capa hialina del oído medio.
4. Ligamento espiral.
5. Membrana timpánica.

149. Una paciente intervenida hace 2 años de un tumor epidermoide del pulmón derecho y diagnosticada de metástasis óseas y hepáticas hace 2 meses, acude a Urgencias por notar hinchazón de la cara y el cuello, tos seca y disnea progresiva hasta hacerse de mínimos esfuerzos. En la exploración se evidencia edema en esclavina y en la radiografía de tórax, ensanchamiento mediastínico. Indique, de entre las siguientes, cuál es la conducta más adecuada:

1. Se debería realizar una resonancia magnética y biopsia de la lesión antes de tomar cualquier decisión.
2. Se debería realizar una resonancia magnética para completar el estudio e iniciar tratamiento radioterápico urgente.
3. Se debería realizar una tomografía axial computorizada del tórax e iniciar tratamiento con esteroides a altas dosis y radioterapia

urgente.

4. Se debería realizar una prueba diagnóstica radiológica para completar el estudio (resonancia magnética o tomografía axial computorizada) e iniciar tratamiento quimioterápico urgente.
5. El estudio (excepto el anatomopatológico) se puede dar por concluido y se debería comenzar con quimioterapia urgente y biopsiar la lesión lo antes posible.

150. Los siguientes supuestos clínicos son indicaciones de sedación farmacológica en relación con sintomatología terminal y agónica, **EXCEPTO** uno de ellos. Indique de cuál se trata:

1. Paciente con carcinoma de pulmón que presenta disnea que no cede tras tratamiento con oxigenoterapia, cloruro mórfico y diazepam vial oral.
2. Paciente con carcinoma de cabeza y cuello que presenta una úlcera maligna en contacto con la arteria carótida. Durante la realización de una cura, dicha arteria sufre rotura con hemorragia masiva.
3. Paciente con adenocarcinoma de páncreas y metástasis hepáticas que presenta obstrucción de la vía biliar extrahepática, con ictericia franca y que comienza con disminución del nivel de conciencia por encefalopatía hepática.
4. Paciente con adenocarcinoma gástrico, metástasis óseas, hepáticas y pulmonares, que presenta agitación psicomotriz sin respuesta a los neurolépticos.
5. Paciente con carcinoma pulmonar, encamado 100% del día, en tratamiento con morfina por tos con expectoración hemoptoica ocasional y disnea de mínimos esfuerzos, que presenta hemoptisis masiva.

151. De los criterios diagnósticos de un síndrome orgánico cerebral que se exponen a continuación. ¿Cuál de ellos es **FALSO**?:

1. Evidencia de enfermedad, lesión o disfunción cerebral o de enfermedad sistémica que puedan explicar el síndrome.
2. Relación temporal entre la enfermedad y el síndrome (no más de pocos meses).
3. Remisión del síndrome con la mejoría de la causa.
4. Ausencia de otra evidencia que explique el síndrome.
5. Alucinaciones de predominio auditivo.

152. El tratamiento integral de la esquizofrenia durante la fase de mantenimiento incluye varios abordajes. ¿Cuál de los tratamientos que se mencionan constituye una respuesta **FALSA**?:

1. Empleo continuado de antipsicóticos entre dos

- años y de por vida, atendiendo a la dosificación correcta y observando la "adherencia".
2. Tratamiento electro-convulsivo.
 3. Empleo de técnicas de resolución de problemas.
 4. Empleo de técnicas de control de "arousal" (o estado de alerta).
 5. Intervenciones psicoeducativas sobre la familia.
- 153. Uno de los siguientes criterios NO corresponde al diagnóstico de Trastorno Paranoide:**
1. Es un delirio bien sistematizado.
 2. Presenta una conducta rígida.
 3. Ligeramente deterioro de la personalidad.
 4. Comprobación de la realidad acusadamente distorsionada.
 5. Adaptación social frustrada por el sistema delirante.
- 154. Ante un paciente que bruscamente ha comenzado con un conjunto de síntomas constituido por: sensación de dificultad respiratoria, de ahogo (disnea) o de paro respiratorio; mareo, sensación de inestabilidad o desfallecimiento; palpitaciones o taquicardia y náuseas o malestar abdominal. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:**
1. Trastornos de ansiedad generalizada.
 2. Trastorno de pánico.
 3. Trastorno mixto ansioso - depresivo.
 4. Trastorno fóbico.
 5. Trastorno de adaptación.
- 155. Respecto del tratamiento del trastorno afectivo bipolar es FALSO que:**
1. El uso de fármacos antipsicóticos en las fases maníacas conlleva el riesgo de inducir un viraje a la fase depresiva.
 2. El uso de fármacos antidepresivos en la fase depresiva conlleva el riesgo de inducir un viraje a la fase maníaca.
 3. En el tratamiento de mantenimiento de los pacientes bipolares se recomienda el uso de uno o más fármacos eutimizantes.
 4. Los fármacos anticomociales no deben utilizarse en estos pacientes por el riesgo de que desarrollen una discinesia tardía.
 5. En los casos de manía disfórica (manía mixta) o de ciclación rápida la respuesta a las sales de litio parece ser inferior a lo normal.
- 156. Entre los síntomas más frecuentes de la intoxicación por cocaína NO se encuentra:**
1. Midriasis.
 2. Síntomas maníacos.
 3. Hipotensión arterial.
 4. Taquicardia.
 5. Agitación psicomotriz.
- 157. Se presenta en la consulta una mujer de 36 años que cuenta, con cierta indiferencia, que ha perdido visión de forma brusca en los dos ojos. Durante el interrogatorio se constata que esto ocurrió hace 4 horas, cuando una amiga con la que se iba a ir de viaje de placer le dijo que por fin no podía ir. La exploración por lo demás resulta anodina y en la anamnesis se recoge un episodio de anestesia en un brazo hace 1 año. ¿Qué patología, de entre las siguientes, es más probable que presente el paciente?:**
1. Trastorno de conversión.
 2. Trastorno facticio.
 3. Trastorno de somatización.
 4. Simulación.
 5. Trastorno por estrés agudo.
- 158. A su consulta acude un hombre de 65 años acompañado por sus familiares que refieren haber observado en el paciente desde hace un mes una pérdida sustancial en la memoria reciente y a largo plazo. El propio enfermo se queja de la pérdida de memoria y resalta dicha discapacidad con gran angustia, dando la impresión de que exagera las propias deficiencias. Usted se plantea un diagnóstico diferencial entre cuadro demencial y pseudodemencia. ¿Cuál de entre las siguientes características clínicas le haría sospechar con mayor seguridad el primero de los cuadros?:**
1. Pérdida temprana y llamativa de las relaciones sociales.
 2. Agravamiento nocturno de las deficiencias.
 3. Conservación de la atención y de la orientación.
 4. Conducta incongruente con la gravedad de la disfunción cognoscitiva.
 5. Marcadas diferencias en la realización de tareas de dificultad similar.
- 159. Las alucinosis son esencialmente típicas:**
1. De la esquizofrenia hebefrénica.
 2. De los cuadros afectivos bipolares.
 3. Del alcoholismo.
 4. De la anorexia mental.
 5. De la infancia.
- 160. ¿Cuál de estos fármacos es más eficaz en el tratamiento de las crisis de angustia (ataques de pánico)?:**
1. Antipsicóticos atípicos.
 2. Diazepam.
 3. Paroxetina.
 4. Betabloqueadores.
 5. Biperideno.

161. Gestante de 26 semanas de amenorrea, que presenta desde hace 5 días: malestar general, astenia, náuseas, cefalea, edemas y ligero dolor en hipocondrio derecho. En la analítica practicada presenta: Hb.: 8 gr/dL, bilirrubina 1,4 mg/dl, LDH 670 UI/l, AST 182 UI/l, plaquetas 80000/mm³. Lo más probable es que se trate de un embarazo complicado por:
1. Embolismo de líquido amniótico.
 2. Muerte fetal con paso de sustancias tromboplásticas a la circulación materna.
 3. Desprendimiento prematuro de placenta superior al 50%.
 4. Isoinmunización eritrocitaria con transfusión feto-materna.
 5. Preeclampsia severa.
162. ¿En cuál de los siguientes casos la α -fetoproteína en sangre de la madre extraída a la 14 semana de gestación suele estar elevada?:
1. Cuando el feto tiene una malformación cardíaca.
 2. Cuando el feto padece un retraso del crecimiento.
 3. Cuando el feto es portador de una trisomía 21.
 4. Cuando el feto tiene una hernia diafragmática.
 5. Cuando el feto tiene un defecto del cierre del tubo neural.
163. Primigesta en la 39 semana de gestación y con contracciones de parto. Todo ha transcurrido con normalidad hasta que ha roto la bolsa espontáneamente con 4 cm. de dilatación. Nada más romper la bolsa ha comenzado a sangrar (sangre roja en mediana cantidad) y han surgido signos de sufrimiento fetal muy grave. La causa más probable es:
1. Placenta previa.
 2. Abruption placentae.
 3. Lesión de cérvix.
 4. Síndrome de Hellp.
 5. Rotura de vasa previa.
164. ¿En cuál de los siguientes casos NO está indicada la profilaxis anti-D en una mujer Rh negativo siendo el padre Rh positivo?:
1. Gestante de 28 semanas con test de Coombs indirecto negativo.
 2. Aborto de 15 semanas con test de Coombs indirecto negativo.
 3. A las 40 horas del parto con test de Coombs indirecto positivo.
 4. En un embarazo ectópico.
 5. Después de una amniocentesis.
165. Son indicación de profilaxis antibiótica intraparto para el estreptococo del grupo B todas las siguientes circunstancias, EXCEPTO:
1. Trabajo del parto antes del término.
 2. Meconio intraparto.
 3. R.P.M. (rotura prematura de membranas) de una duración superior a 18 horas antes del parto.
 4. Historia de parto previo de un lactante infectado por estreptococo del grupo B.
 5. Fiebre materna durante el trabajo del parto mayor de 38°C.
166. En cuál de las siguientes situaciones obstétricas está indicado el parto mediante cesárea:
1. Presentación de vértice.
 2. Presentación de occipucio.
 3. Presentación de frente.
 4. Presentación de cara.
 5. Circulares de cordón (asas de cordón umbilical alrededor del cuello fetal).
167. ¿Cuál de los siguientes datos diagnósticos es más sensible como marcador predictivo del desarrollo de un parto pretérmino?:
1. Fibronectina en el primer trimestre de la gestación.
 2. Monitorización tocográfica de la dinámica uterina.
 3. Longitud cervical en ecografía.
 4. Exploración cervical (test de Bishop) a las 24 semanas de gestación.
 5. Inter-leuquina 6 en moco cervical.
168. Paciente de 58 años que ha sido diagnosticada de adenocarcinoma de endometrio. En el informe anatomopatológico se refiere una invasión mayor del 50% del miometrio y afectación del estroma endocervical por el tumor. El grado de diferenciación es moderado. ¿Cuál es el estadio del tumor?:
1. Ib G2.
 2. Ic G2.
 3. IIa G2.
 4. IIb G2.
 5. IIIa G2.
169. Una de las siguientes proposiciones, NO es una contraindicación absoluta para el uso de anticonceptivos orales:
1. Antecedentes de tromboflebitis.
 2. Sangrado vaginal no filiado.
 3. Fumadora mayor de 35 años.
 4. Hepatopatía activa.
 5. Diabetes Mellitus sin vasculopatía.
170. ¿Cuál es el andrógeno fundamental en la mujer?:
1. Androstendiona.

2. Dehidroepiandrosterona.
 3. Androstendiol.
 4. Androsterona.
 5. Testosterona.
- 171. En relación con la reproducción asistida es FALSO que:**
1. La fecundación in vitro esté contraindicada cuando las trompas son permeables.
 2. La mayoría de las veces la recogida de ovocitos se hace mediante punción de los folículos bajo control endoscópico.
 3. El control del crecimiento folicular se hace mediante determinaciones seriadas de estradiol y ecografías.
 4. No son más frecuentes las malformaciones fetales.
 5. No deben transferirse más de tres embriones.
- 172. Sólo una de las siguientes afirmaciones es correcta en el cáncer de ovario. Señálela:**
1. Es más frecuente en mujeres menores de 40 años.
 2. Está elevado el marcador tumoral α -fetoproteína.
 3. Da síntomas muy tarde.
 4. Son más frecuentes en múltiparas.
 5. El primer síntoma suele ser la metrorragia.
- 173. Señale la respuesta FALSA en relación con la endometriosis:**
1. Es una causa frecuente de esterilidad.
 2. Su origen está ligado al flujo menstrual retrógrado.
 3. El órgano más frecuentemente afectado es la trompa.
 4. En su patogenia cada día se da más importancia al factor inmunológico.
 5. La laparoscopia es la prueba más definitiva para el diagnóstico de la endometriosis pélvica.
- 174. ¿Cuál es el procedimiento más seguro para el diagnóstico del cáncer de endometrio?:**
1. La ecografía
 2. El microgrado.
 3. La citología endocavitaria.
 4. La histeroscopia.
 5. El legrado fraccionado.
- 175. Una paciente de 35 años ha sido sometida a mastectomía por cáncer de mama. En la pieza quirúrgica se encuentra un carcinoma ductal infiltrante de 2 cm. y existe invasión de 3 de los ganglios axilares aislados. Los receptores de estrógenos y progestágenos son negativos. ¿Cuál es la conducta a seguir más apropiada tras la mastectomía?:**
1. Observación y controles periódicos.
 2. Radioterapia sobre lecho mamario.
 3. Quimioterapia adyuvante.
 4. Hormonoterapia adyuvante.
 5. Castración quirúrgica.
- 176. ¿Cuál es el método actualmente más eficaz y recomendado para el cribado del cáncer de mama ("Screening" o detección precoz), en mujeres asintomáticas en riesgo?:**
1. Ecografía mamaria.
 2. Mamografía.
 3. Tomografía axial computorizada mamaria.
 4. Autoexploración mensual.
 5. Exploración por el médico.
- 177. Un recién nacido presenta taquipnea y en la radiografía de tórax se observan imágenes vasculares pulmonares prominentes, diafragma aplanado y líquido en las cisuras. No existe hipoxemia, hipercapnia o acidosis. ¿Cuál de las siguientes enfermedades es más probable?:**
1. Enfermedad de la membrana hialina.
 2. Aspiración de meconio.
 3. Neumomediastino.
 4. Taquipnea transitoria del recién nacido.
 5. Síndrome de Wilson-Mikity.
- 178. En un neonato de 24 horas de edad, ¿cuál de los siguientes patógenos causa con menos frecuencia meningitis?:**
1. Bacilos gramnegativos.
 2. Estreptococos del grupo B.
 3. *Lysteria Monocytogenes*.
 4. Estafilococos.
 5. *Haemophilus Influenzae*.
- 179. Niño de catorce meses traído a Urgencias por su madre al observar desconexión del medio, rigidez tónica, versión ocular y cianosis perioral, de tres minutos de duración, con somnolencia posterior durante cinco minutos. Al llegar a Urgencias se observa temperatura de 39°C. La exploración neurológica es normal y la otoscopia muestra signos de otitis media serosa. La madre refiere que a la edad de seis meses tuvo un episodio similar, también coincidiendo con fiebre. ¿Cuál sería la actitud más correcta?:**
1. Observación durante 24 horas e iniciar tratamiento con carbamacepina.
 2. Realizar TC craneal y punción lumbar.
 3. TC craneal, punción lumbar y hemocultivos seriados.
 4. EEG e iniciar tratamiento con ácido valproico.
 5. Observación, tratamiento antitérmico y seguimiento ambulatorio.
- 180. El Reflujo gastroesofágico en la infancia:**

1. Es fisiológico hasta los 3 años de edad.
2. Se presenta clínicamente con vómitos, disfagia, retraso del crecimiento, infección respiratoria, broncoespasmo y anemia.
3. Para su diagnóstico la primera prueba a realizar en la actualidad es una monitorización del pH esofágico distal en 24 horas.
4. Se debe a un desbalance entre las hormonas intestinales, gastrina, colecistoquina y secretina.
5. En la mayoría de los niños, se trata quirúrgicamente con una funduplicatura según la técnica de Nissen.

181. Niño de 5 años, asintomático, con excelente desarrollo estatuoponderal y diagnóstico de Estenosis aórtica leve. Señale cuál de las siguientes afirmaciones es correcta:

1. Debe seguir la profilaxis de la Endocarditis Bacteriana.
2. Se le debe efectuar un cateterismo cardíaco y angiografía y valvuloplastia.
3. No puede realizar todos los ejercicios físicos que pueden desarrollar sus compañeros.
4. El ECG mostrará hipertrofia ventricular izquierda severa.
5. En la Rx tórax se verán muescas costales.

182. Un niño de 12 años acude a Urgencias Pediátricas y refiere que se ha caído de su bicicleta golpeando el manillar sobre su abdomen. La exploración abdominal demuestra dolor periumbilical sin defensa muscular. La analítica muestra ligera anemia y ligero aumento de la bilirrubina sin otras alteraciones. ¿Cuál debe ser la conducta a seguir con el enfermo?:

1. Reposo en cama y dieta líquida
2. Sonda nasogástrica y alimentación intravenosa.
3. Reposo y dieta pobre en grasas.
4. Laparotomía exploradora.
5. Tránsito baritado.

183. Un niño de 4 años presenta insuficiencia renal aguda y anemia marcada con abundantes esquistocitos en el frotis de sangre periférica. El diagnóstico probable es:

1. Glomerulonefritis aguda.
2. Fracaso renal agudo isquémico.
3. Trombosis de las venas renales.
4. Síndrome hemolítico-urémico.
5. Insuficiencia renal hemoglobinúrica.

184. Un niño de 3 años ingiere accidentalmente sosa cáustica por vía oral. Trasladado a un Servicio de Urgencias se le realiza un lavado gástrico y se envía a su domicilio. A los 10 días comienza

con disfagia y dolor esofágico. Se le realiza un tránsito con bario y se demuestra una estenosis en tercio inferior de esófago. Elija, entre las siguientes, la actuación más conveniente:

1. Endoscopia y dilatación neumática de la estenosis.
2. Tratamiento médico con espasmolíticos y glucagón.
3. Gastrostomía de alimentación
4. Ph-metría esofágica.
5. Dieta líquida y esperar evolución.

185. ¿Cuál es la indicación más frecuente de trasplante hepático en la infancia?:

1. Insuficiencia hepática fulminante.
2. Hepatitis crónica activa.
3. Atresia biliar extrahepática.
4. Déficit de α -1-antitripsina.
5. Enfermedad de Wilson.

186. La Invaginación Ileocecal:

1. Es una malformación congénita de la válvula ileocecal.
2. Es una obstrucción intestinal que se presenta habitualmente en la adolescencia.
3. Se diagnostica fundamentalmente, mediante una Ecografía Abdominal.
4. Debe de ser tratada quirúrgicamente, mediante una laparoscopia.
5. Se presenta clínicamente con dolor abdominal, vómitos y hematemesis.

187. Un niño de 10 años se presenta en el Servicio de Urgencias con dolor inguinal y escrotal intenso, que comenzó de forma brusca después de un partido de fútbol. El niño está afectado y se observa tumefacción y dolor en el hemiescrotal derecho, no se detecta reflejo cremastérico y el testículo derecho está elevado y rotado. ¿Cuál de los siguientes tratamientos considera Vd. que es el adecuado para este paciente?:

1. Administración de líquidos y antibióticos por vía endovenosa.
2. Tratamiento analgésico ambulatorio.
3. Ecografía Doppler de urgencia.
4. Ingreso hospitalario para observación clínica.
5. Exploración quirúrgica inmediata.

188. Una niña de 2 años padece un reflujo vesicoureteral grado IV, diagnosticada por cistouretrografía miccional durante su primer episodio de infección urinaria. Vd. desea realizar una gammagrafía renal para investigar cicatrización renal. ¿Cuánto tiempo después de la infección urinaria esperaría ver signos iniciales de cicatrización permanente?:

1. 2 a 3 semanas.

2. 1 a 2 meses.
3. 4 a 5 meses.
4. 7 a 8 meses.
5. 11 a 12 meses.

189. En un niño de 4 años con buen estado general y hemihipertrofia corporal, la madre descubre accidentalmente al bañarle una masa abdominal; el estudio urográfico i.v. muestra una masa voluminosa sin calcificación en el riñón izquierdo que distorsiona el sistema pielocalicial, y la ecografía abdominal determina el carácter sólido de la masa, así como la existencia de trombosis en la vena renal. ¿Cuál de los diagnósticos que se citan le parece el más probable?:

1. Tumor de Wilms
2. Neuroblastoma.
3. Nefroma mesoblástico congénito.
4. Carcinoma renal.
5. Fibrosarcoma.

190. ¿Cuál es la edad más temprana a la que la mayor parte de los niños son capaces de comprender que la muerte es permanente?:

1. 0 a 2 años.
2. 3 a 4 años.
3. 5 a 10 años.
4. 11 a 14 años.
5. 15 a 18 años.

191. Ante la exposición a cuál de las siguientes enfermedades o gérmenes, es recomendable la inmunización pasiva con globulina sérica inmune inespecífica:

1. La rabia.
2. La hepatitis A.
3. La hepatitis B.
4. El tétanos.
5. El citomegalovirus.

192. De acuerdo con "la medicina basada en la evidencia", por encima de los 65 años, los programas de "screening" preventivo de tumores sólo están recomendados para:

1. Pulmón, próstata y colon.
2. Próstata, colon y mama.
3. Colon, mama y cérvix.
4. Mama, cérvix y pulmón.
5. Cérvix, pulmón y próstata

193. ¿En cuál de las siguientes vacunas tenemos que valorar el grado de inmunosupresión, antes de su aplicación en pacientes inmunocomprometidos?:

1. DTP.
2. Polio oral.
3. Polio inactivada.

4. Triple vírica.
5. Hepatitis B.

194. ¿Cuál de las siguientes opciones NO es cierta sobre la infección VIH?:

1. En relaciones heterosexuales se transmite más fácilmente de mujer a hombre que al contrario.
2. La vía parenteral está en expansión en el sudeste asiático.
3. La lactancia puede transmitir la infección al recién nacido.
4. La zidovudina administrada durante el embarazo puede disminuir el riesgo de transmisión al recién nacido.
5. Se ha descrito infección por VIH tras trasplante renal y cardiaco.

195. La medida de frecuencia que indica una probabilidad individual de enfermar es:

1. Incidencia Acumulada.
2. Densidad de Incidencia.
3. Tasa de reducción de riesgo.
4. Prevalencia.
5. Riesgo relativo.

196. Si identificamos en la práctica clínica habitual pacientes con agranulocitosis y comparamos su exposición a fármacos con la de un grupo de individuos de características similares pero que no padecen la enfermedad, estamos planteando un:

1. Estudio de cohortes.
2. Ensayo clínico secuencial.
3. Estudio caso-control.
4. Ensayo clínico pragmático.
5. Estudio transversal.

197. ¿Cuál de los siguientes estudios tiene menos validez para evaluar la existencia de una relación causal entre un posible factor de riesgo y una enfermedad?:

1. Estudio de casos y controles.
2. Estudio de casos y controles anidado en una cohorte.
3. Estudio ecológico o correlacional.
4. Estudio de cohortes prospectivo.
5. Estudio de cohortes retrospectivo.

198. ¿Cuál de las siguientes NO es una característica de los estudios de cohorte?:

1. Permiten calcular directamente la incidencia de la enfermedad.
2. Pueden evaluar el efecto de un factor de riesgo sobre varias enfermedades.
3. En los estudios prospectivos la recogida de datos puede durar mucho tiempo.
4. Son especialmente eficientes en enfermedades

raras.

5. Evitan el sesgo de memoria que puede ocurrir en los estudios de casos y controles.

199. Si identificamos en la práctica habitual dos grupos de sujetos, uno expuesto a un fármaco o agente etiológico (por ejemplo, usuarias de contraceptivos orales) y otro no expuesto a este agente (por ejemplo, mujeres que utilizan otros métodos de contracepción) y los seguimos a intervalos regulares de tiempo para comparar la incidencia de tromboembolismo venoso entre uno y otro grupo, estamos planteando un:

1. Estudio de cohortes.
2. Ensayo clínico secuencial.
3. Estudio caso-control.
4. Ensayo clínico pragmático.
5. Estudio ecológico.

200. En un estudio epidemiológico observacional, ¿cómo definiría el fenómeno que puede producir la existencia de una variable que se relaciona a la vez con la exposición al factor etiológico y con la enfermedad estudiada?:

1. Sesgo de selección.
2. Sesgo de información.
3. Sesgo de observación.
4. Error aleatorio.
5. Sesgo por factor de confusión.

201. ¿Qué es el error de tipo I en un estudio clínico?:

1. Un error sistemático debido a la falta de validez de los procedimientos del estudio.
2. Un error aleatorio consistente en rechazar la hipótesis nula cuando es cierta.
3. Un error aleatorio consistente en no rechazar la hipótesis nula cuando es falsa.
4. Un error sistemático consistente en rechazar la hipótesis nula cuando es cierta.
5. Un error sistemático consistente en no rechazar la hipótesis nula cuando es falsa.

202. Usted está interesado en conocer la prevalencia de una determinada enfermedad en una población, ¿qué tipo de diseño deberá aplicar para realizar dicho estudio de forma óptima?:

1. Estudio de series de casos.
2. Encuesta transversal.
3. Estudio de intervención comunitaria.
4. Revisión retrospectiva de casos comunicados.
5. Estudio prospectivo de cohorte.

203. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera en relación con la evaluación de pruebas diagnósticas?:

1. Es preciso seleccionar una prueba específica cuando las consecuencias de omitir un

diagnóstico sean importantes.

2. La tuberculosis es un proceso que debe ser estudiado con pruebas de alta especificidad.
3. Una prueba muy sensible rara vez es positiva si no existe enfermedad.
4. Los falsos positivos no son deseables en diagnósticos que originen un trauma emocional al sujeto de estudio.
5. Una prueba sensible es sobre todo útil cuando su resultado es positivo.

204. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA en relación al estudio de evaluación de pruebas diagnósticas?:

1. La validez externa de una prueba de detección o diagnóstica cuenta con su habilidad para producir resultados comparables.
2. La validez de criterio es el grado en que las medidas se correlacionan con una prueba de referencia del fenómeno en estudio.
3. La validez concurrente se explora cuando la medida y el criterio se refieren al mismo punto en el tiempo (estudio transversal).
4. Una prueba de detección no intenta ser diagnóstica.
5. La validez externa buena de una prueba es un prerrequisito para la evaluación de la validez interna de una prueba.

205. Está usted realizando un estudio para evaluar una nueva prueba de diagnóstico rápido de infección urinaria. Su patrón de referencia es el urocultivo y los datos encontrados son los siguientes: la prueba es positiva en 100 pacientes (75 con urocultivo positivo y 25 con urocultivo negativo) y negativa en 375 pacientes (125 con urocultivo positivo y 250 con urocultivo negativo). ¿Podría calcular el valor predictivo positivo (VPP) de su nueva prueba?:

1. 75%.
2. 33%.
3. 50%.
4. 37,5%.
5. 66,6%.

206. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA en relación con el rendimiento de una prueba diagnóstica?:

1. La exactitud global de una prueba, puede describirse como el área bajo la curva de rendimiento diagnóstico (Curva COR), cuanto mayor es el área mejor es la prueba.
2. La sensibilidad y la especificidad pueden ser descritas de forma inexacta porque se ha escogido un patrón incorrecto de validez.
3. Un amplio espectro de pacientes a los que se le aplica la prueba puede originar un grave problema de validez.
4. La sensibilidad y la especificidad de una prueba

son independientes de la prevalencia de enfermedad en la población de estudio.

5. La relación entre sensibilidad y los falsos positivos puede ser estudiada con una curva de rendimiento diagnóstico (Curva COR).

207. En un estudio de seguimiento a largo plazo de pacientes con fibrilación auricular, en la práctica clínica habitual, se ha documentado un riesgo relativo de padecer un accidente vascular cerebral, para anticoagulantes orales (en comparación con antiagregantes plaquetarios) de 0,57 (intervalo de confianza al 95% 0,40-0,80). La incidencia de accidente vascular cerebral durante los dos primeros años de seguimiento es de un 2% y un 3,5% respectivamente. Suponiendo que estos resultados sean válidos, ¿cuántos pacientes habría que tratar con anticoagulantes orales, en lugar de antiagregantes, para evitar un accidente vascular cerebral?:

1. 50-60.
2. 60-70.
3. 70-80.
4. 80-90.
5. 90-100.

208. Cuando en los resultados de un ensayo clínico se especifica que se ha realizado un análisis por intención de tratamiento o intención de tratar, ¿qué población se incluye en dicho análisis?:

1. Todos los pacientes que no han abandonado el estudio por acontecimientos adversos.
2. Todos los pacientes que fueron aleatorizados.
3. Todos los pacientes que han completado el seguimiento previsto.
4. Todos los pacientes que han completado el tratamiento a estudio.
5. Todos los pacientes que no han abandonado por ineficacia.

209. Se publica un ensayo clínico aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo a 2 años que compara la eficacia de un nuevo fármaco en asociación a calcio y vitamina D (intervención) frente a placebo en asociación a calcio y vitamina D (control). ¿Cuál de los siguientes resultados del estudio es más relevante en la práctica clínica?:

1. Un aumento medio del $8,8\% \pm 0,4$ en la densidad mineral ósea del cuello femoral medida mediante densitometría en el grupo de intervención en comparación con $4,5\% \pm 0,2$ en el grupo control ($P = 0,001$).
2. Una disminución de la aparición de nuevas deformidades radiológicas en la columna lumbar en el grupo de intervención (33%) en comparación con el grupo control (45%, $P = 0,005$).

3. Un aumento medio del $7,5\% \pm 0,4$ en la densidad mineral ósea de la columna lumbar medida mediante densitometría en el grupo de intervención en comparación con $2,5\% \pm 0,1$ en el grupo control ($P = 0,0001$).
4. Una disminución de la incidencia de nuevas fracturas de cadera a 2 años en el grupo de intervención en comparación con el grupo control (1,7% frente a 3,2% respectivamente) con un riesgo relativo para el grupo de intervención de 0,6 (intervalo de confianza del 95% 0,2-0,95; $P = 0,039$).
5. Una disminución de la excreción de hidroxiprolina urinaria del 25% en el grupo de intervención y del 17,5% en el grupo control a los 2 años de tratamiento ($P = 0,002$).

210. En un ensayo clínico sobre la erradicación de *Helicobacter Pylori* se compararon dos tratamientos administrados cada uno de ellos en unos 50 pacientes. Los porcentajes de erradicación fueron del 73% con un tratamiento y del 72% con el otro. Las diferencias no fueron estadísticamente significativas. Se calculó que el poder o potencia estadística, con un contraste unilateral y para diferencias de hasta el 12%, era del 53%. ¿Cuál es la interpretación correcta de este estudio?:

1. Que ambos tratamientos son iguales.
2. Que quedan razonablemente descartadas diferencias de porcentajes de erradicación que sean superiores al 6%.
3. Que no es improbable que el estudio haya pasado por alto diferencias de hasta el 12% en los porcentajes de erradicación.
4. Que la diferencia de eficacia entre tratamientos es tan pequeña, que la decisión sobre cuál usar deberá basarse sobre otros aspectos, como diferencias de precio, de toxicidad, etc.
5. La probabilidad de un error de tipo II (no encontrar diferencias, aunque existan) es del 53%.

211. En un ensayo clínico sin enmascaramiento la inclusión de pacientes se hace de la siguiente manera: Se determina al azar el tratamiento que le corresponderá al siguiente sujeto, se comprueba que el paciente cumple los criterios de selección, se obtiene el consentimiento informado y se comienza el tratamiento. ¿Es correcta esta secuencia?:

1. Si, ya que es un estudio aleatorizado y se respeta la autonomía del paciente.
2. No, ya que no se garantiza la independencia entre el tratamiento asignado y las características de los pacientes.
3. No, ya que no hay una "lista de randomización" previa al ensayo.
4. No, ya que el resultado se evaluará

conociendo el tratamiento que reciba el paciente.

5. Si, a condición de que no se encuentren diferencias entre las características iniciales de los pacientes de ambos grupos de tratamiento.

212. Ha realizado usted un estudio en el que ha seguido a 4000 pacientes con artrosis durante 3 años. De ellos 3000 consumían de manera habitual antiinflamatorios no esteroideos y durante el seguimiento 600 presentaron problemas gastrointestinales graves. De los 1000 que no consumían antiinflamatorios no esteroideos, 20 desarrollaron problemas gastrointestinales graves. ¿Podría indicar cuál de las siguientes cifras corresponde a la *odds ratio* del consumo de AINEs en el desarrollo de problemas gastrointestinales graves?:

1. 15.
2. 10.
3. 0,1.
4. 8,5.
5. 0.12.

213. Suponga que en la fase de diseño se calcula que para tener suficiente poder estadístico en el estudio de cierta intervención terapéutica mediante un ensayo clínico es necesario incluir 100 sujetos. Sin embargo el ensayo se realiza con solo 50 pacientes y el resultado es estadísticamente significativo ($P < 0,001$). Suponga que en todo lo demás el estudio parece correcto. En vista del pequeño número de pacientes incluidos, ¿son creíbles los resultados?:

1. No, ya que en los ensayos demasiado pequeños los errores sistemáticos son inevitables.
2. No, ya que hay muchas posibilidades de que las diferencias encontradas sean un resultado falso positivo.
3. Si, ya que una vez alcanzado un resultado concluyente no importa lo probable o improbable que fuese el llegar a él antes de hacer el estudio.
4. No, ya que la probabilidad de encontrar diferencias, si éstas existen, es baja cuando el estudio es pequeño.
5. Si, siempre y cuando estos resultados se utilicen exclusivamente para unirlos a los de otros estudios pequeños sobre la misma cuestión y hacer un meta-análisis o una revisión.

214. Un estudio observacional estudia la probabilidad de haber alcanzado una respuesta clínicamente significativa después de dos años de tratamiento con un fármaco A ó con un fármaco B en la artritis reumatoide. Se realizó un análisis de regresión logística utilizando como variable dependiente la existencia de

respuesta clínicamente significativa a los dos años y como variables independientes el grupo de tratamiento (fármaco A o fármaco B), la edad, el sexo y el tiempo de evolución de la enfermedad. Los resultados arrojan una *Odds Ratio* de 3,5 y un intervalo de confianza del 95% de 1,7-4,2 a favor del tratamiento A ($P = 0,0001$). ¿Cuál de las respuestas es FALSA?:

1. Las diferencias a favor del tratamiento A dependen de las otras variables incluidas en el análisis.
2. La posibilidad de obtener una respuesta clínica significativa es 3,5 veces superior para el fármaco A que para el fármaco B.
3. Aunque edad, sexo y tiempo de evolución de la enfermedad también podrían influir en la consecución de una respuesta significativa, los resultados referidos al fármaco son independientes de estas tres variables.
4. Al tratarse de un estudio no aleatorizado no se puede descartar el efecto de otras variables no consideradas en el análisis.
5. Aunque el efecto del tipo de tratamiento influya significativamente sobre la probabilidad de alcanzar una respuesta clínica, cualquiera de las otras tres variables podría alcanzar también la significación estadística.

215. ¿Cuál de los siguientes NO es un método para controlar la confusión en los estudios de casos y controles?:

1. El apareamiento.
2. La restricción.
3. El ajuste multivariante.
4. La entrevista sistemática estructurada.
5. El análisis estratificado.

216. En un ensayo clínico controlado, para comprobar "a posteriori" que la asignación aleatoria ha sido bien realizada, se debe:

1. Calcular el error aleatorio de primera especie o de tipo I (α).
2. Calcular el error aleatorio de segunda especie o de tipo II (β).
3. Comprobar que los diferentes grupos presentan características pronósticas comparables.
4. Calcular el valor de "p".
5. Comprobar la potencia del estudio.

217. ¿En cuál de los siguientes casos NO es posible realizar un ensayo clínico cruzado de dos periodos?:

1. Cuando la situación clínica del paciente es estable con el paso del tiempo.
2. Cuando el efecto de las intervenciones se puede medir tras un breve período de tratamiento.

3. Cuando el efecto de alguno de los tratamientos no es reversible.
4. Cuando el efecto de las intervenciones depende de la hora del día en que se administran.
5. Cuando ambas intervenciones tienen un efecto residual idéntico.

218. De los siguientes factores, indique aquél que NO condiciona, a priori, el tamaño de la muestra en un ensayo clínico:

1. La magnitud de la diferencia que se intenta encontrar.
2. El nivel de enmascaramiento de los tratamientos en estudio.
3. La variabilidad del parámetro de medida.
4. El nivel de protección frente al error de tipo I.
5. La potencia que se pretende alcanzar.

219. En un análisis de evaluación económica, cuando se ha comprobado fehacientemente que la eficacia/efectividad de las alternativas en evaluación es similar o equiparable, ¿qué tipo de análisis sería el más adecuado realizar?:

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

220. En el análisis coste-beneficio, los costes se van a cuantificar en unidades monetarias, mientras que los beneficios se van a medir en:

1. Calidad de vida.
2. Unidades monetarias.
3. Efectividad.
4. Efectividad ajustada por calidad de vida.
5. Cociente riesgo/beneficio.

221. El potencial de reposo de las motoneuronas se encuentra fisiológicamente reducido (fenómeno de inhibición recurrente), por la acción de las interneuronas medulares denominadas:

1. Células de Golgi.
2. Células de Purkinje.
3. Células piramidales gigantes (de Betz).
4. Células de Ranvier.
5. Células de Renshaw.

222. ¿Cuál de los siguientes aminoácidos se comporta como un neurotransmisor excitador en el sistema nervioso central humano?:

1. Acido aspártico.
2. Glicina.
3. Tirosina.
4. Triptófano.
5. Arginina.

223. La interacción de un mediador químico con uno de los receptores denominados metabotrópicos causa la activación de una proteína transductora llamada:

1. Metaloproteína.
2. Proteína G.
3. Ionóforo.
4. Sinapsina.
5. Calmodulina.

224. ¿Cuál de las siguientes es una función fisiológica importante de los ácidos biliares?:

1. La conjugación con sustancias tóxicas para permitir su excreción.
2. Permitir la excreción de los productos del fraccionamiento de la hemoglobina.
3. Facilitar la absorción de la vitamina B₁₂.
4. Facilitar la absorción de la grasa de la dieta.
5. Mantener el pH adecuado en el intestino.

225. En relación con los pasos sucesivos en la síntesis de las prostaglandinas y con los efectos fisiológicos de éstas, señale la respuesta correcta:

1. La fosfolipasa es el enzima implicado en la síntesis del tromboxano A₂ a partir del ácido araquidónico.
2. La ciclooxigenasa-1 es inducida por estímulos inflamatorios.
3. La prostaciclina es una sustancia producida en las células endoteliales.
4. El colágeno tiene un efecto inhibitorio sobre la producción de ácido araquidónico.
5. El tromboxano A₂ es una sustancia vasodilatadora.

226. Señale cuál de los siguientes efectos NO es producido por la digoxina:

1. Prolongación del período refractario auricular.
2. Aumento del tono vagal.
3. Prolongación del período refractario del nodo aurículo-ventricular.
4. Depresión de la velocidad de conducción intraventricular.
5. Aumento del volumen minuto.

227. A una mujer de 53 años con una insuficiencia renal crónica (aclaramiento de creatinina 55 ml/minuto) se le diagnostica una tricomoniasis vaginal y se le prescribe metronidazol. ¿Cuál de las siguientes consideraciones sobre el tratamiento es INCORRECTA?:

1. Debe advertirse a la mujer que su pareja sexual debe tratarse.
2. El metronidazol puede oscurecer la orina mientras dure el tratamiento.

3. La dosis de metronidazol debe reducirse al 50% de la habitual para evitar acumulación en el organismo.
4. Si se administra junto a las comidas se minimizan las molestias gastrointestinales.
5. Se debe desaconsejar la ingesta de alcohol mientras dure el tratamiento.
- 228. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto al diurético furosemida es INCORRECTA?:**
1. Aumenta la secreción renal de magnesio y calcio.
 2. Inhibe el cotransportador Na/Cl/K en el túbulo proximal.
 3. Sigue actuando aún cuando el aclaramiento de creatinina cae por debajo de 30 ml/min.
 4. Produce hiperpotasemia.
 5. Para ejercer su acción debe ser excretada por el túbulo proximal.
- 229. ¿Cuál de los siguientes fármacos inhibe selectivamente la enzima ciclooxigenasa inducible o tipo 2?:**
1. Iloprost.
 2. Rofecoxib.
 3. Abciximab.
 4. Misoprostol.
 5. Diclofenaco.
- 230. Ante un paciente en coma, con pupilas mióticas, que responde favorablemente a una dosis de prueba de atropina, 2 mg i.v. ¿Cuál de las siguientes es la causa más posible del cuadro tóxico?:**
1. Metanol.
 2. Insecticidas organofosforados.
 3. Barbitúricos.
 4. Amitriptilina.
 5. Cocaína.
- 231. ¿Cuál de los siguientes antimicrobianos utilizaría en primer lugar en monoterapia, para tratar una infección grave por *Staphylococcus Aureus* resistente a meticilina?:**
1. Eritromicina.
 2. Rifampicina.
 3. Vancomicina.
 4. Levofloxacino.
 5. Linezolid.
- 232. El agente etiológico de la fiebre por arañazo de gato es:**
1. *Rickettsia Conori*.
 2. *Coxiella Burnetti*.
 3. *Bartonella Henselae*.
 4. *Pasteurella Multocida*.
 5. *Aeromonas Caviae*.
- 233. ¿En qué situación clínica el uso de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) se ha convertido en la técnica de referencia para realizar su diagnóstico?:**
1. Diagnóstico de SIDA.
 2. Tuberculosis pulmonar no bacilífera.
 3. Síndrome mononucleósido por CMV.
 4. Encefalitis por virus Herpes simplex.
 5. Meningitis meningocócica.
- 234. ¿Cuál de los siguientes componentes de la estructura de los virus gripales es el principal responsable de su infecciosidad?:**
1. ARN polimerasa.
 2. Envoltura lipídica.
 3. Hemaglutinina.
 4. Neuraminidasa.
 5. Proteína M.
- 235. Indique, entre las siguientes, que prueba diagnóstica de la infección de *Legionella Pneumophila*, sería la indicada para realizar en un Servicio de Urgencias:**
1. Inmunofluorescencia directa de la muestra.
 2. Detección de antígeno de *Legionella Pneumophila* en orina.
 3. Cultivo de muestras respiratorias.
 4. Detección de anticuerpo específicos por técnicas serológicas.
 5. Cultivo de sangre.
- 236. La luz del colédoco alcanza normalmente su menor diámetro a nivel de uno de los siguientes segmentos:**
1. Supraduodenal.
 2. Retroduodenal.
 3. Retropancreático.
 4. Terminal.
 5. Ampular.
- 237. Una de las siguientes arterias NO irriga el recto y el canal anal. ¿Cuál es?:**
1. Arteria sacra.
 2. Arteria marginal.
 3. Arteria hemorroidal superior.
 4. Arterias hemorroidales medias.
 5. Arterias hemorroidales inferiores.
- 238. Señale cuál de las siguientes estructuras NO se relaciona con la superficie anterior del esófago:**
1. Ganglios linfáticos traqueobronquiales.
 2. Bronquio principal derecho.
 3. Pericardio.
 4. Aurícula izquierda.
 5. Diafragma.

239. Señale la respuesta FALSA respecto a la circulación coronaria:

1. La arteria interventricular posterior es rama de la arteria coronaria derecha.
2. La arteria coronaria derecha irriga el tabique interventricular.
3. La arteria circunfleja es rama de la arteria coronaria izquierda.
4. El nodo aurículo-ventricular está irrigado por una rama de la coronaria izquierda en la mayoría de los casos.
5. Las arterias coronarias son ramas de la aorta ascendente.

240. Mire atentamente la superficie ampliamente extendida de la palma de su mano izquierda y señale a qué nervio corresponde el territorio más extenso desde el punto de vista de la inervación sensitiva:

1. Nervio cubital.
2. Nervio radial.
3. Nervio mediano.
4. Nervio cutáneo externo del antebrazo.
5. Nervio cutáneo interno del antebrazo.

241. La protección inmune del feto, del recién nacido y del niño a través de la transferencia materna es un tema clave en los primeros meses del desarrollo. Entre las siguientes respuestas señale la verdadera:

1. Los linfocitos T de memoria de la madre son capaces de proteger al niño mientras madura su propio sistema inmune.
2. A los 2 meses del nacimiento, el sistema inmune del recién nacido se ha desarrollado de forma espectacular y posee una competencia inmune casi completa.
3. La presencia de abundantes antígenos del complejo mayor de histocompatibilidad en las áreas de contacto placentario evita el trasvase de linfocitos entre la madre y el feto.
4. Los anticuerpos neutralizantes maternos cruzan la placenta para proteger al recién nacido y atenuar las infecciones sistémicas durante 6 a 12 meses tras el nacimiento.
5. Los anticuerpos IgA de la leche materna pasan rápidamente al torrente circulatorio del feto debido a la inmadurez de la mucosa intestinal y al bajo nivel de metabolismo hepático del niño.

242. El sistema inmunológico está finamente regulado a través de interacciones entre sus diversos componentes. De las siguientes respuestas, señale la FALSA en relación a las interacciones entre la célula presentadora de antígeno y un linfocito T:

1. Tanto los macrófagos, las células dendríticas y los linfocitos B puedan actuar como células presentadoras de antígeno.
2. El contacto entre el péptido antigénico incluido en el complejo de mayor de histocompatibilidad (CMH) de la célula presentadora de antígeno y el complejo receptor de la célula T/CD3 (RCT/CD3), es el paso crucial y específico de dicha interacción.
3. La unión CMH-antígeno con RCT/CD3 en presencia de ligazón simultánea de CD28 en el linfocito T lleva a anergia específica de antígeno en linfocito T.
4. El ligando de CD28 es tanto CD80 (B7-1) como CD86 (B7-2).
5. La ingestión de antígenos extraños por la célula presentadora de antígeno lleva a la expresión de B7 en la superficie de dicha célula.

243. La inmunoglobulina intravenosa es un tratamiento que se ha demostrado eficaz en el control de determinados cuadros clínicos de naturaleza autoinmune. Señale la respuesta FALSA en relación a los hipotéticos mecanismos de acción de dicho tratamiento:

1. Bloqueo de los receptores para el Fc de las inmunoglobulinas en macrófagos y células efectoras.
2. Promoción de la formación del complejo de ataque a la membrana (C4b-C9) del complemento.
3. Control del repertorio de células B emergentes de la médula ósea.
4. Neutralización de superantígenos, evitando así la activación policlonal de los linfocitos T CD4.
5. Neutralización de autoanticuerpos por un mecanismo basado en antiidiotipos.

244. La inmunodeficiencia variable común afecta fundamentalmente a:

1. La función citotóxica de los linfocitos T.
2. La función citotóxica de las células NK.
3. La presentación de antígeno a los linfocitos T.
4. La capacidad fagocítica de los neutrófilos.
5. La producción de anticuerpos por los linfocitos B.

245. Señale cuál de las siguientes respuestas NO es correcta en relación al linfocito T:

1. Los receptores de antígeno del linfocito T están asociados, en la superficie de los linfocitos T, con moléculas del complejo CD3.
2. Dentro de las moléculas coestimuladoras de la superficie del linfocito T, que se unen a moléculas coestimuladoras de células presentadoras de antígeno, se incluyen CD28, CD154 (CD40 ligando) y CD2.

3. La señal de activación que se transmite a través del receptor de antígeno, en ausencia de señal coestimuladora logra activar al linfocito T aunque la señal de activación es menor.
 4. Las señales coestimuladoras en la activación del linfocito T incluyen a moléculas en superficie y a mediadores solubles.
 5. Los linfocitos T CD4 pueden ser divididos, según el tipo de citocinas que producen, en linfocito Th1 y linfocitos Th2.
- 246. ¿Cuál de los siguientes patrones histológicos es característico de una hepatopatía alcohólica?:**
1. Esteatosis micro o macrovacuolar, infiltración lobulillar por neutrófilos y fibrosis sinusoidal y perivenular.
 2. Hepatocitos en "vidrio esmerilado", necrosis en puentes e infiltración inflamatoria portal.
 3. Hepatitis de interfase, hipertrofia e hiperplasia de células de Kupffer con lipofucsina en su citoplasma.
 4. Agregados linfocitarios en los espacios porta, necrosis de los hepatocitos periportales y esteatosis.
 5. Depósito de hemosiderina, inclusiones eosinófilas redondeadas u ovaladas en los hepatocitos perivenulares.
- 247. ¿Cuál de los siguientes tipos histológicos es el hallazgo más frecuente al analizar al microscopio óptico una biopsia de un cáncer de primario desconocido?:**
1. Carcinoma escamoso.
 2. Carcinoma de células grandes.
 3. Adenocarcinoma diferenciado.
 4. Neoplasia pobremente diferenciada.
 5. Carcinoma neuroendocrino.
- 248. Señale cuál de los tumores siguientes es el más frecuente en tracto genital femenino:**
1. Tumor de los senos endodérmicos.
 2. Carcinoma seroso-papilar de superficie ovárica.
 3. Leiomioma uterino.
 4. Adenocarcinoma mucosecretor de cérvix uterino.
 5. Disgerminoma ovárico.
- 249. El carcinoma lobulillar infiltrante de mama tiene un patrón de extensión metastásica diferente de la del ductal infiltrante. ¿Cuál de los siguientes órganos NO es localización frecuente de metástasis de carcinoma lobulillar?:**
1. Leptomeninge.
 2. Serosa del peritoneo.
 3. Tracto gastro-intestinal.
 4. Organos reproductores.
 5. Hígado.
- 250. Paciente con antecedentes de cirrosis alcohólica y fumador de 40 cigarrillos/día, con múltiples lesiones hepáticas ocupantes de espacio. Se realiza un Punción Aspiración con Aguja Fina (PAAF) en el hígado guiada por ecografía. La descripción de la citología es la siguiente: "Muestra muy celular con hepatocitos grandes con frecuentes binucleaciones y nucléolos muy prominentes entremezclados con grupos de células de talla pequeña equivalente a 2-3 linfocitos con muy escaso citoplasma con moldeamiento nuclear y cromatina "en sal y pimienta". La primera posibilidad diagnóstica es:**
1. Carcinoma hepatocelular.
 2. Nódulo regenerativo en una cirrosis hepática.
 3. Afectación por linfoma no Hodgkin de células pequeñas.
 4. Metástasis de carcinoma indiferenciado de células pequeñas de pulmón.
 5. Metástasis de adenocarcinoma poco diferenciado.
- 251. En la exploración abdominal de una turista sueca de 21 años de edad que acudió a Urgencias por dolor abdominal, encontramos dolor selectivo a la palpación superficial en fosa iliaca derecha con maniobra de rebote claramente positiva. ¿Qué debemos pensar en primer lugar?:**
1. Hay que llamar al cirujano para que la opere de apendicitis perforada.
 2. Puede ser un folículo ovárico roto o un embarazo extrauterino.
 3. Tiene irritación peritoneal a nivel del punto doloroso.
 4. Es preciso realizar un tacto rectal.
 5. Hay que hacer ecografía abdominal y hemograma.
- 252. La primera alteración respiratoria demostrable en fumadores, reversible al suspender el hábito de fumar es:**
1. Tos.
 2. Expectorcación.
 3. Obstrucción de vías aéreas distales.
 4. Disminución del movimiento ciliar.
 5. Hipertrofia de glándulas secretoras de moco.
- 253. ¿En cuál de las siguientes cardiopatías congénitas podremos auscultar un soplo pansistólico de alta frecuencia?:**
1. Comunicación interauricular tipo ostium secundum.
 2. Comunicación interventricular.
 3. Tetralogía de Fallot.
 4. Ductus arterioso persistente.

5. Coartación de aorta.

254. Paciente de 45 años, traído a Urgencias por su familia porque escucharon un grito y le encontraron en el suelo, con actividad tónico clónica generalizada. Tiene antecedentes de etilismo crónico, pero en las últimas 24 horas no ha bebido y ha permanecido en casa, por no encontrarse bien. En Urgencias no se observa focalidad neurológica, está orientado y presenta temblor postural en las manos e intranquilidad. ¿Cuál es la actitud más correcta?:

1. Observación en el hospital e iniciar tratamiento con difenilhidantoína.
2. Observación en el hospital y tratamiento con benzodiazepinas.
3. TC craneal y alta si éste es normal.
4. Traslado inmediato a un centro de desintoxicación.
5. Alta con tratamiento antiépiléptico.

255. Señale el síntoma o signo que NO aparece en la insuficiencia panhipofisaria:

1. Pérdida de vello.
2. Piel seca.
3. Hipotensión.
4. Amenorrea.
5. Hiperpigmentación.

256. La fractura diafisaria del húmero se asocia con cierta frecuencia a lesiones del nervio:

1. Cincunflejo.
2. Musculocutáneo.
3. Radial.
4. Mediano.
5. Cubital.

257. ¿En cuál de las siguientes patologías el *Staphylococcus epidermidis* es el principal agente responsable?:

1. Osteomielitis aguda.
2. Gastroenteritis aguda.
3. Neumonía
4. Infección de catéter endovascular.
5. Endocarditis infecciosa.

258. ¿Cuál de los siguientes antiulcerosos produce quelación de otros medicamentos, impidiendo su absorción de forma significativa?:

1. Cimetidina.
2. Ratinidina.
3. Misoprostol.
4. Tetraciclina.
5. Sucralfato.

259. En relación a las vacunas contra agentes infecciosos bacterianos, señale cuál de las

siguientes respuestas es cierta:

1. La mayor parte de las vacunas disponibles en la actualidad están basadas en la tecnología de ADN recombinante.
2. Disponemos de vacunas tanto para el *Mycobacterium Tuberculosis* como para el *Mycobacterium Leprae*.
3. Disponemos de vacunas para la *Neisseria Meningitidis*, tanto para el serogrupo B como para el C.
4. Disponemos de una vacuna contra el *Bacillus Anthracis*, que está basada en bacterias inactivadas y es útil en caso de guerra bacteriológica.
5. En el caso de infecciones por agentes infecciosos intracelulares, se produce una respuesta inmunológica secuencial en la que primero se inducen altos niveles de anticuerpos antimicrobianos y posteriormente se desarrolla una respuesta celular del linfocito T. Este hecho es la base del efecto "booster" de algunas vacunas.

260. ¿Qué lesión histopatológica produce el pénfigo vulgar en la piel?:

1. Una ampolla intraepidérmica.
2. Una dermatitis liquenoide.
3. Una vasculitis cutánea.
4. Una paniculitis cutánea.
5. Una ampolla subepidérmica.