



MINISTERIO DE EDUCACION, CULTURA Y DEPORTE

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

PRUEBAS SELECTIVAS 2003- CONVOCATORIA ÚNICA -

CUADERNO DE EXAMEN

MÉDICOS -VERSIÓN 0 -

ADVERTENCIA IMPORTANTE

ANTES DE COMENZAR SU EXAMEN, LEA ATENTAMENTE LAS SIGUIENTES

INSTRUCCIONES

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

1. **¿Qué actuación posee MENOR utilidad en el tratamiento de la acalasia de esófago?:**

1. Dilatación neumática.
2. Cardiomiectomía quirúrgica.
3. Inyección intraesfinteriana de toxina botulínica.
4. Tratamiento endoscópico con Argon.
5. Tratamiento farmacológico con antagonistas del Calcio.

2. **Hombre de 45 años de edad diagnosticado de úlcera péptica duodenal a los 25 años, y que presenta reagudizaciones estacionales que trata con Ranitidina. Coincidiendo con una fase aguda se realiza endoscopia oral que demuestra una úlcera bulbar en cara posterior, de 1 cm. de diámetro. La prueba de ureasa antral es positiva. ¿Cuál, entre los siguientes, le parece el tratamiento más conveniente?:**

1. Clavulánico + Ciprofloxacino + Bismuto Coloidal durante 7 días.
2. Ciprofloxacino + Bismuto Coloidal+Pantoprazol durante 10 días.
3. Amoxicilina + Bismuto Coloidal + Omeprazol durante 20 días.
4. Metronidazol + Claritromicina + Pantoprazol durante 7 días.
5. Lansoprazol + Bismuto Coloidal + Cefotaxina durante 7 días.

3. **Uno de los siguientes datos clínicos NO es sugerente del síndrome de colon irritable:**

1. Presencia de moco en las heces.
2. Dolor recurrente en hipogastrio.
3. Alternancia de diarrea/estreñimiento.
4. Diarrea nocturna.
5. Tenesmo rectal.

4. **Paciente de 38 años, con fenómeno de Raynaud y esclerodactilia, presenta diarrea de heces pastosas, en número de 2-3 deposiciones/día, pérdida de 7 kg de peso, anemia con volumen corpuscular medio de 112 fl, vitamina B₁₂ en sangre, 70 pg/ml (normal, 200-900 pg/ml), ácido fólico sérico, 18 ng/ml (normal, 6-20 ng/ml), grasas en heces, 13 g/día. La prueba con mayor sensibilidad, específica y sencilla para el diagnóstico del síndrome digestivo que padece este enfermo es:**

1. Anticuerpos antiendomisio tipo IgA,
2. Prueba del aliento con ¹⁴C-D-xilosa.
3. Determinación de la lactasa en la mucosa intestinal.
4. Prueba del aclaramiento de la α_1 -antitripsina en heces.
5. Tinción con PAS de la biopsia intestinal.

5. **En enero de 2004 acude a nuestra consulta una**

mujer de 62 años, con una estenosis mitral en fibrilación auricular, en tratamiento con Digoxina y Acenocumarol, entre cuyos antecedentes destaca una histerectomía simple realizada en 1995 por metropatía hemorrágica. En el curso de la intervención fue preciso aplicarle una transfusión de sangre. Ahora viene por presentar aumento progresivo del perímetro abdominal sin quebrantamiento del estado general. Entre los datos de la exploración física comprobamos un abdomen distendido, no tenso, con oleada. El borde inferior hepático se palpa a 3 cm del reborde costal. En decúbito supino, la percusión a nivel del mesogastrio es mate, y en los flancos es timpánica, signos que no se modifican al adoptar la paciente el decúbito lateral. No se aprecian edemas en miembros inferiores. ¿Cuál, entre los siguientes, le parece el diagnóstico más verosímil?:

1. Quiste simple de ovario.
2. Cirrosis hepática por virus C.
3. Infiltración peritoneal por siembra carcinomatosa.
4. Insuficiencia ventricular derecha.
5. Hemorragia peritoneal en sábana por sobredosificación del anticoagulante oral.

6. **Un paciente de 78 años de edad, previamente sano, que vive en una Residencia de Ancianos bastante masificada y con insuficientes recursos higiénicos, padece un cuadro diarréico desde hace 6 semanas. Refiere molestias abdominales tipo retortijón, febrícula ocasional y 4-6 deposiciones diarias, alguna de ellas nocturna, con mucosidad y, en ocasiones, con hebras de sangre. Entre los diagnósticos que se enumeran a continuación seleccione el que le parece MENOS probable:**

1. Cáncer de colon.
2. Infección por *Clostridium Difficile*.
3. Enfermedad de Crohn.
4. Colitis isquémica.
5. Salmonelosis.

7. **Una mujer de 55 años diagnosticada de proctocolitis ulcerosa (con pancolitis) hace 17 años. En la última Colonoscopia realizada de revisión se observa: desaparición de las haustras, con pérdida del patrón vascular, pseudopólipos dispersos y a nivel de sigma un área de disminución de la luz con estenosis que se biopsia. El estudio histológico muestra displasia severa de alto grado. Indique cuál de las siguientes respuestas es la actitud más adecuada:**

1. Tratamiento con corticoides y valorar respuesta a los 3 meses.
2. Tratamiento con inmunosupresores e Infiximab y repetir biopsia al mes.
3. Tratamiento con inmunosupresores y realizar

- hemicolectomía izquierda.
4. Resección con colectomía total.
 5. Pan-proctocolectomía con ileo-anastomosis con reservorio.
8. **Mujer de 58 años, sin hábitos tóxicos ni antecedentes patológicos de interés, que desde hace dos meses refiere astenia franca y ningún síntoma digestivo. Toma ibuprofeno de forma ocasional por dolores lumbares inespecíficos. La analítica revela Hb 9 g/dL, Hematocrito 29%, VCM 79 fl y Ferritina 14 µg/dl. ¿Cuál de las entidades que a continuación se mencionan NO debe incluirse en el diagnóstico diferencial de este caso?:**
1. Lesiones agudas o crónicas de la mucosa gastrointestinal secundarias al consumo de AINE.
 2. Cáncer colorrectal.
 3. Angiodisplasia de colon.
 4. Gastritis atrófica.
 5. Úlcera gástrica en hernia parahiatal.
9. **Sólo una de las siguientes características es propia del síndrome de Budd-Chiari:**
1. La mayor parte de los casos son de origen congénito.
 2. No suele complicarse con hemorragia por rotura de varices.
 3. Su frecuencia es elevada en sujetos anticoagulados con dicumarínicos.
 4. Es una complicación frecuente en la cirrosis biliar primaria.
 5. Se acompaña de ascitis con alto contenido en proteínas (>3 g/dl).
10. **Ante un individuo de 25 años, asintomático y con elevación de la concentración sérica de bilirrubina no conjugada (inferior a 5 mg/dl), ausencia de hemólisis y normalidad de la función hepática, ¿cuál es el diagnóstico más probable?:**
1. Hepatitis aguda por el virus de la hepatitis A.
 2. Anemia falciforme.
 3. Síndrome de Gilbert.
 4. Coledocolitiasis.
 5. Síndrome de Dubin-Johnson.
11. **¿Cuál de las siguientes respuestas NO es cierta en la Hepatopatía alcohólica?:**
1. La α -glutamyltranspeptidasa sérica es un marcador biológico, no exclusivo de consumo de etanol.
 2. La relación GOT:GTP es generalmente <1.
 3. En la fase de cirrosis, existe un aumento en la incidencia de Hepatocarcinoma.
 4. Progresa más rápidamente en las mujeres.
 5. En las formas graves de hepatitis alcohólica,

es adecuado el tratamiento con corticoides.

12. **Paciente de 45 años con antecedentes etílicos, cuyo padre falleció por enfermedad hepática no alcohólica. Consulta por dolores articulares, encontrándose en la exploración: hepatomegalia, pérdida del vello corporal y atrofia testicular. Entre los datos analíticos destaca: glucosa basal 180 mgs/dl, GOT y GTP 3 veces por encima de los valores normales de referencia; HbsAg negativo; Anti-HVC negativo; Fe sérico 210 mcgr/dl (normal: 105 ± 40). ¿Qué determinación confirmaría probablemente el diagnóstico?:**
1. Anticuerpos anti LKM.
 2. La tasa de Uroporfirina en orina.
 3. Los niveles séricos de ferritina.
 4. La alfa-feto proteína en plasma.
 5. La ceruloplasmina.
13. **Una mujer de 45 años ha presentado varios episodios de pancreatitis aguda documentada radiológicamente con tomografía computarizada. No ingiere alcohol, ni está sometida a medicación alguna, no refiere antecedentes familiares de enfermedad pancreática y las cifras de colesterol y triglicéridos siempre han sido normales. En el último ingreso, exceptuando la hiperamilasemia y una leve alteración de la bioquímica hepática, el resto de los parámetros analíticos fueron normales. La ecografía abdominal fue, como en las ocasiones previas, normal. ¿Cuál, de las que se expresan a continuación, cree que es la etiología más probable de la pancreatitis aguda en esta paciente?:**
1. Infecciones virales.
 2. Vasculitis.
 3. Insuficiencia renal.
 4. Microlitiasis vesicular.
 5. Hiperparatiroidismo.
14. **Un hombre de 45 años acude a Urgencias porque lleva 6 horas con dolor abdominal continuo con exacerbaciones localizado en epigastrio e hipocondrio derecho, junto con náuseas y dos episodios de vómitos alimentario-biliosos. No es bebedor habitual. En los últimos meses ha tenido molestias similares pero más ligeras y transitorias, que no pone en relación con ningún factor desencadenante. Exploración: obesidad, dolor a la palpación profunda bajo reborde costal derecho, signo de Murphy negativo. Ruidos intestinales disminuidos. Analítica: AST (GTP) 183 u.i./l y amilasemia 390 u.i./l, Bilirrubina Total de 2,4 mgr., resto normal. Ecografía: coledocolitiasis múltiple sin signos de colecistitis, colédoco dilatado (14 mm de diámetro) hasta su porción distal donde hay una imagen de 1,5 mm. bien delimitada que deja sombra acústica. ¿Cuál sería su actitud?:**

1. Tratamiento conservador hasta que se resuelva la pancreatitis.
2. Laparotomía con colecistectomía y exploración del colédoco.
3. Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) con papilotomía para tratar de extraer el cálculo y posteriormente colecistectomía programada.
4. Acido ursodesoxicólico a dosis de 300 mg/8 horas por vía oral.
5. Litotricia biliar con ondas de choque.

15. ¿Cuál de las siguientes pruebas diagnósticas es más precisa para el diagnóstico precoz de la pancreatitis crónica?:

1. Prueba de estimulación combinada con secretina y colecistoquinina.
2. Ecografía abdominal.
3. Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica.
4. Quimotripsina fecal.
5. Colangiopancreatografía por resonancia magnética.

16. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera con respecto a la diverticulitis perforada localizada?:

1. Suele asentar en el ciego.
2. La edad de presentación más frecuente es entre la segunda y la quinta década de la vida.
3. La prueba diagnóstica más adecuada es la Tomografía Axial Computerizada de abdomen.
4. El tratamiento de elección es la colectomía subtotal.
5. Requiere revisiones semestrales por el alto índice de malignización de los divertículos residuales.

17. Hombre de 70 años de edad con antecedentes de demencia senil, estreñimiento crónico y abuso de laxantes que presenta náuseas y dolor abdominal. A la exploración el abdomen está distendido y doloroso a la palpación, sobre todo en el flanco izquierdo, con percusión timpánica y ruidos “metálicos”. En la radiografía de abdomen se aprecia gran distensión del colon, que se incurva produciendo una imagen en “grano de café”. El diagnóstico más probable en este paciente es:

1. Síndrome de Ogilvie.
2. Diverticulitis aguda.
3. Vólvulo de ciego.
4. Vólvulo de sigma.
5. Isquemia mesentérica.

18. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a la valoración del dolor abdominal agudo en el

anciano es cierta?:

1. Comparado con los jóvenes, en los pacientes ancianos son menos frecuentes problemas como la apendicitis o colecistitis.
2. Para una misma causa de abdomen agudo, los ancianos tienen el mismo pronóstico que los jóvenes.
3. Comparado con los jóvenes, los ancianos tienen menos dolor y sensibilidad a la palpación abdominal pero es más probable que tengan fiebre y leucocitosis.
4. En los ancianos, la forma atípica de presentación de la enfermedad y el retraso en el diagnóstico conducen a una mayor mortalidad que en los jóvenes.
5. Ante un dolor abdominal agudo, generalmente los ancianos piden asistencia médica antes que los jóvenes.

19. Paciente de 55 años de edad que fue intervenido de un tumor de colon sigmoide. Se trataba de un adenocarcinoma de 3 cm. que invadía la pared del colon sobrepasando la muscular; también presentaba un ganglio epicólico metastatizado (Asher-Coller B₂). ¿Cuál de las opciones terapéuticas que a continuación se mencionan es la más eficaz en este caso?:

1. Bastaría con el tratamiento quirúrgico realizado.
2. Radioterapia coadyuvante.
3. Realizar quimioterapia postoperatoria (5-Fluorouracilo y Acido fólico).
4. Asociar 5-Fluorouracilo y Radioterapia.
5. El tratamiento coadyuvante más eficaz sería levimasol.

20. En un paciente de 66 años, diabético no insulino-dependiente, al que se le ha realizado una – endoscopia, se ha detectado una lesión extensa en el cuerpo gástrico. La biopsia viene informada como adenocarcinoma de tipo intestinal. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es más correcta?:

1. Unos valores de CEA, CA 19.9 y CA 72.4 en el rango de la normalidad nos excluyen la presencia de enfermedad diseminada.
2. Es obligatorio realizar un tránsito gastrointestinal para verificar la extensión.
3. El siguiente paso es la realización de ecografía y TAC abdominal pélvico.
4. Solicitaremos una ecografía endoscópica para descartar la presencia de metástasis hepáticas y pancreáticas.
5. La laparoscopia sería la indicación inmediata que ayudaría a evitar una laparotomía innecesaria.

21. En la pancreatitis crónica que exige tratamiento quirúrgico por la intensidad del dolor y el deterioro general hay un parámetro decisivo a la

hora de elegir entre una técnica derivativa o una técnica de resección glandular. ¿Cuál es?:

1. Diámetro del conducto de Wirsung y del colédoco.
2. Tamaño global del páncreas.
3. Antigüedad de la enfermedad.
4. Existencia de diabetes.
5. Peso del paciente.

22. En relación a los factores etiológicos y manifestaciones clínicas del carcinoma hepatocelular las siguientes afirmaciones son correctas EXCEPTO:

1. Asienta sobre una hepatopatía crónica en el 90% de los casos y se ha descrito la implantación tumoral sobre cirrosis de cualquier etiología.
2. Es más frecuente en el sexo masculino y edad superior a 50 años.
3. En menos del 10% de los casos la primera manifestación es un hemoperitoneo secundario a la rotura del tumor a cavidad peritoneal.
4. La aflatoxina es un potente hepatocarcinógeno producido por *Aspergillus flavus* y *parasiticus*.
5. La determinación de niveles de alfa-fetoproteína se utiliza como screening en la población para el diagnóstico precoz de tumores de pequeño tamaño.

23. Una mujer de 44 años acudió al área de Urgencias de un hospital por disnea y palpitations. La exploración física muestra ausencia de ondas "a" del pulso venoso. La auscultación cardíaca es típica de la estenosis mitral. ¿Cuál de las siguientes respuestas es obligadamente FALSA en la exploración de esta paciente?:

1. El primer tono cardíaco se oye fuerte.
2. La intensidad del pulso carotídeo, es variable.
3. Puede auscultarse un chasquido de apertura, inmediatamente antes del soplo mesodiastólico.
4. El soplo diastólico finaliza en una acentuación presistólica.
5. El segundo tono será fuerte si existe hipertensión pulmonar.

24. ¿Cuál de las siguientes combinaciones forma el trípode en el que asienta el tratamiento farmacológico de la mayoría de pacientes con insuficiencia cardíaca y disfunción ventricular?:

1. Betabloqueantes, calcioantagonistas e inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA).
2. IECA, diuréticos y calcioantagonistas.
3. Diuréticos, betabloqueantes e IECA.
4. Betabloqueantes, antagonistas de los receptores de la angiotensina (ARA-II) e IECA.

5. ARA-II, IECA y calcioantagonistas.

25. ¿Cuál de los siguientes sistemas neurohormonales que están activados en pacientes con Insuficiencia Cardíaca, NO aumenta las resistencias vasculares sistémicas?:

1. Renina Angiotensina.
2. Péptidos Natriuréticos.
3. Hormona Antidiurética.
4. Actividad Adrenérgica.
5. Aldosterona.

26. Un paciente de 80 años acude al médico tras haber presentado un síncope brusco mientras subía un tramo de escaleras. La exploración física muestra un soplo sistólico eyectivo 3 sobre 6, y en el electrocardiograma se observa un ritmo sinusal normal y signos de hipertrofia del ventrículo izquierdo. ¿Qué exploración diagnóstica solicitaría en primer lugar?:

1. Un test en tabla basculante.
2. Un Holter de 24 horas.
3. Un ecocardiograma-Doppler.
4. Un estudio electrofisiológico.
5. Una prueba de esfuerzo.

27. ¿Cuál de estas afirmaciones es FALSA en relación con la miocardiopatía hipertrófica?:

1. Los sujetos jóvenes con esta enfermedad y antecedentes familiares de muerte súbita son candidatos a la implantación de un desfibrilador automático.
2. La fibrilación auricular es frecuente en esta enfermedad.
3. El tratamiento de elección de los pacientes con miocardiopatía hipertrófica obstructiva en ritmo sinusal e insuficiencia cardíaca es digoxina por vía oral.
4. La fibrilación auricular es en estos pacientes un factor precipitante de insuficiencia cardíaca.
5. Los pacientes con angor y miocardiopatía hipertrófica obstructiva pueden ser tratados con betabloqueantes.

28. Una mujer de 72 años acude a Urgencias con un dolor torácico sugestivo de isquemia miocárdica de 4 horas de evolución. En el ECG se observa un descenso del segmento ST de 2 mm en V2-V6. ¿Cuál de las siguientes opciones terapéuticas NO es adecuada?:

1. Enoxaparina.
2. Clopidogrel.
3. Acido acetilsalicílico.
4. Activador tisular del plasminógeno (t-PA).
5. Heparina sódica.

29. Un paciente de 22 años de edad, sin anteceden

tes patológicos y sin hábitos tóxicos presenta un cuadro de 8 días de evolución de fiebre y dolor centrotorácico intenso que aumenta con la inspiración y los movimientos respiratorios. En el ecocardiograma se objetiva un derrame pericárdico importante, sin signos de compromiso hemodinámico. ¿Cuál sería su primer diagnóstico?:

1. Pericarditis aguda idiopática.
2. Pericarditis tuberculosa.
3. Pericarditis purulenta.
4. Taponamiento cardíaco.
5. Pericarditis de origen autoinmune.

30. Indique cual de las siguientes afirmaciones es FALSA en relación a las taquicardias ventriculares en el contexto de la cardiopatía isquémica:

1. La etiología principal de la taquicardia ventricular en España es la cardiopatía isquémica.
2. Las manifestaciones clínicas de una taquicardia ventricular tienen relación con la duración y frecuencia de la arritmia y con el grado de afectación del miocardio.
3. La aparición de una disociación aurículo-ventricular en el electrocardiograma durante una taquicardia con complejo QRS ancho es un signo patognómico del origen ventricular de la taquicardia.
4. Son signos de mal pronóstico la aparición de paro cardíaco o síncope durante la arritmia clínica y la presencia de disfunción ventricular izquierda concomitante.
5. El tratamiento del episodio agudo de taquicardia es la cardioversión eléctrica externa. En caso de taquicardia bien tolerada puede ensayarse un tratamiento farmacológico con amiodarona, procainamida o verapamilo intravenoso.

31. Nos avisa la enfermera porque al tomar la tensión arterial a un hombre de 47 años, que acudía al ambulatorio por las recetas de su madre, presentaba cifras de 160/100 y a los 15 minutos 164/98. El paciente se encuentra bien, en su historia el último registro es de un catarro hace cuatro años, y no viene reflejado nada llamativo en sus antecedentes personales. ¿Cuál sería la actitud más adecuada?:

1. Administrar nifedipino sublingual y actuar en función de la respuesta.
2. Administrar una tiazida y programar para estudio de su hipertensión arterial.
3. Programar al menos dos citas para realizar despistaje de hipertensión arterial.
4. Recomendar dieta hiposódica, ejercicio aeróbico 30 minutos al día, consumo limitado de alcohol, evitar situaciones estresantes y programar cita para estudiar su hipertensión arte-

rial.

5. Enviar al servicio de Nefrología para el estudio de su hipertensión arterial.

32. En relación con los factores de riesgo de aterosclerosis, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es la correcta?:

1. Los niveles disminuidos de colesterol HDL son factor de riesgo de aterosclerosis dependiendo del nivel de colesterol total.
2. Se ha demostrado de forma definitiva que la terapia sustitutiva con estrógenos en la mujer postmenopáusica disminuye el riesgo cardiovascular.
3. La hiperfibrinogenemia se considera factor de riesgo.
4. La diabetes mellitus es factor de riesgo de aterosclerosis por sus efectos en el árbol microvascular.
5. Tras abandonar el hábito tabáquico el riesgo cardiovascular se reduce a largo plazo, en un período de años.

33. ¿Cuál es entre los siguientes el diagnóstico más probable de un hombre de 38 años con claudicación intermitente al caminar y con Fenómeno de Raynaud en las manos?:

1. Síndrome antifosfolípido.
2. Esclerodermia.
3. Poliarteritis nodosa.
4. Arteriosclerosis.
5. Tromboangiítis obliterante.

34. Mujer de 30 años con antecedentes de un aborto espontáneo, que acude a Urgencias por una Trombosis Venosa Profunda limitada a la pantorrilla derecha sin factor desencadenante. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO es correcta?:

1. Está indicada la realización de un estudio de hipercoagulabilidad.
2. Estará indicada la utilización de medias elásticas tras el control del episodio agudo.
3. La duración del tratamiento anticoagulante no debe ser menor a 3 meses.
4. Debe realizarse, siempre que sea posible, una gammagrafía pulmonar.
5. El tratamiento de elección en la fase aguda es la heparina de bajo peso molecular.

35. Hombre de 65 años con disnea progresiva y cansancio que acude a la consulta porque desde hace 3 meses presenta disnea de pequeños esfuerzos y ortopnea. A la exploración se detecta un soplo pansistólico en foco mitral y por ecocardiografía se comprueba la existencia de una insuficiencia mitral degenerativa con prolapso del velo posterior por rotura de cuerdas tendinosas. La fracción de eyección ventricular iz

quierda era 40% y el estudio hemodinámico demostró que las arterias coronarias no presentaban lesiones significativas. Indique el tratamiento electivo en este caso clínico:

1. Tratamiento médico hasta que se detecte que la fracción de eyección ventricular izquierda sea menor de 30%.
2. Reparación de la válvula mitral mediante resección del segmento del velo posterior afectado por la rotura de las cuerdas y anuloplastia mitral.
3. Reparación de las cuerdas rotas.
4. Sustitución de la válvula mitral por bioprótesis.
5. Sustitución de la válvula mitral por prótesis mecánica.

36. Hombre de 55 años con hipertensión arterial severa mal controlada. Acude por dolor interescapular intenso con tensión arterial 200/110 mmHg. Se realiza TAC torácico en el que se aprecia disección aórtica aislada a nivel de aorta torácica descendente desde la arteria subclavia. Se confirma mediante ecocardiograma transesofágico un desgarro intimal 2 cm. distal a la subclavia, con imagen de disección aórtica desde el desgarro hasta unos 5 cm. por debajo. ¿Cuál es la actitud terapéutica más adecuada?:

1. Control estricto de la tensión arterial con labetalol endovenoso.
2. Intervención quirúrgica emergente de sustitución de aorta descendente.
3. Control estricto de la tensión arterial con hidralacina endovenosa.
4. Intervención quirúrgica programada en breve plazo de reparación mediante parche de la zona de desgarro.
5. Intervención quirúrgica programada en breve plazo de sustitución de aorta descendente.

37. En el post-operatorio inmediato, un politraumatizado está cianótico y muy hipotenso, auscultándose además muchas sibilancias. La medición de la presión venosa y de la presión capilar o de enclavamiento pulmonar están muy elevadas. ¿Qué medida terapéutica NO necesitaría en absoluto?:

1. Oxigenoterapia.
2. Noradrenalina.
3. Reposición de la volemia.
4. Diuréticos.
5. Estimulantes beta2-adrenérgicos.

38. ¿Cuál de las siguientes respuestas, que se refieren a la exploración del aparato respiratorio, es cierta?:

1. Las sibilancias son audibles, especialmente en la fase inspiratoria.

2. El indicador clínico más fiable del signo “cianosis central” es su presencia en las partes acras de las extremidades.
3. La percusión de una zona de Neumotorax tiene un tono mate.
4. La auscultación de respiración bronquial precisa que exista permeabilidad bronquial.
5. Los estertores crepitantes son debidos al burbujeo intraalveolar.

39. Enfermo con disnea, PaO₂ 59mmHg respirando aire y 65 mmHg con O₂ al 40% (FiO₂ 0,4). La PaCO₂ es 40 mmHg. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos es MENOS probable?:

1. Fibrosis Pulmonar Idiopática.
2. Neumonía por Klebsiella.
3. Edema pulmonar cardiogénico.
4. Atelectasia (colapso).
5. Síndrome de Rendu-Osler-Weber (telangiectasias congénitas).

40. ¿Cuándo está indicada la medición de volúmenes pulmonares (capacidad pulmonar total y volumen residual)?:

1. En todos los pacientes con obstrucción crónica al flujo aéreo la primera vez que se les hace estudio funcional.
2. En los pacientes en los que se sospecha restricción.
3. En pacientes con patología neuromuscular.
4. En los sujetos fumadores para detectar alteraciones no observables en la espirometría convencional.
5. En los asmáticos en fases de inactividad clínica, para diferenciarlos de los pacientes con bronquitis crónica o enfisema.

41. Los siguientes fármacos pueden asociarse con la inducción de un ataque agudo de asma EXCEPTO uno de ellos que es, en general, bien tolerado. Señálelo:

1. Aspirina.
2. Acetaminofen.
3. Ácido mefenámico.
4. Naproxeno.
5. Indometacina.

42. Un paciente de 65 años de edad y con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) presenta aumento progresivo de su disnea a lo largo de varios días con aumento de tos y expectoración verdosa. El médico que le atiende considera que hay muy baja probabilidad clínica de que exista una tromboembolia pulmonar añadida (TEP), pero no obstante realiza un test de dímero-D por técnica ELISA que es negativo. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?:

1. Debe realizarse arteriografía pulmonar para descartar el TEP.
 2. Debe iniciarse inmediatamente tratamiento anticoagulante con heparina.
 3. El test de dímero - D por ELISA carece de sensibilidad en el diagnóstico de TEP.
 4. Se puede descartar embolia pulmonar en este caso, dada la baja probabilidad clínica junto con la negatividad del dímero - D por ELISA.
 5. En la agudización de la EPOC no es necesario valorar la posible existencia de una TEP añadido que actúe como desencadenante.
- 43. Una campesina de 30 años no fumadora y sin antecedentes de haber inhalado otras sustancias nocivas presenta un patrón intersticial difuso con aumento de volumen pulmonar en la radiografía de tórax y un pequeño derrame pleural. El diagnóstico más probable es:**
1. Neumonitis por hipersensibilidad.
 2. Sarcoidosis.
 3. Histiocitosis X.
 4. Miliar tuberculosa.
 5. Linfangioleiomiomatosis.
- 44. Paciente de 65 años, fumador de 25 paquetes/año, de profesión ingeniero, sin antecedentes de interés. Presenta disnea de esfuerzo progresiva y tos seca desde hace 1 año. A la exploración presenta acropaquias y estertores crepitantes, bilaterales y persistentes. La radiografía de tórax muestra imágenes retículo-nodulillares basales y simétricas, con reducción de los campos pulmonares. La exploración funcional pulmonar únicamente presenta: capacidad de difusión (Dlco), 43% referencia; SaO₂, 94 %, en reposo, y 72%, al esfuerzo. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:**
1. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
 2. Bronquiolitis obliterativa con neumonía organizada.
 3. Neumonía eosinófila crónica.
 4. Alveolitis alérgica extrínseca.
 5. Fibrosis pulmonar idiopática.
- 45. En una radiografía de tórax la presencia de calcificación en cáscara de huevo en los ganglios de hilio es un signo bastante típico de:**
1. Berilosis.
 2. Silicosis.
 3. Asbestosis.
 4. Talcosis.
 5. Baritosis.
- 46. En relación con la pleuritis tuberculosa, indique la afirmación FALSA:**
1. Es la causa más común de exudado pleural en muchos lugares del mundo.
 2. Se considera una reacción de hipersensibilidad a la proteína tuberculosa.
 3. En su exudado predominan los neutrófilos, primero, y los linfocitos después.
 4. En ocasiones el diagnóstico se realiza con la demostración de granulomas en la pleura.
 5. Responde mal a los tuberculostáticos, aunque en ocasiones se resuelve espontáneamente.
- 47. Un paciente de 70 años con historia de insuficiencia cardíaca consulta por disnea. La radiografía de tórax demuestra derrame pleural. ¿En cuál de las siguientes situaciones estaría indicado realizarle una toracocentesis diagnóstica?:**
1. El derrame es bilateral.
 2. El paciente tiene disnea de reposo.
 3. El paciente tiene dolor torácico unilateral que empeora con la inspiración profunda.
 4. El derrame ocupa más de 1/3 del hemitórax.
 5. En general, es conveniente realizarla de forma rutinaria, pero siempre antes de iniciar el tratamiento diurético.
- 48. Paciente de 42 años que acude a la consulta por disnea progresiva. La radiografía de tórax muestra una opacidad completa de hemitórax derecho. Tráquea y estructuras mediastínicas están en la línea media. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:**
1. Derrame pleural masivo.
 2. Carcinoma de pulmón.
 3. Hemotórax.
 4. Cuerpo extraño.
 5. Tumor endobronquial benigno.
- 49. Ante un carcinoma broncogénico, no células pequeñas, de 5 cms de diámetro, sin afectación ganglionar, que invade las tres primeras costillas, el plexo braquial y el ganglio estrellado, la indicación terapéutica más adecuada es:**
1. Radioterapia homolateral.
 2. Quimioterapia con MVP (mitomicina, vinblastina y cisplatino).
 3. Radioterapia homolateral seguida de quimioterapia.
 4. Cirugía con tratamiento neoadyuvante.
 5. Cuidados paliativos.
- 50. El trasplante pulmonar es en la actualidad una terapéutica válida para pacientes en insuficiencia respiratoria terminal en la que se han agotado todos los tratamientos médico-quirúrgicos. Entre las siguientes, indique la enfermedad que más frecuentemente se beneficia de este proceder terapéutico.:**
1. Carcinoma broncogénico.
 2. Fibrosis quística.

3. Distres respiratorio del adulto.
 4. Embolismo pulmonar.
 5. Hemoptisis masiva.
- 51. Ante un paciente de 70 años con un carcinoma epidermoide pulmonar en el lóbulo superior derecho e imágenes sugestivas de adenopatías paratraqueales derechas de 1 centímetro en una tomografía axial computorizada. ¿Cuál de las siguientes exploraciones será la de primera elección para establecer específicamente la afectación tumoral de dichas adenopatías?:**
1. Una tomografía por emisión de positrones.
 2. Una resonancia magnética.
 3. Una mediastinoscopia.
 4. Biopsia transbronquial.
 5. Toracoscopia.
- 52. La displasia cráneo-cervical es una malformación heterogénea de la base del cráneo, que va desde una mera impresión basilar a una acusada deformidad que incluye platibasia, convexobasia, acortamiento del clivus y aplanamiento de la fosa posterior. ¿Cuál es el mecanismo patogénico de esta displasia?:**
1. Trastorno en el desarrollo del cráneo membranoso.
 2. Trastorno en el desarrollo del cráneo endocranal.
 3. Falta de fusión cráneo-vertebral.
 4. Inmadurez del cerebelo.
 5. Descenso excesivo del tronco cerebral.
- 53. Hombre de 85 años de edad con antecedentes de hemorragia cerebral hace 2 años. Ingresa por cuadro agudo de hemiparesia derecha y somnolencia. En el TAC urgente se objetiva un gran hematoma intracerebral lobar frontoparietal izquierdo. El paciente no es hipertenso. ¿Cuál, entre las siguientes, es la etiología más probable de la hemorragia del paciente?:**
1. Metástasis.
 2. Aneurisma.
 3. Traumatismo.
 4. Tóxicos o medicamentos.
 5. Angiopatía amiloide.
- 54. Los infartos lacunares suponen alrededor del 20% de todos los accidentes cerebrovasculares. ¿Cuál de los siguientes enunciados le parece falso en relación con la localización de dichos infartos lacunares?:**
1. La hemiparesia motora pura se produce por un infarto en el brazo posterior de la cápsula blanca interna.
 2. Ictus sensitivo puro por un infarto de la porción ventrolateral del tálamo.
 3. La hemiparesia atáxica, por infarto en el cerebelo.
 4. La disartria y mano torpe, por infarto en la protuberancia.
 5. La disartria y mano torpe, por infarto en la rodilla de la cápsula blanca interna.
- 55. Un hombre de 28 años, acude a consulta refiriendo desde hace 10 días un cuadro de alteración de la sensibilidad de hemicuerpo que incluye la cara. Tiene como antecedentes haber padecido una visión borrosa por el ojo izquierdo hace 1 año, que recuperó por completo en 1 mes. En la exploración actual se objetiva una hemihipoestesia izquierda con signo de Babinski de ese lado. ¿Qué prueba diagnóstica es la más apropiada para conocer la etiología más frecuente de este proceso?:**
1. TAC cerebral con contraste.
 2. Estudio rutinario del LCR.
 3. Estudios serológicos de virus.
 4. Resonancia magnética cerebral.
 5. Potenciales evocados visuales.
- 56. Señale cuál es la indicación de tratamiento con interferón beta en pacientes con esclerosis múltiple en la actualidad:**
1. Tratamiento sintomático de los brotes.
 2. Prevención de los brotes en pacientes con formas clínicas recurrentes-remitentes.
 3. Tratamiento de la discapacidad de las formas primarias progresivas.
 4. Tratamiento para las neuritis ópticas.
 5. Tratamiento de todas las formas clínicas, pero sólo en casos muy avanzados (sin deambular).
- 57. Un paciente de 60 años refiere que desde hace años le tiemblan las manos al sostener la cuchara, el vaso o el bolígrafo, sobre todo si está nervioso o fatigado, y estos síntomas mejoran con pequeñas cantidades de vino. Su padre, ya fallecido, había presentado temblor en las manos y la cabeza. La exploración neurológica sólo muestra temblor de actitud simétrico en ambas manos. Este cuadro clínico es probablemente consecuencia de:**
1. Un hipotiroidismo familiar.
 2. Una enfermedad de Parkinson incipiente.
 3. Síntomas de privación etílica.
 4. Un temblor esencial.
 5. Una neurosis de ansiedad orgánica familiar.
- 58. ¿Cuál de los siguientes hallazgos es muy frecuente en la enfermedad de Parkinson idiopática?:**
1. Demencia al inicio.
 2. Mioclonías.
 3. Blefaroespasmos.
 4. Retrocollis.

5. Pérdida de movimientos asociados en la marcha.
- 59. Todas las siguientes pruebas complementarias son recomendadas en la rutina diagnóstica de la demencia, menos una ¿cuál es ésta?:**
1. Electrolitos séricos.
 2. Serología luética.
 3. TAC cerebral.
 4. Genotipo ApoE.
 5. Función tiroidea.
- 60. El síndrome de las piernas inquietas es un trastorno crónico frecuente. En relación al mismo, indique la respuesta correcta entre las que a continuación se enumeran:**
1. Con frecuencia se asocia a una deficiencia de hierro.
 2. Es un trastorno de origen psicógeno en la mayoría de los casos.
 3. Es una manifestación de la polineuropatía sensitiva de fibra pequeña.
 4. La existencia de movimientos periódicos en las piernas durante el sueño es condición necesaria para el diagnóstico.
 5. Los síntomas ocurren cuando el paciente intenta dormir en postura incómoda (por ejemplo sentado) pero no en una cama confortable.
- 61. En relación con la epilepsia, es FALSO que:**
1. En la esclerosis mesial del lóbulo temporal suele haber antecedentes de crisis febriles.
 2. En la fase tónica de una crisis generalizada tónicoclónica hay cianosis y midriasis.
 3. Las crisis febriles suelen aparecer entre los 3 meses y los cinco años de edad.
 4. Las crisis de ausencia típica se relacionan con patología del lóbulo temporal.
 5. Los accidentes cerebrovasculares son una causa frecuente de crisis en los ancianos.
- 62. ¿Cuál, entre las siguientes, es la prueba más específica para el diagnóstico de miastenia grave?:**
1. Test del cloruro de edrofonio.
 2. Electromiograma con estimulación repetitiva.
 3. Electromiograma de fibra muscular aislada.
 4. Determinación de anticuerpos anti-receptor de acetilcolina.
 5. TAC torácico.
- 63. Un hombre de 30 años presenta episodios de cefalea periocular derecha, que le despiertan por la noche, muy intensos, de unos 30 minutos de duración. Le hacen levantarse de la cama. ¿Cuál sería su sospecha diagnóstica?:**
1. Migraña común.
 2. Neuralgia del trigémino.
 3. Cefalea en racimos.
 4. Sospecharía un tumor cerebral o una hipertensión intracraneal.
 5. Migraña basilar.
- 64. El tumor más frecuente a nivel del ángulo pontocerebeloso es el:**
1. Glioma de tronco cerebral.
 2. Neurinoma del V par.
 3. Colesteatoma del poro acústico.
 4. Meningioma de punta de peñasco.
 5. Neurinoma del acústico.
- 65. Una mujer de 30 años refiere un cuadro de mialgias, fiebre, palpitaciones, nerviosismo y dolor en el cuello. La velocidad de sedimentación globular está elevada, los niveles séricos de triiodotironina (T₃) y tiroxina (T₄) están elevados y los de tirotropina (TSH) están bajos. ¿Cuál sería el tratamiento más adecuado para esta paciente?:**
1. Corticosteroides y antitiroideos.
 2. Antiinflamatorios no esteroideos y antitiroideos.
 3. Sólo antitiroideos.
 4. Antiinflamatorios no esteroideos y betabloqueantes.
 5. Sólo betabloqueantes.
- 66. Respecto al tratamiento de la enfermedad de Graves, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?:**
1. Tras el tratamiento con metimazol puede producirse la remisión de la enfermedad.
 2. Es correcto añadir tiroxina al tratamiento con antitiroideos para prevenir el hipotiroidismo.
 3. El riesgo de recurrencia del hipertiroidismo es mayor tras el tratamiento con yodo radiactivo que con antitiroideos.
 4. El tratamiento de elección de la enfermedad de Graves durante el embarazo es el propiltiouracilo.
 5. Se debe evitar el embarazo durante 6 a 12 meses después de administrar radioyodo.
- 67. En relación a las masas suprarrenales asintomáticas. ¿Cuál de los siguientes estudios diagnósticos considera que es el menos útil?:**
1. Medición de catecolaminas y metanefrinas en orina de 24 horas.
 2. Punción aspiración con aguja fina para diagnóstico diferencial de tumores suprarrenales primarios benignos y malignos.
 3. Medición de sodio y potasio en orina de 24 horas.
 4. Test de supresión con 1 mg de dexametasona para cortisol.

5. Medición de 17-OH progesterona.
- 68. Una mujer de 41 años con obesidad troncular, hipertensión e intolerancia a la glucosa, presenta una excreción urinaria de cortisol libre elevada, inadecuada supresión del cortisol sérico a dosis elevadas de dexametasona y ACTH sérico no detectable. La prueba de localización de esta lesión más adecuada es:**
1. RMN de hipófisis.
 2. TAC torácico.
 3. TAC abdominal.
 4. Ecografía suprarrenal.
 5. Broncoscopia.
- 69. La hiperplasia suprarrenal congénita agrupa a un conjunto de déficits enzimáticos que ocurren en la generación de los glucocorticoides. ¿Cuál es el más frecuente?:**
1. La hidroxilación de C21.
 2. La hidroxilación de C17 α .
 3. La hidroxilación de C11 β .
 4. La hidroxilación de C18.
 5. La deshidrogenación de C3 β .
- 70. Un paciente con un síndrome polidíptico-poliúrico presenta los siguientes resultados del test de la sed: Osmolaridad urinaria 700 mOsm/kg y tras la administración de Vasopresina 710 mOsm/kg. Indique el diagnóstico más probable:**
1. Diabetes insípida verdadera.
 2. Polidipsia primaria.
 3. Insensibilidad de los osmoreceptores.
 4. Diabetes insípida nefrogénica.
 5. Secreción inadecuada de hormona antidiurética.
- 71. La Metformina es un fármaco muy útil en el tratamiento de la Diabetes Mellitus. Si Ud. lo utiliza debe conocer cual de las siguientes afirmaciones NO es cierta:**
1. Se indica especialmente en los diabéticos tipo II obesos.
 2. Puede producir molestias gastrointestinales.
 3. El riesgo de hipoglucemias secundarias es excepcional.
 4. La acidosis láctica es excepcional.
 5. Lo puede utilizar en pacientes con hepatopatías activas.
- 72. ¿Cuál de las siguientes características NO corresponde con la Diabetes Mellitus tipo I (insulin-dependiente)?:**
1. Suele diagnosticarse en personas menores de 30 años.
 2. Precisa de tratamiento con insulina desde el inicio para sobrevivir.
3. Se desencadena por un proceso autoinmune con insulinitis que destruye los islotes pancreáticos productores de insulina.
 4. Patogénicamente se produce una resistencia a la insulina en los receptores del hígado, músculo y adipocitos.
 5. Sus principales complicaciones a largo plazo son la patología de pequeño vaso (microangiopatía), de mediano-grande vaso (macroangiopatía) y la neuropatía.
- 73. De acuerdo a los criterios diagnósticos de la American Diabetes Association (2002) ¿ante qué resultado diagnosticaría una diabetes mellitus en ausencia de una descompensación aguda metabólica?:**
1. Una determinación al azar de glicemia venosa de 156mg/dl, asociada a clínica de poliuria, polidipsia y pérdida de peso.
 2. Glicemia venosa de 128 mg/dl, tras dos horas del test de tolerancia oral a la glucosa.
 3. Dos determinaciones en días diferentes de glicemia venosa en ayunas de 130 mg/dl y 135 mg/dl, respectivamente, sin clínica hiperglicémica.
 4. Hallazgo de una única glicemia venosa al azar de 210 mg/dl, sin clínica de poliuria, polidipsia y pérdida de peso.
 5. Glicemia venosa de 142 mg/dl tras dos horas del test de tolerancia oral a la glucosa.
- 74. A un paciente con Porfiria cutánea tarda, le debemos informar de los hechos que a continuación se enumeran, salvo uno. Señale éste:**
1. Debe evitar la exposición solar en la playa.
 2. Se debe a un defecto enzimático, la URO descarboxilasa hepática.
 3. Los traumatismos pueden producirle ampollas.
 4. La afectación neurológica afecta a los músculos proximales.
 5. No siempre es hereditaria.
- 75. ¿Cuál es el tratamiento de elección de la hipercalcemia idiopática?:**
1. Furosemida.
 2. Restricción de calcio en la dieta.
 3. Hidroclorotiazida.
 4. Calcitonina.
 5. Vitamina D3.
- 76. En el reconocimiento médico a un hombre de 18 años, de 180 cm de altura y 92 kg. de peso, se descubre una distribución ginoide de la grasa, ausencia de vello facial y corporal, ginecomastia y un tamaño testicular de 1,5 cm. En las pruebas complementarias se confirma una elevación de la LH y la FSH y un azoospermia. ¿Cuál**

sería la conducta a seguir?:

1. Esperar a que cumpla 21 años y repetir el estudio.
2. Iniciar sin más pruebas un tratamiento con testosterona.
3. Se debería hacer un cariotipo.
4. Determinar la concentración de cloro en el sudor.
5. Estudiar el perfil hormonal de las suprarrenales.

77. Acude a consulta un hombre de 67 años de edad, fumador de 48 paquetes/año, con diabetes mellitus de reciente diagnóstico. Índice de Masa Corporal 32 Kg/m², TA 148/92, Glicemia basal 98 mg/dl; Glucosuria negativa, microalbuminuria negativa; colesterol total 274 mg/dl; LDL 190 mg/dl; HDL 30 mg/dl. Su médico de familia realiza una intervención en los hábitos de vida (tabaco, alimentación y ejercicio) e interviene farmacológicamente con metformina, simvastatina y enalapril. Pasados 6 meses, ¿cuál de las siguientes situaciones reflejaría un buen control del paciente, con un riesgo coronario menor?:

1. El paciente no fuma. IMC 26.8, TA 129/78; HbA1c 6.8; colesterol total 198; LDL 98; HDL 46.
2. El paciente no fuma. IMC 30, TA 140/90, HbA1c 7, colesterol total 230; LDL 140; HDL 45.
3. El paciente fuma. IMC 25, TA 124/74, HbA1c 5,4, colesterol total 190; LDL 90; HDL 46.
4. El paciente no fuma. IMC 25, TA 138/88, HbA1c 7,2, colesterol total 190; LDL 90; HDL 46.
5. El paciente fuma. IMC 32,4, TA 142/90, HbA1c 8, colesterol total 240; LDL 160; HDL 35.

78. En relación con el metabolismo de las lipoproteínas sólo una de las siguientes afirmaciones es cierta. Indique cual:

1. La forma esterificada del colesterol es soluble en medio acuoso (anfipático) y por ello recubre la superficie de las lipoproteínas.
2. Las lipoproteínas VLDL contienen fundamentalmente colesterol.
3. La deficiencia familiar de lipoproteinlipasa se caracteriza por unos niveles muy elevados de triglicéridos y plasma lechoso.
4. En la hipercolesterolemia poligénica es típica la existencia de xantomas.
5. La mayoría de las hipercolesterolemias moderadas son de origen autosómico recesivo.

79. En el caso de una paciente de 45 años de edad con historia de 6 meses de evolución, consistente en artritis simétrica que incluye muñecas, rigidez matutina de 2 horas y una radiología simple

con erosiones en carpo. ¿Cuál de los siguientes hallazgos inmunológicos NO se correlaciona con el cuadro clínico descrito?:

1. Aumento en el compartimento sinovial de citoquinas de origen macrófago.
2. Presencia en suero de inmunoglobulinas con efecto anti-inmunoglobulina G.
3. Presencia en compartimento sinovial de autoanticuerpos con reactividad contra la inmunoglobulina G.
4. Aumento en el compartimento sinovial de linfocitos T con marcadores de activación en la superficie.
5. Presencia en la superficie de sus linfocitos B de HLA-DR6.

80. Una mujer de 60 años acude por la aparición aguda de inflamación y dolor en su rodilla derecha. No refería antecedente traumático o una historia previa de artritis. La exploración física demostró la presencia de derrame articular y aumento de temperatura en su rodilla derecha. El factor reumatoide fue negativo y el ácido úrico sérico era de 3,2 mg/dl. El diagnóstico más probable se establecería por:

1. La respuesta terapéutica a esteroides intraarticulares.
2. Niveles elevados de calcio sérico.
3. Un recuento de células blancas en líquido sinovial de 500/mm³ con baja viscosidad.
4. La presencia de una fina línea de calcificación en la radiografía de la rodilla afectada.
5. Una respuesta excelente a un curso corto de tratamiento con indometacina.

81. Hombre de 30 años, que presenta un cuadro clínico de 10 meses de evolución consistente en dolor lumbar continuo, que le despierta por la noche, y que se acompaña de rigidez matutina de tres horas de duración. ¿Cuál sería el tratamiento de primera elección?:

1. Diazepam oral.
2. Dexametasona intramuscular.
3. Indometacina oral.
4. Matamizol intramuscular.
5. Sales de oro intramuscular.

82. Paciente de 72 años, noruega, residente en la Costa del Sol, acude a Urgencias por un episodio brusco y autolimitado de pérdida de visión 2 horas antes. Desde la semana previa aquejaba cefalea. En el último mes, había perdido peso en el curso de un proceso caracterizado por febrícula, artralgias, astenia, anorexia, cervicobraquialgia bilateral y mialgias en región glútea y muslos. En el examen físico destacaban una temperatura de 37,8°C y palidez cutaneomucosa; el resto de la exploración, incluyendo examen oftalmológico y neurológico, fue normal.

Se objetivaron: Hb 9,8 gr/dl, valor hematocrito 29%, VCM 87, leucos 9800/mm³, plaquetas 470.000/mm³ y VSG 72mm a la 1ª hora. ¿Cuál de las siguientes actitudes es la correcta?:

1. Iniciar tratamiento con 60mg/día de prednisona y proseguir estudio.
2. Transfundir dos unidades de concentrado de hemáties.
3. Iniciar tratamiento con bolos IV de ciclofosfamida.
4. Ingresar, iniciar antibioterapia empírica, tras extracción de hemocultivos y proseguir estudio.
5. Realizar un tomografía computerizada de cráneo urgente y tratar en caso de hallazgos patológicos.

83. En el tratamiento del síndrome antifosfolípido es cierto que:

1. La presencia de anticuerpos antifosfolípido en una embarazada sin antecedente de trombosis o abortos es una indicación para iniciar el tratamiento.
2. La anticoagulación se realiza en la actualidad con heparina de bajo peso molecular, ya que con este procedimiento no se requieren controles.
3. La anticoagulación manteniendo un INR alto (~3) es el tratamiento de elección en pacientes que ya han tenido trombosis.
4. La anticoagulación no es efectiva si no va acompañada de tratamiento inmunosupresor.
5. En episodios trombóticos se deben emplear los corticoides además de la aspirina.

84. El tipo de afección pulmonar más frecuente en los enfermos con esclerodermia limitada es:

1. Fibrosis pulmonar.
2. Alveolitis.
3. Hipertensión arterial pulmonar.
4. Neumonía de repetición.
5. Enfisema de predominio basal.

85. Hombre de 35 años que presenta desde hace 1 mes fiebre en agujas, artralgias y artritis y exantema asalmonado vespertino. La exploración física puso de manifiesto artritis en pequeñas y grandes articulaciones. Se palpaba una hepatomegalia de 2 cm. lisa y un polo de bazo. La velocidad de sedimentación estaba aumentada: 140 mm en la 1ª hora. En el hemograma se evidenció una leucocitosis de 23.000/mm³, con 80% de neutrófilos. La ferritinemia plasmática era de 10.000 ng/ml (N=15-90). Los hemocultivos fueron negativos. El ecocardiograma transtorácico fue normal. La radiografía de tórax fue normal. ¿Cuál es su diagnóstico?:

1. Endocarditis aguda.

2. Lupus eritematoso sistémico.
3. Enfermedad de Still del adulto.
4. Sepsis por *Staphylococcus Aureus*.
5. Brucelosis.

86. En relación con las vasculitis sistémicas, señale cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA:

1. La poliarteritis nodosa (PAN) clásica cursa con frecuencia con glomerulonefritis y capilaritis pulmonar.
2. La presencia de anticuerpos anti-citoplasma de los neutrófilos con patrón perinuclear es mucho más frecuente en la poliarteritis microscópica que en la PAN clásica.
3. El tratamiento más eficaz para la granulomatosis de Wegener consiste en la administración conjunta de ciclofosfamida y glucocorticoides.
4. La presencia de asma bronquial grave y eosinofilia periférica son características de la granulomatosis alérgica de Churg-Strauss.
5. Es frecuente la asociación de manifestaciones propias de varios síndromes de vasculitis en un mismo paciente.

87. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA con respecto a la estenosis del canal espinal lumbar?:

1. Se da con más frecuencia en varones.
2. Es frecuente en ancianos.
3. A la exploración, los pacientes presentan positividad para las maniobras de Lassègue y Bragard.
4. Sus síntomas consisten en dolor, parestesias y sensación de debilidad en los miembros inferiores y se desencadenan con la marcha.
5. Los síntomas mejoran sentándose.

88. Indique cuál de los siguientes fármacos inhibe la osteogénesis fracturaria:

1. Paracetamol.
2. Indometacina.
3. Colchicina.
4. Calcitonina.
5. Betabloqueantes.

89. Durante el proceso de rehabilitación, tras una fractura conminuta de la cabeza del radio, tratada quirúrgicamente mediante exéresis total de la misma, el paciente experimenta dolor en la muñeca de la extremidad afectada. ¿Cuál es la causa más probable de este dolor?:

1. Lesión yatrogénica del nervio interóseo posterior.
2. Disfunción de la articulación radiocubital distal.
3. Fractura de la estiloides cubital.
4. Distrofia simpático-refleja de muñeca.
5. Síndrome de túnel carpiano.

90. **Paciente de 27 años de edad, jugador de balonmano, con un cuarto episodio de luxación anterior del hombro derecho tras sufrir un traumatismo deportivo. Señale la conducta habitual a seguir:**
1. Reducción e inmovilización de la luxación durante tres semanas.
 2. Reducción de la luxación y movilización precoz de la articulación.
 3. Rehabilitación específica de la musculatura del hombro tras la reducción de la luxación.
 4. Reconstrucción quirúrgica.
 5. Reducción de la luxación y abandono de la práctica deportiva.
91. **Enfermo de 65 años de edad con dolor invalidante en ambas rodillas secundario a artritis reumatoide, que no mejora con esteroides y metotrexato ¿cuál es el tratamiento ortopédico correcto?:**
1. Implantación de una prótesis total de rodilla en cada una de las articulaciones afectadas.
 2. Osteotomía varizante, dada la edad del paciente, y si fracasa, implantación de una prótesis total pasado el tiempo adecuado.
 3. Sinovectomía mediante cirugía artroscópica.
 4. Osteotomía valguzante, ya que es la deformidad de la rodilla más frecuente en este tipo de pacientes.
 5. Prótesis unicompartmental de rodilla.
92. **Seleccionar la relación FALSA sobre la edad de incidencia de las siguientes lesiones óseas:**
1. Metástasis de neuroblastoma – menores de 3 años.
 2. Osteocondroma – niños de 5-10 años.
 3. Mieloma múltiple - mayores de 50 años
 4. Tumor de células gigantes – edad media de la vida.
 5. Quiste óseo esencial – mayores de 50 años.
93. **Un niño de 7 años consulta por dolor en la muñeca derecha tras haberse caído de la bicicleta 2 días antes. A la exploración presenta leve tumefacción e intenso dolor en la extremidad distal del radio, sin deformidad alguna. Radiológicamente se aprecia en la proyección lateral una línea de fractura que va desde la cortical metafisaria dorsal hasta la línea articular radiocarpiana. El diagnóstico será:**
1. Fractura de Smith.
 2. Fractura de Colles.
 3. Fractura en tallo verde de metáfisis distal del radio.
 4. Epifisiolisis distal de radio.
 5. Fractura en rodete de metáfisis distal del radio.
94. **Una enferma de 55 años presenta dolor intenso en columna torácica sin trauma o esfuerzo violento previo. Al practicar radiografías se observan aplastamientos a nivel T5 y T9. ¿Cuál será la causa más frecuente de esta lesión?:**
1. Tuberculosis vertebral.
 2. Metástasis.
 3. Enfermedad de Paget.
 4. Infección vertebral.
 5. Osteblastoma.
95. **Un paciente que presenta en el sedimento de orina microhematuria, proteinuria y cilindros hemáticos, ¿cuál de los siguientes cuadros patológicos padece?:**
1. Lesión glomerular.
 2. Lesión túbulo-intersticial.
 3. Obstrucción de la vía urinaria.
 4. Infección renal.
 5. Neoplasia renal.
96. **Un paciente asintomático, hipertenso de 65 años en tratamiento farmacológico, acude a su médico que le encuentra en la analítica los siguientes parámetros: Hb 14,1 g/dl, VCM 88 fl, Urea 75 mg/dl, Creatinina 1,4 mg/dl, Sodio sérico 128 mEq/l, Potasio sérico 2,8 mEq/l, Cloro 89 mEq/l. Lo más probable sería:**
1. Que tenga una anomalía en la absorción de cloro, tipo Bartter.
 2. Que la hipertensión sea secundaria a una tubulopatía perdedora de potasio.
 3. Que en el tratamiento que reciba exista un diurético de asa.
 4. Que en el tratamiento se incluya un inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina.
 5. Que no tome fruta en la dieta.
97. **En la poliquistosis renal del adulto, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?:**
1. Es una enfermedad hereditaria, autosómica dominante.
 2. Habitualmente se detecta en la primera infancia con ecografía.
 3. Es causa de deterioro progresivo de la función renal.
 4. Frecuentemente cursa con hipertensión arterial.
 5. Se le asocia litiasis renal en un 15-20% de los casos.
98. **La policía encuentra en la calle, inconsciente e inmóvil, a altas horas de la madrugada a un indigente que presenta múltiples hematomas y fetor etílico. En el hospital se le detecta urea de 200 mg/dl, creatinina de 6 mg/dl, ácido úrico de 10 mg/dl y CPK de 1500 U/l. El diagnóstico probable es:**

1. Necrosis tubular aguda alcohólica.
 2. Fracaso renal agudo por urato.
 3. Necrosis tubular aguda por hemólisis.
 4. Infarto agudo de miocardio en paciente con insuficiencia renal crónica.
 5. Fracaso renal agudo por rabiomiolisis.
- 99. Paciente de 70 años, que hace 2 semanas fue sometido a una coronariografía, acude al hospital por aparición de lesiones purpúricas palpables en miembros inferiores, elevación de la creatinina sérica a 3 mg/dl, proteinuria de 1g/24h, hipocomplementemia y microhematuria y leucocituria en el sedimento urinario. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:**
1. Glomerulonefritis aguda rápidamente progresiva.
 2. Glomerulonefritis aguda postestreptocócica.
 3. Síndrome hemolítico-urémico.
 4. Enfermedad atero-embólica.
 5. Glomerulonefritis membrano-proliferativa.
- 100. Paciente de 82 años de edad que refiere síndrome constitucional de tres semanas de evolución, con astenia, anorexia y pérdida de peso con oligoanuria progresiva en las veinticuatro horas previas al ingreso hospitalario. No signos de hiperhidratación. Creatinina plasmática 6 mg/dl. Proteinuria 1gr/24h. Sedimento: microhematuria. Determinación de ANCA positivo, patrón p-ANCA anti MPO. ECO renal que muestra riñón derecho pequeño y riñón izquierdo de tamaño normal. ¿Cuál cree que es el procedimiento más adecuado y prioritario?:**
1. Iniciar tratamiento sustitutivo con diálisis.
 2. Proceder a practicar biopsia renal.
 3. Iniciar tratamiento con pulsos intravenosos de Metilprednisolona y Ciclofosfamida oral.
 4. Plantear plasmaféresis.
 5. Iniciar tratamiento con Prednisona oral.
- 101. En relación con el tratamiento de los pacientes diabéticos tipo 2 con nefropatía, sólo una de las siguientes respuestas es correcta. Señálela:**
1. La metformina se puede utilizar sin riesgo en diabéticos con insuficiencia renal de intensidad moderada (creatinina sérica 1,3-1,7 mg/dl).
 2. Los bloqueantes de los canales de calcio, tipo dishidropiridina (por ejemplo nifedipino) disminuyen el grado de proteinuria y detienen la progresión de la insuficiencia renal.
 3. Los diuréticos del asa pueden aumentar la proteinuria por lo que no deben ser utilizados en la nefropatía diabética con proteinuria en rango nefrótico.
 4. Los betabloqueantes no son beneficiosos en la nefropatía diabética y, además están contraindicados en la diabetes.
- 5. Los inhibidores del enzima conversor de la angiotensina (IECA) frenan la evolución de la nefropatía diabética tanto por su efecto hipotensor como por su efecto reductor de la proteinuria.**
- 102. Una paciente de 65 años de edad en tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos durante tres semanas por una artropatía degenerativa, presenta un cuadro de fiebre y exantema cutáneo. En la analítica de sangre presenta eosinofilia y una creatinina de 2 mg/dl y en el sedimento urinario hematuria, piuria y proteinuria de 1g/día. ¿Cuál es la actitud que se debe seguir en este caso?:**
1. Suspender el tratamiento con antiinflamatorios.
 2. Añadir Glucocorticoides.
 3. Administrar sueroterapia.
 4. Administrar diuréticos del asa.
 5. Realizar una biopsia renal diagnóstica.
- 103. Paciente trasplantado renal de 2 meses de evolución que acude al servicio de urgencias por síndrome febril de 3 días de evolución bien tolerado y acompañado de epigastralgias. En la analítica practicada destaca una moderada leucopenia (2400/mm³) con una leve elevación en la cifra de transaminasas (ALT 75 UI/l; AST 89 UI/l). ¿Cuál sería el primer diagnóstico de sospecha?:**
1. Tuberculosis pulmonar.
 2. Infección por *Helicobacter pylori*.
 3. Infección por *Pneumocystis carinii*.
 4. Infección por *Citomegalovirus*.
 5. Hepatitis por VHC.
- 104. Un hombre de 29 años con antecedentes de dolor tipo cólico en fosa renal izquierda que cedió con tratamiento analgésico, se le practica una urografía intravenosa apreciándose defecto de repleción radiotransparente de 6x7 mm en tercio distal de uréter izquierdo. El pH de la orina fue de 5,5; asimismo se observan cristales de urato, 9-12 hematies por campo y escasa leucocituria. ¿Cuál sería el tratamiento más apropiado?:**
1. Alopurinol vía oral.
 2. Ureteroscopia con extracción del cálculo.
 3. Nefrolitotomía endoscópica percutánea.
 4. Alcalinización de la orina por vía oral.
 5. Administración de d-penicilamina.
- 105. Mujer de 63 años que es diagnosticada de carcinoma de células escamosas del trigono vesical, con invasión de la capa muscular. ¿Cuál sería su actitud terapéutica en este caso?:**

1. Radioterapia externa con 7000 rads.
 2. Quimioterapia adyuvante seguida de Cistectomía radical.
 3. Resección transuretral seguida de inmunoterapia intravesical (BCG).
 4. Cistectomía radical con extirpación de cara anterior de vagina.
 5. Radioterapia externa seguida de quimioterapia con Cisplatino.
- 106. Hombre de 77 años, que refiere clínica de prostatismo de años de evolución, que presenta elevación del PSA (Antígeno Prostático Específico) (89ng/ml) y dolor en columna lumbar desde hace 2 meses. Al tacto rectal la próstata está aumentada de tamaño, de consistencia dura en ambos lóbulos, superficie nodular y límites mal definidos. Tras realizarle una ecografía transrectal con biopsias prostáticas ecodirigidas, es diagnosticado de un adenocarcinoma de próstata pobremente diferenciado, que afecta a ambos lóbulos y que infiltra las vesículas seminales. La gammagrafía ósea confirma la presencia de metástasis en columna lumbar. ¿Qué tratamiento de los siguientes, aconsejaría en primer lugar?:**
1. Prostatectomía radical.
 2. Quimioterapia intensiva.
 3. Hormonoterapia
 4. Radioterapia pelviana externa.
 5. Braquiterapia prostática.
- 107. ¿A cuál de los siguientes factores NO se asocia la Pielonefritis Aguda por Pseudomonas Aeruginosa?:**
1. Embarazo.
 2. Sonda urinaria.
 3. Nefrolitiasis.
 4. Manipulación urológica.
 5. Estenosis de la vía urinaria.
- 108. Mujer de 32 años de edad, embarazada de 11 semanas, sin antecedentes personales de interés salvo alergia a las penicilinas, acude a su médico de familia con el objeto de recoger los resultados de la analítica del primer trimestre, en el que se evidencia una bacteriuria, estando la paciente asintomática. Una vez comprobada la bacteriuria ¿qué actuación terapéutica y de control debería ser aconsejada en este caso?:**
1. Buena hidratación y vigilancia de síntomas urinarios o fiebre.
 2. Cefalexina 500 mg/6h durante 3-7 días y cultivo urinario a la semana de haber finalizado el tratamiento.
 3. Cotrimoxazol 800/160 mg/12h durante 3-7 días y cultivo urinario mensual hasta el final de la gestación.
 4. Nitrofurantoína 100 mg/6h durante 3-7 días y cultivo urinario mensual hasta el final de la gestación.
 5. Ciprofloxacino 500 mg/12h durante 10 días y cultivo urinario a la semana de haber finalizado el tratamiento.
- 109. ¿En cuál de las siguientes circunstancias es excepcional la existencia de trombocitosis reactiva?:**
1. Hemorragias.
 2. Neoplasias epiteliales.
 3. Anemia refractaria con exceso de blastos en transformación.
 4. Anemia ferropénica.
 5. Infecciones.
- 110. Paciente, mujer de 50 años de edad, previamente diagnosticada de Lupus Eritematoso Sistémico. Acude por presentar astenia progresiva y disnea de moderados esfuerzos. La exploración demuestra ictericia conjuntival y esplenomegalia a 4 cm del reborde costal. En analítica destaca: valor Hematocrito: 24%, Hemoglobina: 8 gr/dl, Reticulocitos así como el índice de producción reticulocitario aumentados y en el frotis se observa policromatofilia, anisopoiquilocitosis y esferocitosis. Elevación de la bilirrubina de predominio indirecto y haptoglobina muy disminuida. ¿Qué prueba analítica solicitaría para orientar y completar el diagnóstico de la anemia de esta paciente?:**
1. Punción y biopsia de médula ósea.
 2. Test indirecto con suero de antiglobulina humana (Prueba de Coombs).
 3. Test de autohemólisis.
 4. Dosificación de Vitamina B12 y Acido Fólico en suero.
 5. Estudio electroforético de la hemoglobina.
- 111. Paciente de 38 años que consulta por astenia y orinas oscuras. En la exploración se objetiva ictericia y la biología muestra Hb: 6 g/dl; leucocitos 3.10⁹/l, plaquetas 86.10⁹/l, aumento de recitulositos y LDH con haptoglobina baja. Los hematies carecían de proteínas de membrana CD55 / CD59 y un estudio molecular puso de manifiesto alteraciones del gen PIG. ¿Cuál le parece el diagnóstico más correcto?:**
1. Anemia hemolítica por anticuerpos calientes.
 2. Anemia hemolítica por anticuerpos fríos.
 3. B-Talasemia intermedia.
 4. Enfermedad de Donald-Landsteiner.
 5. Hemoglobinuria Paroxística Nocturna.
- 112. Señale cuál de las siguientes anemias macrocíticas NO muestra rasgos megaloblásticos en la médula ósea:**
1. Anemia de la enfermedad de Biermer.

2. Infestación por *Diphylobotrium latum*.
 3. Anemia del hipotiroidismo.
 4. Anemia postgastrectomía.
 5. Anemia asociada a la toma de metotrexato o de trimetropim.
- 113. Los pacientes con trombocitopenia autoinmune presentan:**
1. Una trombopenia de origen central.
 2. Un tiempo de Ivy (hemorragia) normal.
 3. Un trastorno asociado de la agregación plaquetaria en más del 50% de los casos.
 4. Una médula ósea con aumento de megacariocitos.
 5. Hasta en un 30% de los casos anticuerpos antifosfolípidos cuando el paciente es mujer.
- 114. ¿Cuáles son las alteraciones genéticas primarias más frecuentes en neoplasias hematológicas?:**
1. Mutaciones puntuales en genes supresores de tumores.
 2. Delecciones de genes supresores de tumores.
 3. Mutaciones puntuales en proto-oncogenes.
 4. Amplificación de proto-oncogenes.
 5. Translocaciones cromosómicas con activación de proto-oncogenes asociados.
- 115. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la enfermedad de Hodgkin es cierta?:**
1. El prurito forma parte de los síntomas B.
 2. Un paciente con afectación pulmonar, sin ganglios mediastínicos o hiliares, es un estadio III.
 3. La forma histológica más frecuente en nuestro medio es la celularidad mixta.
 4. La médula ósea está infiltrada en el momento del diagnóstico en la mayoría de pacientes.
 5. La variedad depleción linfocítica es la de peor pronóstico.
- 116. Un hombre de 60 años presenta molestias en hipocondrio izquierdo desde hace 5 meses. El hemograma muestra 50×10^9 leucocitos/l con neutrofilia, basofilia, eosinofilia y presencia de formas inmaduras mieloides, hemoglobina 14 g/dl y 450×10^9 plaquetas/l. En la exploración física destaca una esplenomegalia palpable a 4 cm del reborde costal. Indique cuál sería su actitud inicial:**
1. Realizar TAC abdominal en busca de adenopatías para estadiaje.
 2. Esplenectomía diagnóstica y terapéutica.
 3. Realizar estudio citogenético y molecular para establecer el diagnóstico.
 4. Iniciar quimioterapia intensiva de forma urgente.
 5. Radioterapia esplénica.
- 117. Los protocolos de tratamiento en la Leucemia Aguda Linfoblástica incluyen tratamiento sobre el sistema nervioso central con la administración intratecal de quimioterapia. ¿En qué momento se debe iniciar dicho tratamiento?:**
1. Una vez conseguida la remisión completa.
 2. Cuando estén normalizadas las cifras de plaquetas y neutrófilos.
 3. Durante la fase de tratamiento de consolidación.
 4. Sólo se realiza en los pacientes con infiltración del sistema nervioso central.
 5. Cuando se inicia el tratamiento con quimioterapia.
- 118. ¿Cuál es la principal causa de morbilidad y mortalidad en pacientes diagnosticados de Mieloma Múltiple?:**
1. Insuficiencia renal.
 2. Infecciones bacterianas.
 3. Hemorragias.
 4. Hipercalcemia.
 5. Amiloidosis.
- 119. Un paciente con enfermedad de Hodgkin que recibió múltiples líneas de quimioterapia y un autotrasplante de médula ósea, del que se recuperó adecuadamente que permanece en remisión, presenta 3 años más tarde la siguiente analítica: Hb 80 g/l, leucocitos $1,2 \times 10^9/l$ y plaquetas $30 \times 10^9/l$. El diagnóstico más probable, entre los siguientes, es:**
1. Hemoglobinuria Paroxística Nocturna.
 2. Síndrome mielodisplásico secundario.
 3. Hepatopatía crónica con hiperesplenismo.
 4. Aplasia medular.
 5. Pancitopenia autoinmune.
- 120. Señale, entre las siguientes, cuál es la consecuencia clínica principal que origina la alteración genética conocida como Protrombina 20210:**
1. Tendencia frecuente a hemorragias cutáneas mucosas.
 2. Agregación plaquetaria y trombopenia.
 3. Resistencia a las heparinas convencionales pero no a las de bajo peso molecular.
 4. Resistencia al tratamiento con dicumarínicos (Acenocumarol).
 5. Tendencia a desarrollo de patología trombotica venosa (trombofilia).
- 121. En la interpretación de los resultados de los hemocultivos practicados a un paciente con fiebre. ¿Cuál de los siguientes datos nos haría pensar que no estamos ante un caso de contaminación?:**

1. Aislamiento de bacterias que normalmente colonizan la piel.
2. Aislamiento de cocos gram positivos.
3. Aislamiento de bacterias difteroides.
4. Aislamiento del mismo microorganismo en 3 hemocultivos con la misma sensibilidad.
5. Aislamiento de un estafilococo meticilin resistente en un solo hemocultivo.

122. ¿Qué es el dengue?:

1. Una enfermedad causada por un poxvirus.
2. Una enfermedad limitada a los países del centro de Africa.
3. Una enfermedad vírica que puede producir una fiebre hemorrágica.
4. Una zoonosis que afecta al hombre ocasionalmente.
5. Una enfermedad vírica que ocasiona un eritema que evoluciona a mácula y pápula afectando fundamentalmente a la población infantil.

123. Un joven de 16 años realiza un viaje de fin de curso por Europa. Al mes de regreso comienza con malestar general, odinofagia y fiebre; en la exploración destaca hipertrofia amigdalар con exudado blanquecino, adenopatías occipitales, laterocervicales dolorosas; en el hemograma se observa leucocitosis de 15000/mm³ con un 70% de linfocitos, alguno de ellos atípico. Ante la sospecha diagnóstica se debe realizar:

1. Biopsia ganglionar.
2. Biopsia de médula ósea.
3. Tratamiento con Penicilina.
4. Serología para virus de Epstein Barr.
5. Tratamiento con Clindamicina.

124. Un chico de 13 años viene con su madre al final de nuestra consulta de “viernes tarde”, debido a que al salir del colegio tenía fiebre (38,5°C) y ha vomitado algo de comida. “Seguro que es de la garganta, su hermano estuvo igual hace 5 días”, comenta la madre. En la historia del Centro de Salud no se observa ningún antecedente de interés. El paciente se queja de dolor de cabeza, al tragar saliva y de dolor abdominal, no tiene tos, ni rinorrea, ni ronquera. La exploración es normal excepto la presencia de varias adenopatías cervicales anteriores bilaterales de más de un cm de diámetro dolorosas, exudado blanco-grisáceo en pared posterior de la faringe y amígdalas grandes y eritematosas. ¿Cuál sería la actitud más adecuada?:

1. Instaurar tratamiento con una penicilina a dosis y tiempo adecuado por una posible faringitis estreptocócica.
2. Hacer una toma de exudado para cultivo, prescribir analgésicos y antipiréticos, en espera del resultado previsto a los 6-7 días.
3. Instaurar tratamiento con un macrólido a dosis

y tiempo adecuado, evitando las penicilinas por el riesgo de reacción ante una posible mononucleosis.

4. Administrar moxifloxacino para asegurarnos de la eficacia antibiótica.
5. El cuadro descrito es muy sugerente de faringitis vírica, por lo que hay que abstenerse de prescribir antibiótico y de realizar pruebas que generan angustia y coste.

125. Un hombre de 45 años acudió al área de Urgencias de un hospital por fiebre elevada y exantema máculo-papuloso generalizado, incluyendo palmas y plantas. El paciente vive en el campo con perros frecuentemente parasitados por garrapatas. Señale la enfermedad a la que se refiere, el germen causante y el tratamiento adecuado:

1. Fiebre botonosa, *Rickettsia Conori* : Doxiciclina.
2. Kala-azar, *Leishmaniae Donovanii*: Antimonials.
3. Dengue, *Arenaviridae Aegypti*: Tratamiento sintomático.
4. Fiebre Q, *Coxiella Burnetti*, Doxiciclina.
5. Fiebre de Malta, *Brucella Mellitensis*: Cotrimoxazol.

126. Paciente de 64 años, fumador, que acude a urgencias por un cuadro de 48 h. de evolución de fiebre y tos con expectoración mucopurulenta. La radiografía de tórax muestra una condensación alveolar en lóbulo inferior derecho y un pequeño infiltrado en el lóbulo inferior izquierdo. La gasometría arterial muestra un pH de 7,39, una pO₂ de 54 mm Hg y una pCO₂ de 29 mm Hg. ¿Cuál de las siguientes opciones terapéuticas le parece más adecuada?:

1. Claritromicina 500 mg IV/12h.
2. Ciprofloxacina 200 mg IV/12h.
3. Amoxicilina-Ácido clavulánico 1g IV/8h.
4. Ciprofloxacino 200 mgEV/12h + Claritromicina 500 mgIV/12h.
5. Ceftriaxona 2g IV/24h + Claritromicina 500 mg IV/12h.

127. Un paciente consulta por diarrea sanguinolenta y fiebre de 39° C de más de una semana de duración. En el coprocultivo se aísla *Campylobacter Jejuni*. ¿Cuál de los siguientes antibióticos es el recomendado como de primera elección?:

1. Amoxicilina.
2. Ciprofloxacino.
3. Cefotaxima.
4. Gentamicina.
5. Eritromicina.

128. La malaria es una enfermedad parasitaria erradicada en nuestro país, pero en los últimos

años estamos asistiendo a un resurgir de casos debidos a la inmigración y a los viajes a países tropicales. En relación a la malaria, cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA:

1. La gravedad de la infección está en relación con el grado de parasitemia.
2. La infección por plasmodium faciparum es la más grave.
3. La malaria cerebral es una manifestación típica de plasmodium vivax.
4. El dato analítico más frecuente es una anemia normocítica.
5. La infección se ha descrito en adictos a drogas por vía parenteral que comparten jeringuillas.

129. Un enfermero de Urgencias le consulta porque ha tenido un accidente en el que ha recibido un pinchazo profundo, sin guantes, con una aguja gruesa visiblemente manchada de sangre, de un paciente adicto a drogas por vía parenteral. Tras interrogar al paciente, declara que comparte habitualmente jeringuillas intravenosas y que nunca se ha realizado una serología para el VIH. ¿Cuál de las siguientes es la actitud más correcta?:

1. Esperar al día siguiente a que esté el resultado de la serología de VIH.
2. Iniciar inmediatamente tratamiento con tres antiretrovirales.
3. Iniciar inmediatamente tratamiento con AZT.
4. Realizar serología de VIH, carga viral de VIH y test de resistencias genotípicas (en caso de carga viral detectable) y revisar, cuando estén los resultados, la necesidad de tratamiento antiretroviral.
5. Tranquilizar al enfermero debido al bajo riesgo de transmisión del VIH y reevaluar en un mes.

130. El tratamiento antirretroviral en un paciente VIH+ con carga viral de 575.000/mm³ y una cifra de linfocitos de CD4 de 450/mm³:

1. Es obligado.
2. Sólo estaría indicado si la carga viral fuera superior a 1 millón de copias/ml.
3. En ningún caso se prescribiría si los CD4+ son > 200/ml.
4. Está indicado si el paciente lo desea.
5. En estas condiciones sólo estaría indicado en el contexto de un estudio clínico prospectivo.

131. En la neumonía por Pneumocistis carinii en los pacientes con infección por VIH ¿cuál de las siguientes respuestas es la verdadera?:

1. El diagnóstico definitivo se realiza por cultivo del esputo en medios específicos.
2. El uso de glucocorticoides está contraindicado.

3. La Pentamidina intravenosa es el tratamiento alternativo de elección en las formas graves.
4. El riesgo de padecerla es independiente de la cifra de linfocitos CD4+.
5. Nunca está indicada la profilaxis primaria.

132. Mujer de 33 años de edad, ecuatoriana, acude a su médico de familia para la lectura de Mantoux, realizado en el contexto de un estudio de contactos. Una prima suya que vive en su casa y duerme en la misma habitación (junto con otras 7 personas), ha sido diagnosticada de una tuberculosis pulmonar bacilífera (más de 50 bacilos por campo). Su médico aprecia una induración de 7 mm en la lectura del PPD. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es la correcta?:

1. Se trata de una infección tuberculosa y hay que iniciar tratamiento quimioproláctico de inmediato.
2. Se trata de una Tuberculosis y hay que comenzar con tratamiento antituberculoso.
3. Se trata de una infección tuberculosa y hay que descartar enfermedad tuberculosa, previo a comenzar el tratamiento quimioproláctico.
4. El PPD no es significativo, ya que al tratarse de una persona inmigrante de una zona de alta prevalencia de TBC debería tener una induración mayor de 10 mm.
5. El PPD no es significativo, ya que al tratarse de una persona inmigrante de una zona de alta prevalencia de TBC debería tener una induración mayor de 15 mm.

133. ¿En cuál de las siguientes localizaciones de la enfermedad tuberculosa está indicado el tratamiento coadyuvante con glucocorticoides para mejorar la supervivencia?:

1. Pulmonar.
2. Meníngea.
3. Ganglionar.
4. Genitourinaria.
5. Ostearticular.

134. En relación a la sífilis, señale la afirmación correcta:

1. La lúes secundaria cursa excepcionalmente con manifestaciones cutáneas.
2. El control del tratamiento se puede realizar valorando los títulos de positividad de las pruebas treponémicas.
3. Durante los períodos de latencia de la enfermedad se negativizan las pruebas no treponémicas.
4. La peculiar estructura del treponema hace que no sea sensible a los antibióticos betalactámicos.
5. El chancro sífilítico es indurado, no doloroso y muy rico en bacterias.

135. La radioterapia es un componente del tratamiento curativo de los siguientes tumores, EXCEPTO en:

1. Cáncer de mama.
2. Linfoma de Hodgkin.
3. Cáncer de próstata.
4. Melanoma.
5. Cáncer de cervix.

136. La combinación de quimioterapia y radioterapia en un cáncer de pulmón no microcítico estadio III B ha mejorado la supervivencia media, comparada con radioterapia exclusiva de:

1. 10 a 14 meses.
2. 6 a 28 meses.
3. 20 a 24 meses.
4. 15 a 60 meses.
5. 3 a 6 meses.

137. Mujer de 47 años de edad que acude sola a la consulta de su médico de familia. Se encuentra muy nerviosa, agitada y llorando. Presenta hematoma periorbitario derecho y equimosis en brazos, tronco y abdomen. Tras una escucha activa, recogimiento emocional y una exploración minuciosa, el médico averigua que se trata de un caso de maltrato por parte de su marido alcohólico. ¿Cuál de las siguientes medidas deberá realizar inexorablemente?:

1. Obligar a la paciente a que ponga una denuncia en la comisaría más cercana.
2. Hacer que la próxima visita la haga conjunta con su marido.
3. Tranquilizar a la paciente y decirle que lo más seguro es que no se vuelva a repetir.
4. Citar a su marido para el día siguiente y averiguar el motivo del maltrato.
5. Tramitar el parte de lesiones por vía judicial.

138. En un paciente con dolor oncológico de intensidad leve-moderada, ¿cuál de las siguientes asociaciones de fármacos le parece la más adecuada?:

1. Ibuprofeno + Diclofenaco.
2. Buprenorfina + Celecoxib.
3. Paracetamol + Codeína.
4. Acido acetil salicílico + naproxeno.
5. Dextropropoxifeno + Cafeína.

139. Anciano de 95 años de edad con pluripatología senil diagnosticado de insuficiencia cardiaca congestiva en fase terminal por lo que ha precisado de múltiples ingresos hospitalarios, habiéndose demostrado en uno de ellos, mediante ecocardiografía, una Fracción de Eyección ventricular inferior al 20%. Tras una semana de ingreso hospitalario con tratamiento ade-

cuado con oxígeno, vasodilatadores, diuréticos y fármacos inotrópicos positivos parenterales, el paciente se encuentra en situación de fracaso multiorgánico, y presenta una disnea muy intensa secundaria a un edema agudo de pulmón. ¿Cuál sería la conducta más adecuada a seguir?:

1. Balón de contrapulsación – aórtico.
2. Cateterismo cardíaco con angiografía coronaria y ventriculografía izquierda.
3. Catéter de Swan – Ganz para valorar mejor el tratamiento diurético.
4. Morfina intravenosa.
5. Envío a su domicilio, en su pueblo, para que fallezca allí.

140. Las queratosis actínicas son:

1. Lesiones anodinas que se desarrollan por el envejecimiento de los queratinocitos.
2. Displasias epidérmicas incipientes que pueden evolucionar a un carcinoma espinocelular invasor.
3. Equivalentes a las pecas o a los léntigos solares.
4. Más frecuentes en la espalda de los hombres de edad avanzada que han trabajado al aire libre durante muchos años.
5. Lesiones que se parecen mucho a melanomas, por lo que es preciso hacer diagnóstico diferencial.

141. ¿Cuál de los siguientes procesos determina una alopecia cicatrizal definitiva?:

1. Psoriasis.
2. Líquen.
3. Eritema exudativo multiforme menor.
4. Pseudotiña amiantácea.
5. Eczema seborréico de cuero cabelludo.

142. Enferma de 70 años que consulta refiriendo la aparición desde hace dos años de lesiones maculosas violáceas y asintomáticas en dorso de antebrazos que desaparecen espontáneamente en dos o tres semanas, de forma irregular y tamaño variable entre uno y cinco cm. de diámetro. Las lesiones continúan apareciendo desde entonces sin periodicidad fija. El diagnóstico más probable es:

1. Vasculitis leucocitoclástica.
2. Eczema xerodérmico.
3. Angiosarcoma de Kaposi.
4. Púrpura senil.
5. Líquen plano.

143. Un niño de 6 años acude a consulta por un cuadro de febrícula de 3 días de evolución, con dolor a la deglución. Los datos más relevantes de la exploración física son lesiones erosivas en

el paladar y vesículas intraepidérmicas no agrupadas en palmas y plantas. Entre los siguientes diagnósticos ¿cuál es el más probable?:

1. Eritema multiforme.
2. Rickettsiosis.
3. Síndrome de Steven-Johnson.
4. Enfermedad de pie, mano, boca.
5. Deshidrosis.

144. ¿Cuál es la dermatosis intensamente pruriginosa que se asocia a aparición de vesículas agrupadas y a enteropatía por sensibilidad al gluten y en la que se observan depósitos cutáneos de IgA?:

1. La dermatitis seborreica.
2. El pénfigo foliáceo.
3. La enfermedad de Hailey-Hailey.
4. La dermatitis atópica.
5. La dermatitis herpetiforme.

145. Debemos sospechar un retinoblastoma en un niño que presenta los siguientes síntomas:

1. Dolor, fotofobia y lagrimeo.
2. Estrabismo y leucocoria.
3. Lagrimeo, fotofobia y aumento del diámetro corneal.
4. Fotofobia y quemosis conjuntival.
5. Ptosis palpebral.

146. Un paciente de 58 años de edad que se trata con insulina desde hace 12 años, acude a Urgencias por haber notado una repentina disminución de visión en ojo derecho. La agudeza visual es de contar dedos a 50 cm. No tiene dolor y el segmento anterior del ojo es normal. ¿Cuál es la causa más probable de esta pérdida de visión?:

1. Catarata.
2. Uveítis anterior.
3. Presbicia.
4. Hemorragia vítrea.
5. Glaucoma neovascular.

147. Hombre de 32 años, sin antecedentes patológicos de interés, que acude a la consulta por visión borrosa en su ojo derecho de 3 días de evolución. La agudeza visual es de 0,5, el examen del polo anterior no muestra alteraciones y al examen de fondo de ojo se observa cicatriz coriorretiniana y células en la cavidad vítrea. El paciente relata dos episodios oculares similares no diagnosticados. ¿Qué exploraciones complementarias solicitaría para establecer el diagnóstico?:

1. Test de Mantoux y tinción de Ziehl-Neelsen en esputo.
2. Serología toxoplásmica.
3. Radiografía de tórax.

4. Serología luética.
5. Radiografía de sacroilíacas.

148. ¿Cuál de los siguientes hallazgos exploratorios es el que menos nos ayuda para hacer el diagnóstico de Glaucoma Crónico Simple?:

1. Excavación papilar aumentada (>0,5)
2. Asimetría en la excavación de ambas papilas.
3. Alteraciones en el campo visual.
4. Presión intraocular elevada (>25 mm Hg).
5. Agudeza visual disminuida (<0,5).

149. Uno de los siguientes signos o síntomas NO esperaría encontrar en una Parálisis oculosimpática o Síndrome de Horner:

1. Ptosis.
2. Midriasis.
3. Disminución de la sudoración ipsolateral.
4. Ausencia de dilatación de la pupila tras instilación de cocaína tópica.
5. Heterocromía de iris si la lesión es congénita.

150. Las cadenas ganglionares recurrentes están particularmente afectadas en los cánceres de:

1. Glotis.
2. Vértulo laríngeo.
3. Seno piriforme
4. Amígdala palatina.
5. Cavum.

151. En el cáncer de laringe una disfonía continuada (de más de 30 días) la lesión más lógica sería:

1. Tumor borde libre de epiglotis.
2. Tumor de vértulo laríngeo.
3. Tumor glótico.
4. Tumor subglótico.
5. Tumor de vallécula.

152. Chica de 17 años de edad que acude a Urgencias por presentar fiebre, disfagia y trismus con inflamación en fosa amigdalina derecha y paladar blando con úvula desplazada al lado contralateral. Este cuadro se encuentra localizado en:

1. Espacio maseterino.
2. Entre el constrictor superior de la faringe y mucosa amigdalina.
3. Espacio retrofaríngeo.
4. Entre el constrictor superior y vaina de grandes vasos.
5. Entre el constrictor superior y medio de la faringe.

153. Muchacho de 14 años, que consulta por obstrucción nasal, hidrorrinorrea, anosmia y cefalea fronto-orbitaria de meses de evolución. Como antecedentes de interés destaca la presencia

de un retraso constitucional del crecimiento y bronquitis asmática. En la rinoscopia anterior se observan, en ambas fosas nasales, múltiples masas semitransparentes, blandas y móviles. Señale la respuesta INCORRECTA:

1. Estaría indicado el tratamiento con corticoides inhalados durante largos períodos.
2. Las exacerbaciones agudas deberían ser tratadas con antibióticos, y antiinflamatorios no esteroideos.
3. De cara a completar el diagnóstico sería necesaria la realización de un test del sudor.
4. Está indicada la realización de un TAC.
5. Es frecuente el aislamiento de eosinófilos en la citología nasal de estos pacientes.

154. Mujer de 34 años, madre de 3 hijos, que acude a su consulta presentando una hipoacusia derecha, con Rinne negativo derecho y positivo izquierdo y Weber con lateralización al lado derecho. La otoscopia es normal en ambos oídos. Su sospecha inicial será:

1. Otitis serosa.
2. Timpanoesclerosis.
3. Hipoacusia súbita.
4. Otosclerosis.
5. Neurinitis vestibular.

155. Lo que básicamente diferencia una bulimia nerviosa de una anorexia nerviosa es:

1. La pérdida de control sobre la comida.
2. La preocupación excesiva por la figura y el peso.
3. El ejercicio excesivo.
4. La autoinducción del vómito.
5. La utilización de laxantes.

156. Todas las siguientes son características asociadas a mal pronóstico en la esquizofrenia EXCEPTO una, señálela:

1. Existencia de un factor estresante precipitante.
2. Inicio progresivo.
3. Antecedentes familiares de esquizofrenia.
4. Soltero.
5. Signos y síntomas neurológicos presentes.

157. ¿Cuál de las siguientes opciones relacionadas con el consumo de sustancias es INCORRECTA?:

1. La intoxicación producida por sustancias se define como un síndrome reversible que se caracteriza fundamentalmente por la aparición de cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos y fisiológicos.
2. La abstinencia se define como un síndrome específico de una sustancia debido al cese o reducción de su consumo, que causa un ma-

lestar clínicamente significativo y/o un deterioro de la actividad laboral y social.

3. El abuso o consumo perjudicial se define como un patrón desadaptativo de consumo que no llega a cumplir los criterios diagnósticos de la dependencia.
4. El concepto de tolerancia a una sustancia hace referencia al hecho de que con el consumo continuado se precisan cada vez dosis menores para producir el mismo efecto.
5. El síndrome de abstinencia producido por la falta de la dosis de la sustancia consumida tiene características específicas para cada sustancia y se alivia con un nuevo consumo de la misma.

158. Una paciente de 62 años refiere que un famoso cantante le manifiesta desde hace años su amor, a través de insinuaciones o gestos en sus intervenciones públicas. Ha tratado, sin recibir respuesta, de comunicarse con él, mediante llamadas telefónicas, cartas o incluso yendo a su domicilio, por lo que fue denunciada. No sufre alucinaciones y su capacidad de juicio, fuera del tema citado, es totalmente adecuada. ¿Cuál sería la primera sospecha de diagnóstico?:

1. Depresión psicótica no congruente con el humor.
2. Trastorno de ideas delirantes persistentes.
3. Demencia incipiente.
4. Disfunción sexual hipererótica.
5. Esquizofrenia hebefrénica.

159. De entre los siguientes síntomas, señale cuál sería más improbable encontrar en un episodio maníaco:

1. Aumento de las necesidades del sueño.
2. Distraibilidad.
3. Verborrea.
4. Grandiosidad.
5. Ánimo irritable.

160. ¿Cuáles son los actos obsesivos más frecuentes en el trastorno obsesivo-compulsivo?:

1. Comprobaciones y rituales de limpieza.
2. Recuentos mentales.
3. Evitar pisar las cruces en las baldosas.
4. Jaculatorias repetitivas de conjura.
5. Acumulación y colección de objetos.

161. La anhedonia total se relaciona fundamentalmente con:

1. Manía.
2. Depresión.
3. Fobias sociales.
4. Ataques de pánico.
5. Personalidad antisocial.

162. En relación con el autismo ¿cuál de las siguientes afirmaciones NO es correcta?:

1. Es frecuente el retraso en el desarrollo intelectual.
2. Hay una interacción social anómala y restringida.
3. Más frecuente en sexo masculino.
4. Es habitual la fijación a objetos.
5. Son frecuentes las conductas desafiantes y provocativas.

163. Un hombre de 73 años con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica está ingresado en una planta de Medicina Interna tras ser atendido en Urgencias por una Insuficiencia Respiratoria Global, secundaria a una Infección Respiratoria. Durante su segunda noche en el hospital, presenta agitación, desorientación temporal y espacial, falsos reconocimientos, insomnio y agresividad verbal y física hacia el personal cuidador. El paciente se arranca la mascarilla de oxígeno y las vías de perfusión. Es portador de una prótesis de cadera derecha. La enfermera de turno le avisa a Vd., que es el médico de guardia. ¿Cuál de los siguientes comportamientos asistenciales es correcto en el contexto clínico descrito?:

1. Invitar al paciente a firmar el Alta Voluntaria, previa información de los riesgos derivados del no tratamiento de su condición patológica.
2. No iniciar ningún procedimiento diagnóstico ni terapéutico al tratarse de un problema psiquiátrico.
3. Proceder a la sujeción mecánica del paciente para posibilitar su sedación mediante la administración de cloracepato dipotásico por vía I.M.
4. Proceder a la sujeción mecánica del paciente para posibilitar su sedación mediante la administración de haloperidol por vía I.V. y la realización de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se estimen indicados.
5. Proceder a la sujeción mecánica del paciente, evitando sedación de ningún tipo, aislándolo en una habitación insonorizada.

164.Cuál de los siguientes es el principal efecto negativo de los tratamientos con benzodiazepinas en pacientes con trastornos de ansiedad:

1. Adición.
2. Hipotensión.
3. Náuseas.
4. Agitación paradójica.
5. Sedación.

165. ¿Cuál es el método de detección (screening) de la Diabetes Gestacional que se recomienda en todas las embarazadas?:

1. Determinación de glucosa en orina con tiras reactivas.
2. Determinación de glucemia en ayunas.
3. Determinación de glucemia después de una sobrecarga oral de 50 gramos de glucosa.
4. Test de tolerancia oral a la glucosa con sobrecarga de 100 gramos (curva de glucemia).
5. Determinación de glucemia en dos días diferentes.

166. ¿Cuál de los siguientes marcadores de cromosomopatías del primer trimestre tiene más valor?:

1. Gonadotropina coriónica.
2. La alfafetoproteína.
3. La PAPP-A.
4. La sonolusencia nual.
5. El acortamiento del fémur.

167. ¿Cuál de los siguientes procedimientos es el más seguro para diagnosticar el sufrimiento fetal intraparto?:

1. Los registros cardiotocográficos.
2. La auscultación fetal.
3. La ecografía doppler color.
4. El perfil biofísico fetal.
5. La microtoma fetal.

168. ¿Cuál de las siguientes respuestas NO constituye una distocia mecánica en el período expulsivo de la presentación podálica?:

1. Procidencia o descenso de un solo pie.
2. Distocia de hombros por elevación de un brazo.
3. Rotación de la cabeza fetal a occipito-sacra.
4. Actitud de la cabeza en deflexión.
5. Expulsivo lento de la cabeza fetal.

169. Una primigesta de 37 semanas de edad gestacional ingresa por rotura prematura de membranas de 24 horas de evolución. No hay trabajo de parto ni signos de infección amniótica. El test de Bishop (de maduración cervical) es de 6 puntos. El feto está en cefálica y no hay signos de sufrimiento fetal. ¿Cuál es la conducta obstétrica indicada?:

1. Cesárea.
2. Inducción del parto con oxitocina.
3. Administrar antibióticos y corticoides e inducir el parto 48 horas después.
4. Administrar antibióticos y esperar el comienzo espontáneo del parto.
5. Esperar el comienzo espontáneo sin tratamiento y hacer cesárea si aparecen signos de infección amniótica.

170. ¿Cuál de los siguientes métodos diagnósticos es el esencial para el seguimiento y control de la

paciente que ha sido sometida a evacuación de una mola hidatiforme por vía vaginal?:

1. Radiografía de tórax.
2. Ecografía con sonda vaginal.
3. Dosificaciones de β -HCG en suero.
4. Determinaciones de CA125 en suero.
5. Determinaciones de estriol en orina.

171. En relación con la preeclampsia ¿cuál de las siguientes respuestas es FALSA?:

1. Es más frecuente en primigestas.
2. Aparece, casi siempre en el tercer trimestre.
3. Es más frecuente en los embarazos múltiples.
4. Hay hemoconcentración.
5. Puede darse sin proteinuria.

172. En relación con el Tratamiento Hormonal sustitutivo combinado con estrógenos y gestágenos de forma prolongada, las siguientes afirmaciones son ciertas, EXCEPTO una. Señale ésta:

1. Disminuye la descalcificación propia de la menopausia.
2. Mejora el trofismo vaginal.
3. Aumenta el riesgo de Cáncer de Mama.
4. Aumenta el riesgo de Cáncer de Endometrio.
5. Disminuye los síntomas del climaterio.

173. Una mujer de 21 años presenta una amenorrea secundaria. Los niveles plasmáticos de gonadotropinas (LH y FSH) son inferiores a 10 mUI/ml. Los niveles de Prolactina y de Hormona Tiroestimulante (TSH) son normales. La paciente no menstrúa tras la administración de progestágeno, pero sí lo hace al administrar un estrógeno junto con un progestágeno. ¿Cuál de los diagnósticos que a continuación se relacionan es el más correcto?:

1. Síndrome de ovario poliquístico.
2. Fallo ovárico autoinmune.
3. Tumor hipotalámico o hipofisario.
4. Síndrome de déficit congénito de hormona liberadora de gonadotropinas (Gn-Rh).
5. Disgenesia gonadal.

174. En una mujer de 38 años, nuligesta y con deseos de tener hijos, la citología ginecológica informa de una lesión escamosa de alto grado. La colposcopia muestra una lesión acetoblanca extensa del ectocérvix que se introduce por el canal endocervical. Las biopsias de esa lesión informan de la presencia de un carcinoma in situ, pero en una de ellas hay un foco de carcinoma epidermoide que invade el estroma cervical en 2 mm de profundidad. ¿Cuál de las siguientes opciones terapéuticas es la más correcta?:

1. Histerectomía total, salpingo-ooforectomía y linfadenectomía pélvica.

2. Radioterapia abdominopélvica.
3. Braquiterapia (radioterapia intracavitaria).
4. Conización cervical y control posterior.
5. Destrucción física de la lesión con láser.

175. Los análogos de las gonadotropinas se utilizan para las siguientes indicaciones, MENOS una:

1. Tratamiento de la menopausia.
2. Disminución del tamaño de los miomas.
3. Recuperación de la anemia antes del tratamiento quirúrgico de los miomas.
4. Disminución del tamaño de los endometriomas.
5. Para facilitar el control del ciclo en las fecundaciones "In Vitro".

176. ¿Cuál de los siguientes hechos es cierto en el cáncer de ovario?:

1. Es más frecuente en las múltiparas.
2. Es más frecuente en las mujeres que han tomado varios años anticonceptivos orales.
3. Suelen dar precozmente metrorragias.
4. Se implanta fácilmente por la serosa peritoneal.
5. Es más frecuente en mujeres de raza amarilla.

177. De las que a continuación se relacionan, son factores de peor pronóstico en un cáncer de mama los siguientes, EXCEPTO uno. Señálelo:

1. Tamaño tumoral superior a 3 cm.
2. Afectación axilar.
3. Sobreexpresión de Her2.
4. Receptores hormonales positivos.
5. Mayor proporción de células en fase S.

178. ¿Cuál es el gen más frecuentemente implicado en el síndrome de cáncer de mama hereditario?:

1. K-RAS.
2. HER-2 ó ERBB2.
3. ATM.
4. BRCA1.
5. APC.

179. En relación con el cáncer de mama en estadios localizados, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?:

1. La cirugía conservadora con radioterapia radical no compromete la supervivencia.
2. La radioterapia post mastectomía está indicada si existen factores de alto riesgo loco-regional (metástasis ganglionares, afectación margen de resección, etc.).
3. La quimioterapia está contraindicada en ausencia de metástasis ganglionares.
4. El componente intraductal extenso es un factor de riesgo para la recidiva local.

5. La consulta multidisciplinaria de distintos especialistas optimiza las decisiones terapéuticas.
- 180. La posición en decúbito prono durante el sueño en los lactantes se ha asociado con:**
1. Una mayor ganancia de peso.
 2. Mayor riesgo de neumonía por aspiración.
 3. Disminución del tránsito intestinal.
 4. Menor incidencia de vómitos.
 5. Mayor riesgo de muerte súbita.
- 181. Una niña de 10 años de edad acude para valoración de un posible hipocrecimiento. Su talla actual se encuentra en el percentil 10 de la población general. Su talla genética está situada en el percentil 15 de la población de referencia. Su desarrollo sexual corresponde a una pubarquia 1 y a una telarquia 1 de Tanner. Su edad ósea es de 9 años. La velocidad de crecimiento del último año ha sido de 5 centímetros/año. ¿Qué situación cree usted que presenta la niña?:**
1. Un crecimiento normal.
 2. Un hipocrecimiento por deficiencia de la hormona del crecimiento.
 3. Un hipocrecimiento por una enfermedad celíaca.
 4. Un hipocrecimiento por un síndrome de Turner.
 5. Un hipocrecimiento por un hipotiroidismo congénito.
- 182. Niña de cuatro años, asintomática, con antecedentes de ingreso neonatal durante dos meses por prematuridad. Presenta un buen estado general y de desarrollo ponderoestatural, tiene pulsos arteriales aumentados y se le ausculta un soplo continuo en región subclavicular izquierda. ¿Cuál es, de los siguientes, el diagnóstico más probable?:**
1. Comunicación interventricular.
 2. Tetralogía de Fallot.
 3. Conducto arterioso persistente.
 4. Comunicación interauricular.
 5. Coartación de aorta.
- 183. Lactante de 21 días de vida que presenta, desde hace 4 días, vómitos postprandiales que cada vez son más intensos y frecuentes. Señale cuál de las siguientes afirmaciones es cierta en relación a la enfermedad del niño:**
1. Esta enfermedad es más frecuente en niños.
 2. Suele cursar con acidosis metabólica.
 3. El tratamiento es médico y la recidiva frecuente.
 4. La enfermedad está producida por una bacteria.
5. Es frecuente el antecedente de polihidramnios.
- 184. En la enfermedad de Hirschsprung una de las siguientes afirmaciones es FALSA:**
1. Es una anomalía congénita.
 2. Predomina en el sexo masculino.
 3. Se caracteriza por alteraciones en las células ganglionares del plexo intramural.
 4. La distensión de la ampolla rectal ocasiona relajación del esfínter anal interno.
 5. Es típica la dilatación de una zona del colon.
- 185. La malabsorción puede acompañar a todos los cuadros que se exponen EXCEPTO uno. Señale éste:**
1. Fibrosis quística.
 2. Páncreas divisum.
 3. Déficit severo de IgA.
 4. Pancreatitis crónica.
 5. Enfermedad celíaca.
- 186. Todo lo que sigue acerca del síndrome nefrótico en la infancia, es cierto EXCEPTO:**
1. Colesterol sérico elevado.
 2. El 85% experimenta cambios mínimos de la enfermedad.
 3. Reabsorción reducida de sodio por el riñón.
 4. Triglicéridos séricos elevados.
 5. La hipoalbuminemia es la causa de la hipo-proteinemia.
- 187. Un niño de cuatro años de edad muestra un importante retraso de crecimiento, lesiones de raquitismo resistentes al tratamiento con dosis habituales de vitamina D y poliuria. ¿Cuál de las siguientes asociaciones considera que permite el diagnóstico de síndrome de Fanconi?:**
1. Glucosuria + hiperaminoaciduria + alcalosis + hiperfosforemia.
 2. Glucosuria + hipoglucemia + acidosis metabólica + hipofosforemia.
 3. Glucosuria + hiperaminoaciduria + acidosis metabólica + hipofosforemia.
 4. Glucosuria + hiperaminoaciduria + alcalosis metabólica + hipofosforemia.
 5. Hipoglucemia + hiperaminoaciduria + alcalosis metabólica + hipofosforemia.
- 188. En la enfermedad de Kawasaki, todas las afirmaciones son correctas MENOS una. Señálela:**
1. El diagnóstico se realiza habitualmente mediante biopsia ganglionar.
 2. Se acompaña de picos febriles elevados de al menos 5 días de evolución.
 3. La base patogénica de la enfermedad es una vasculitis.
 4. Las complicaciones más graves se relacionan

con la afectación coronaria.

5. El tratamiento consiste en inmunoglobulina intravenosa y dosis elevadas de AAS.

189. La anemia ferropénica del niño se caracteriza por los siguientes hechos EXCEPTO uno:

1. Es la causa más frecuente de anemia nutricional de la infancia.
2. La lactancia materna prolongada evita su aparición.
3. Su desarrollo está favorecido por las infecciones repetidas.
4. El diagnóstico se basa en la determinación de la ferritina sérica.
5. La fase de ferropenia latente carece de síntomas clínicos.

190. Una niña de 10 años con atresia biliar, tratada con la técnica de Kasai cuando era lactante, presenta ahora torpeza progresiva, disminución de los reflejos tendinosos profundos y ataxia. El diagnóstico más probable es:

1. Encefalopatía hepática.
2. Deficiencias de vitamina A.
3. Encefalitis.
4. Deficiencia de vitamina E.
5. Ataxia de Friederich.

191. Niño de 6 años que desde los 9 meses de vida ha tenido infecciones bacterianas de repetición (dos neumonías, otitis supuradas, sinusitis). En la analítica tenía una IgG de 103 mg/dl, IgA < 6 mg/dl, e IgM 25 mg/dl, linfocitos totales 2010/mm³, un número normal de linfocitos T y ausencia de linfocitos B. ¿Cuál de los siguientes es el diagnóstico correcto?:

1. Enfermedad granulomatosa crónica.
2. Síndrome Variable Común de Inmunodeficiencia.
3. Inmunodeficiencia combinada severa.
4. Agammaglobulinemia ligada al sexo.
5. Hipogammaglobulinemia transitoria de la infancia.

192. Un recién nacido presenta una deformidad rígida de ambos pies con sus plantas enfrentadas, los bordes laterales orientados hacia distal y los bordes mediales hacia craneal, y ambos antepiés más próximos a la línea media y más distales que los retropiés. ¿Cuál es la denominación más adecuada?:

1. Pies planos.
2. Pies cavos.
3. Pies valgus.
4. Astrágalo vertical congénito.
5. Pies zambos.

193. El objetivo principal de contraste de hipótesis

estadístico, aplicado a ciencias de la salud es:

1. Confirmar la hipótesis alternativa y la hipótesis nula.
2. Distinguir entre las diferencias debidas al azar y las diferencias clínicas.
3. Aumentar el valor predictivo del estudio para tener certeza en las conclusiones.
4. Establecer el error alfa o error tipo I.
5. Establecer el error beta o tipo II.

194. Para contrastar la hipótesis, en un estudio de casos y controles, de que la media de colesterol (medido en mg/dl) es diferente de los pacientes que presentan accidentes cerebrovasculares (100 casos), que en los pacientes que no lo presentan (100 controles). ¿Qué prueba estadística es la más apropiada para realizar este contraste?:

1. Correlación de Spearman.
2. Prueba de la *t*.
3. Prueba de chi cuadrado.
4. Correlación de Pearson.
5. Prueba de Fisher.

195. Se está realizando un estudio para conocer el efecto de un nuevo analgésico. La variable principal de respuesta es una escala de dolor con los siguientes valores: 1 (no dolor), 2 (dolor leve), 3 (dolor moderado) y 4 (dolor intenso). ¿De qué tipo de variable se trata?:

1. Variable dicotómica.
2. Variable continua.
3. Variable discreta.
4. Variable ordinal.
5. Variable cuantitativa.

196. En un estudio de casos y controles se estudia la relación entre cáncer de cavidad bucal (efecto) y consumo de bebidas alcohólicas (exposición). Como definiría el fenómeno que puede producir el hecho que el hábito de fumar se asocia a la aparición de cáncer bucal y también a un mayor consumo de bebidas alcohólicas?:

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

197. Identificamos en la práctica clínica habitual una población definida de pacientes con artritis reumatoide que no han respondido a un tratamiento con metotrexate, y que según criterio clínico reciben tratamiento o bien con etanercept o bien con infliximab. Seguimos la evolución de la respuesta clínica de la enfermedad a largo plazo con el objetivo de realizar una comparación entre ambos grupos. En este caso

estamos planteando un:

1. Estudio de cohortes.
2. Estudio coste-efectividad.
3. Estudio caso-control.
4. Ensayo clínico pragmático o naturolístico.
5. Estudio ecológico.

198. ¿Cuál de los siguientes estudios es aquel en el cual los participantes reciben todas las opciones en estudio en diferentes momentos a lo largo de la experiencia?:

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

199. Si identificamos en la práctica habitual pacientes con bronquitis crónica obstructiva y seguimos la evolución de su función respiratoria a largo plazo después de asignarlos a recibir o no corticoides por vía inhalatoria, estamos planteando:

1. Estudio de cohortes.
2. Estudio de series temporales.
3. Estudio caso-control.
4. Ensayo clínico.
5. Análisis estratificado.

200. Señale la respuesta correcta. Un estudio en el que se seleccionan dos grupos de sujetos, uno formado por enfermos y el otro por personas libres de la enfermedad de interés, en el que se compara la exposición a posibles factores de riesgo en el pasado es un:

1. Estudio retrospectivo de doble cohorte.
2. Ensayo de campo.
3. Estudio retrospectivo de una serie de casos.
4. Estudio transversal.
5. Estudio de casos y controles.

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

1. El diseño corresponde a un estudio de casos y controles.
2. Los intervalos de confianza del riesgo relativo estimado confirman que las diferencias no alcanzan la significación estadística.
3. El riesgo relativo estimado significa que la incidencia de hemorragia intracraneal es un 3% superior en el grupo tratado con anticoa-

gulantes orales.

4. El riesgo relativo estimado significa que existe una alta proporción (superior al 3%) de pacientes tratados con anticoagulantes orales que presentaron hemorragia intracraneal.
5. El riesgo relativo estimado significa que la incidencia de hemorragia intracraneal entre los pacientes tratados con anticoagulantes orales ha sido tres veces superior a la de los tratados con antiagregantes plaquetarios.

202. En un estudio de seguimiento a largo plazo de pacientes con hipertensión arterial en la práctica clínica habitual, comparando los pacientes tratados con fármacos del grupo terapéutico A con fármacos del grupo terapéutico B, se ha documentado un riesgo de padecer un infarto de miocardio mayor para los pacientes tratados con fármacos del grupo terapéutico A (riesgo relativo de 2 con intervalos de confianza del 95% 1,4-3,1). ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?:

1. El diseño corresponde a un ensayo clínico.
2. Los intervalos de confianza del riesgo relativo estimado confirman que las diferencias alcanzan la significación estadística.
3. El riesgo relativo estimado significa que la incidencia de infarto de miocardio oscila entre el 1,4 y el 3,1%.
4. El riesgo relativo estimado significa que existe una alta proporción de pacientes tratados con fármacos del grupo A presentaron un infarto de miocardio.
5. El riesgo relativo estimado significa que los fármacos del grupo A son más eficaces que los del grupo B en la prevención del infarto de miocardio en pacientes hipertensos.

203. El riesgo de presentar un accidente vascular cerebral (AVC) en una población de hipertensos sin tratamiento es del 6% a los 5 años de seguimiento. En una reunión se nos afirma que tratando a dicha población con el nuevo fármaco A conseguiremos evitar un AVC por cada 20 pacientes tratados. A cuanto debería reducir la incidencia del AVC el fármaco A para que dicho comentario fuera cierto:

1. 5%.
2. 4%.
3. 3%.
4. 2%.
5. 1%.

204. Ha realizado usted un estudio en el que ha seguido durante 2 años 1000 pacientes que han consumido AINEs (antiinflamatorios no esteroides) y 2000 controles. En los consumidores de AINEs ha encontrado 50 pacientes con hemorragia digestiva alta, mientras que en los controles únicamente 10. Asumiendo que estas

diferencias no se deben a sesgos ni a factores de confusión, ¿podría indicar cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?:

1. El riesgo relativo de presentar hemorragia digestiva por el consumo de AINEs es 5 y el riesgo atribuible en los expuestos 0,90.
2. El riesgo relativo de presentar hemorragia digestiva por el consumo de AINEs es de 10 y el riesgo atribuible en los expuestos es de 0,045.
3. El riesgo relativo de presentar hemorragia digestiva por el consumo de AINEs es de 10 y el riesgo atribuible en lo expuestos es de 0,90.
4. El riesgo relativo de presentar hemorragia digestiva por el consumo de AINEs es de 15 y el riesgo atribuible en lo expuestos es de 0,045.
5. El riesgo relativo de presentar hemorragia digestiva por el consumo de AINEs es de 5 y el riesgo atribuible en los expuestos es de 0,045.

205. Queremos investigar la relación entre hemorragia digestiva e ingesta de medicamentos mediante un estudio epidemiológico de tipo caso-control. En cuanto a la metodología, ¿cuál sería la respuesta correcta?:

1. Definiremos los casos como los pacientes que presentan hemorragia digestiva atribuida a medicamentos.
2. Definiremos los controles como pacientes que presentan hemorragia digestiva no atribuida a medicamentos.
3. La estimación del riesgo de hemorragia producida por los medicamentos será una razón de incidencias.
4. Es fundamental la realización de una anamnesis farmacológica idéntica en los casos y en los controles.
5. La asignación de los pacientes a los dos grupos se realiza por aleatorización.

206. En el diseño de un ensayo clínico cuyo objetivo es demostrar que una nueva estrategia terapéutica no es peor que otra existente (estudio de no-inferioridad) son correctas todas las afirmaciones siguientes EXCEPTO una. Indique cuál:

1. Debe establecerse a priori la diferencia entre tratamientos que aceptaríamos como clínicamente irrelevante (delta o límite de no inferioridad).
2. El estudio debe diseñarse de forma que fuese capaz de detectar diferencias relevantes entre los tratamientos evaluados, si éstas existiesen.
3. Para el cálculo del límite de no-inferioridad debe estimarse con la mayor precisión posible la magnitud del efecto placebo, si existiese, en la población diana.
4. Para el cálculo del límite de no-inferioridad debe estimarse con la mayor precisión posible

la magnitud del efecto del tratamiento de referencia en la población diana.

5. El análisis por intención de tratar es el único que se considera válido en los estudios de no-inferioridad.

207. En un ensayo clínico cruzado de dos períodos ¿cuál es la consecuencia de que el efecto residual de ambas intervenciones no sea igual?:

1. Que hay que recurrir a técnicas estadísticas multivariantes.
2. Ninguna, precisamente en esta circunstancia es cuando este tipo de ensayo plantea mayores ventajas.
3. Que el efecto del fármaco usado en segundo lugar depende del efecto del fármaco, administrado en primer lugar.
4. Que habrá que usar en segundo lugar el fármaco con un efecto residual más largo, para evitar que su efecto interfiera con el de la otra intervención.
5. Que ya no es posible utilizar a cada sujeto como su propio control, con lo que el tamaño muestral puede hacerse insuficiente.

208. Si en un ensayo clínico se usa placebo ¿cuál es el proceder correcto?:

1. Por respeto a los principios bioéticos comunicárselo a los sujetos que vayan a recibirlo.
2. No comunicárselo a los sujetos ya que en caso contrario se pierde el efecto placebo.
3. Comunicárselo a los sujetos una vez concluido el estudio.
4. Comunicárselo a las autoridades sanitarias y comités éticos, y, si estos lo aprueban, los sujetos que participan en el estudio no deben conocer su uso para evitar la pérdida del efecto placebo.
5. Comunicárselo a los sujetos en el momento de solicitar su consentimiento para ser incluidos en el estudio.

209. El Sistema Español de Farmacovigilancia, a través de su programa de notificación espontánea de reacciones adversas, constituye un sistema de vigilancia epidemiológica de las reacciones adversas a medicamentos en nuestro país. Indique cuál de los siguientes aspectos NO es propio de este programa:

1. El sistema recoge las notificaciones enviadas voluntariamente por los profesionales sanitarios.
2. El programa colabora con el Programa Internacional de Farmacovigilancia de la Organización Mundial de la Salud.
3. Permite comparar el perfil de notificaciones de nuestro país con el de otros países.
4. Es un sistema eficiente para la generación de alarmas de seguridad relacionadas con medicamentos.

5. Permite cuantificar el riesgo absoluto de los medicamentos una vez comercializados.

210. Señale cuál de los siguientes objetivos NO es propio de los Estudios de Utilización de Medicamentos:

1. Obtener información cuantitativa sobre uso real de los medicamentos.
2. Evaluar si la prescripción de medicamentos se corresponde con los usos establecidos/adecuados de los fármacos.
3. Evaluar la eficacia terapéutica de un fármaco en comparación con la utilización de un placebo.
4. Evaluación de los factores que determinan la prescripción de los fármacos.
5. Evaluar las características de la utilización de los fármacos en relación con un programa de intervención (educativo, por ejemplo).

211. Los años de vida ganados ajustados por calidad (AVAC) se usan, particularmente, en los estudios de:

1. Coste-Utilidad.
2. Coste-Efectividad.
3. Coste-Beneficio.
4. Coste-Eficacia.
5. Coste-Equidad.

212. Todas las siguientes son actividades de prevención primaria, EXCEPTO:

1. Quimoprevención.
2. Mamografía.
3. Inmunizaciones.
4. Quimoprofilaxis.
5. Consejo antitabaco.

213. ¿Cuál de los siguientes factores no está relacionado con una mayor utilización de los servicios sanitarios públicos?:

1. Presencia de enfermedades crónicas.
2. Mayor tamaño familiar.
3. Déficit de apoyo social.
4. Nivel socioeconómico bajo.
5. Mayor morbilidad subjetiva.

214. Indique cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA en relación con las actividades de prevención:

1. La prevención primaria tiene como objetivo disminuir la incidencia de la enfermedad.
2. La prevención secundaria tiene como objetivo disminuir la prevalencia de la enfermedad.
3. El valor predictivo positivo de una prueba de cribado aumenta al disminuir la prevalencia de la enfermedad.
4. El valor predictivo positivo de una prueba de

cribado aumenta al aumentar la especificidad de la prueba.

5. El valor predictivo negativo de una prueba de cribado aumenta al aumentar la sensibilidad de la prueba.

215. Está usted evaluando una prueba diagnóstica y finalmente se encuentra la siguiente tabla:

Prueba	Enfermedad	
	SI	NO
Positiva	80	100
Negativa	20	800

A partir de ella y redondeando decimales, señale cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera:

1. El valor predictivo positivo es del 56% y el valor predictivo negativo del 13%.
2. El valor predictivo positivo es del 44% y el valor predictivo negativo del 98%.
3. El valor predictivo positivo es del 80% y el valor predictivo negativo del 90%.
4. El valor predictivo positivo es del 80% y el valor predictivo negativo del 11%.
5. El valor predictivo positivo es del 10% y el valor predictivo negativo del 20%.

216. Está usted comparando el diagnóstico clínico de úlcera gastroduodenal y su hallazgo en la autopsia en una serie de 10.000 pacientes. Al comenzar a analizar los datos se construye la siguiente tabla:

Diagnóstico clínico	Autopsia	
	Úlcera	No úlcera
Úlcera	130	20
No úlcera	170	9680

De las siguientes cifras, ¿cuál es la más cercana a la sensibilidad del diagnóstico clínico de la úlcera?:

1. 3%.
2. 43%.
3. 87%.
4. 98%.
5. 100%.

217. La Educación para la Salud de la población, de forma general constituye una estrategia de:

1. Promoción de la salud.
2. Protección de la salud.
3. Prevención de la enfermedad.
4. Potenciación de la salud.
5. Restauración de la salud.

218. El número de ingresos de hospitalización potenciales, en las camas asignadas a un servicio

médico, en un período de tiempo, es:

1. Inversamente proporcional al índice de ocupación de camas.
2. Directamente proporcional al índice de complejidad de la casuística de hospitalización.
3. Inversamente proporcional a la frecuentación de urgencias.
4. Inversamente proporcional a la estancia media.
5. Inversamente proporcional al tiempo.

219. ¿Cuál de los siguientes enunciados forma parte del concepto definitorio de lo que se entiende por "Cirugía mayor ambulatoria?":

1. Son procedimientos quirúrgicos programados.
2. Sólo se consideran los procesos con anestesia local o loco-regional.
3. Es equivalente a cirugía de corta estancia.
4. Incluye las intervenciones de gran simplicidad técnica con anestesia local, sin que precisen vigilancia especial.
5. Pueden ser procedimientos quirúrgicos urgentes.

220. La pauta habitual de 3 dosis de Vacuna anti Hepatitis B a los 0, 1 y 6 meses asegura una respuesta de anticuerpos protectores que se mide a través de:

1. Anti HBc.
2. Anti HBe.
3. Anti HBs.
4. Anti HC.
5. Anti HA.

221. En un paciente con hiperlipemia, la asociación de lovastatina y gemfibrozilo, presenta un elevado riesgo de:

1. Agranulocitosis.
2. Rabdomiolisis.
3. Fibrosis pulmonar.
4. "Torsade des points".
5. Insuficiencia renal.

222. Uno de los siguientes grupos de antibióticos antibacterianos actúa inhibiendo la síntesis de proteínas:

1. Quinolonas.
2. Aminoglucósidos.
3. Isoniacida.
4. Cicloserina.
5. Vancomicina.

223. ¿Cuál de los siguientes psicofármacos ha demostrado claramente eficacia en el tratamiento de la adicción al tabaco?:

1. Clorpromacina.

2. Fluoxetina.
3. Bupropión.
4. Flunitrazepan.
5. Venlafaxina.

224. ¿Cuál de las siguientes modificaciones farmacocinéticas es de esperar en el embarazo?:

1. Disminución de la absorción intramuscular en los dos primeros trimestres.
2. Disminución del flujo sanguíneo renal.
3. Disminución de absorción de los fármacos liposolubles.
4. Aumento de la fracción libre de los fármacos ácidos débiles.
5. Aumento de la velocidad de tránsito gastrointestinal.

225. ¿Cuál de los siguientes fármacos puede producir MENOS efecto en enfermos con hepatopatía severa que en sujetos sanos normales?:

1. La difenilhidantoína.
2. La lidocaína.
3. La tetraciclina.
4. La imipramina.
5. El propranolol.

226. Una de las siguientes propiedades referidas a los virus RNA es cierta:

1. La mayoría de ellos se multiplican en el núcleo.
2. La estructura del genoma no es determinante del mecanismo de transcripción y replicación.
3. No es necesario que codifiquen RNA polimerasas RNA dependientes.
4. No muestran tendencias a las mutaciones.
5. El genoma RNA(+) de los retrovirus se convierte en DNA, que es integrado en la cromatina del huésped y transcrito como un gen celular.

227. ¿Cuál, entre los siguientes, es un virus persistente que puede permanecer en latencia y reactivarse?:

1. El virus de la hepatitis A.
2. El virus respiratorio sincitial.
3. El citomegalovirus.
4. El virus de la poliomiéltis.
5. El rotavirus.

228. Hombre de 20 años con clínica de infección urinaria. En el urocultivo se aísla una cepa con fenotipo sensible de *Proteus Mirabilis*. Señale el antimicrobiano MENOS apropiado para tratar esta infección:

1. Trimetoprim-sulfametoxazol.
2. Cefuroxima.
3. Ciprofloxacino.

4. Amoxicilina/ácido clavulánico.
5. Nitrofurantoina.
- 229. La defensa frente a *Mycobacterium Tuberculosis* depende esencialmente y en último extremo de:**
1. Los anticuerpos de la clase Ig G.
 2. El interferón alfa.
 3. Los leucocitos polinucleares basófilos.
 4. Los macrófagos activados por el interferón gamma.
 5. Los leucocitos polimorfonucleares eosinófilos.
- 230. Uno de los siguientes microorganismos NO tiene su hábitat natural en la boca ni en la nasofaringe. Señálelo:**
1. *Streptococo* del grupo "Viridans".
 2. *Haemophilus Influenzae*.
 3. *Moraxella Catarrhalis*.
 4. *Bacteroides*.
 5. *Escherichia Coli*
- 231. ¿Cuál es el gen diana más frecuentemente alterado en neoplasias humanas?:**
1. p53 (TP53).
 2. p16 (INK4a).
 3. Retinoblastoma.
 4. K-Ras.
 5. c-MYC.
- 232. El término diferenciación aplicado al tejido neoplásico define:**
1. El grado de similitud de las células neoplásicas desde el punto de vista morfológico y funcional con las células normales de las que derivan.
 2. La aparición dentro de un tumor de elementos neoplásicos que no están presentes en el órgano o en el tejido en el cual se originan.
 3. La presencia de un grado extremo de anaplasia.
 4. La presencia de áreas tumorales de morfología diferente en campos adyacentes del tumor (por ejemplo adenocarcinoma y carcinoma epidermoide).
 5. La variación de la morfología tumoral en la recurrencia de la enfermedad.
- 233. Los pacientes que desarrollan rechazo crónico del injerto tras trasplante renal, hepático o cardíaco, presentan como lesión común a todos ellos:**
1. Infiltración inflamatoria intersticial de carácter mixto.
 2. Necrosis fibrinoide de la pared vascular.
 3. Proliferación fibrosa endointimal arterial estenosante.
4. Angiogénesis difusa del injerto.
5. Infecciones frecuentes y de repetición del injerto por gérmenes piógenos.
- 234. La malignización de un pólipo del aparato digestivo viene determinada por la invasión de las células cancerosas en la:**
1. Serosa.
 2. Mucosa.
 3. Muscular.
 4. Base del pedículo.
 5. Muscular de la mucosa.
- 235. ¿Cuál de los siguientes procesos linfoproliferativos corresponde a un linfoma de linfocitos T?:**
1. Linfoma folicular.
 2. Linfoma de células del manto.
 3. Micosis fungoides.
 4. Linfoma linfoplasmocitario.
 5. Plasmocitoma.
- 236. Junto con las fibras motoras que configuran el nervio Motor Ocular Común, se encuentran fibras del Sistema Nervioso Autónomo de naturaleza parasimpática. ¿En qué ganglio terminan las fibras pre-ganglionares parasimpáticas?:**
1. Ótico.
 2. Pterigo-palatino.
 3. De Gasser.
 4. Ciliar.
 5. Submandibular.
- 237. En la articulación escápulo-humeral, el llamado manguito de los rotadores está formado por cuatro músculos. De las secuencias citadas ¿cuál es la verdadera?:**
1. Supraespinoso; Cabeza corta del Biceps braquial; Infraespinoso; Deltoides.
 2. Supraespinoso; Infraespinoso; Redondo menor; Subescapular.
 3. Deltoides; Supraespinoso; Córaco-braquial; Subescapular.
 4. Infraespinoso; Cabeza larga del Biceps braquial; Deltoides; Subescapular.
 5. Subescapular; Supraespinoso; Redondo mayor; Redondo menor.
- 238. El conducto biliar deriva del:**
1. Ectodermo.
 2. Endodermo.
 3. Mesodermo.
 4. Mesénquima.
 5. Mesotelio.
- 239. En la anatomía de la primera vértebra cervical, uno de los siguientes componentes NO entra en**

su constitución:

1. Cuerpo.
2. Tubérculo anterior.
3. Arco posterior.
4. Tubérculo posterior.
5. Masas laterales.

240. Uno de los siguientes NO es un derivado de la cresta neural:

1. Neuronas de Purkinje del cerebelo.
2. Neuronas de los ganglios raquídeos (DRG).
3. Melanocitos de la piel.
4. La médula adrenal.
5. Células secretoras de calcitonina.

241. La inmunogenicidad de las vacunas con antígenos polisacáridos puede incrementarse conjugándose con:

1. Lipopolisacáridos.
2. DNA.
3. RNA.
4. Ácidos grasos.
5. Proteínas.

242. Los parásitos, protozoos y helmintos, provocan una notable variedad de respuestas inmunes. Señale la respuesta FALSA:

1. Las infecciones helmínticas generan títulos de IgE superiores a los inducidos por otros agentes infecciosos.
2. De forma específica los helmintos estimulan los linfocitos T CD4+ facilitadores, que producen IL-4 e IL-5.
3. Los protozoos intracelulares activan con frecuencia células B.
4. Ciertos parásitos como *Schistosoma Mansonii* producen huevos capaces de inducir la formación de granulomas en el hígado y otros órganos.
5. El tapizado de los helmintos por anticuerpos IgE específicos, seguido por la adherencia de los eosinófilos por las regiones Fc, conduce a citotoxicidad celular dependiente de anticuerpos por eosinófilos.

243. ¿Cuál de las siguientes respuestas es FALSA en relación a los receptores para el antígeno?:

1. Los receptores de los linfocitos T reconocen fragmentos de antígenos presentados por moléculas de inmunoglobulinas.
2. Los receptores de los linfocitos B reconocen antígenos en su forma nativa.
3. Los receptores de los linfocitos T tienen dos cadenas variables.
4. Los receptores de los linfocitos B tienen cadenas variables que constituyen inmunoglobulinas.
5. Los receptores de los linfocitos tanto B como

los de los T tienen dos regiones, una constante y una variable.

244. Todas las aseveraciones siguientes sobre las moléculas de histocompatibilidad (moléculas HLA) son ciertas MENOS una. Señálela:

1. Son polimórficas.
2. Las moléculas de clase I presentan péptidos a los linfocitos T CD4+ y las de clase II a los linfocitos T CD8+.
3. Constan de dos cadenas polipeptídicas.
4. Su misión es la presentación de péptidos a los que se unen en el interior de las células.
5. Su expresión es codominante.

245. ¿Existe una predisposición genética a la artritis reumatoide?:

1. Si, es una enfermedad autosómica dominante.
2. Si, es una enfermedad autosómica recesiva.
3. Si, es una enfermedad ligada al cromosoma X.
4. Si, es una enfermedad poligénica.
5. Si, es una enfermedad asociada a unos pocos grupos HLA.

246. ¿Cuál es la base genética molecular de la mayoría de síndromes de cáncer familiar?:

1. Mutación dominante en línea germinal de un proto-oncogen.
2. Mutación no dominante en línea germinal de un proto-oncogen y mutación dominante somática del segundo alelo.
3. Mutación en línea germinal de un alelo de un gen supresor de tumores e inactivación somática del segundo alelo.
4. Mutación en línea germinal de los dos alelos de un gen supresor de tumores.
5. Herencia de tipo poligénica.

247. En relación con el metabolismo del hierro, señale la afirmación correcta:

1. La absorción de hierro tiene lugar en el íleon.
2. La asimilación de hierro mejora con una dieta vegetariana.
3. La mayor parte del hierro sérico se localiza en la ferritina.
4. La absorción de hierro medicamentoso empeora con los alimentos.
5. En condiciones normales la absorción del hierro contenido en la dieta es del 20%.

248. ¿Cuál es la consecuencia del aumento de la frecuencia de descarga de los barorreceptores del seno carotídeo?:

1. Activación del centro vasoconstrictor del bulbo.
2. Inhibición del centro parasimpático vagal.
3. Vasoconstricción arteriolar.
4. Vasoconstricción venosa.

5. Disminución de la frecuencia cardiaca.

249. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones con respecto a la contracción del músculo liso y del músculo esquelético es cierta?:

1. El músculo liso no tiene filamentos de actina y miosina.
2. Al contraerse las células del músculo liso se acortan menos que las del músculo esquelético.
3. El ciclo de unión y liberación de la miosina a la actina es de menor duración en el músculo liso que en el esquelético.
4. Para mantener la misma tensión de contracción, el músculo liso requiere menos energía que el músculo esquelético.
5. La duración de la contracción es menor en el músculo liso que en el músculo esquelético.

250. ¿Cuál de los siguientes fenómenos es el responsable de la fase 0 (fase rápida) de despolarización de un miocardiocito ventricular?:

1. Aumento de conductancia para el sodio (gNa).
2. Aumento de conductancia para el potasio (gK).
3. Aumento de conductancia para el cloruro (gCl).
4. Aumento de conductancia para el calcio (gCa).
5. Aumento de conductancia para el potasio (gK) dependiente de Calcio.

251. En relación con las metástasis hepáticas procedentes de carcinoma colo-rectal, señale, de las siguientes afirmaciones, cuál es la más correcta:

1. La cirugía está contraindicada cuando se aprecia más de 1 lesión metastásica.
2. La afectación microscópica del margen de resección no influye en el pronóstico siempre que se realice quimioterapia postoperatoria.
3. La supervivencia a los 5 años después de un tratamiento quirúrgico radical es del 30-50%.
4. Se ha demostrado que la crioterapia consigue resultados mejores a los de la resección.
5. La presencia de determinadas mutaciones genéticas en las células tumorales permite, en la actualidad, seleccionar a los pacientes que más se pueden beneficiar de la cirugía.

252. Un hombre de 47 años, fumador de 50 paq/año, carterero en activo, obeso (IMC 31 Kg/m²), diabético desde hace 10 años, controlado con insulina, hipertenso (toma nifedipino 30mg/día), con insuficiencia renal crónica (creatinina habitual 2 mg/dl) y con hipercolesterolemia (240 mg/dl) acude al médico de cabecera por disnea desde hace una semana que le obliga a pararse cuando camina en llano (previamente lo hacía sin dificultad); no ha tenido fiebre ni dolor toráci-

co. Cree que está algo acatarrado, pues por las noches tose si expectorar. La tensión arterial es 150/90. No tiene edemas. Tiene algunos roncus dispersos, crepitantes en bases y se oye un posible tercer tono, aunque está algo taquicárdico (108 lpm) para valorar bien este dato. Los análisis son normales salvo la creatinina de 2,5 mg/dl. Una radiografía de tórax muestra afectación alveolointersticial bilateral basal, sin cardiomegalia. ¿Cuál sería la aproximación diagnóstica más correcta en este momento?:

1. Una espirometría demostrará casi con seguridad un patrón obstructivo, por lo que se debe comenzar tratamiento broncodilatador.
2. La fibrosis pulmonar idiopática requiere una biopsia pulmonar para su diagnóstico. Se le debe recomendar una broncoscopia o biopsia transbronquial.
3. Una ergometría ambulante sería recomendable para descartar una isquemia silente, muy frecuente en diabéticos, pero no es preciso si el electrocardiograma basal no muestra ondas Q ni alteraciones de la repolarización.
4. Está indicado el ingreso y descartar lo antes posible una cardiopatía isquémica, iniciar tratamiento diurético parenteral y vasodilatador (inhibidores de la angiotensina convertasa), posiblemente añadir un betabloqueante y controlar los factores de riesgo cardiovascular.
5. Si en un ecocardiograma la fracción de eyección es normal, se descartaría razonablemente la insuficiencia cardiaca y se deberían buscar otras causas de su problema (por ejemplo enfermedad pulmonar obstructiva crónica agudizada).

253. Una mujer de 36 años presenta desde hace 2 meses parestesias en la mano derecha de predominio nocturno sobre todo en la mitad radial de la palma de la mano, tres primeros dedos y mitad radial del cuarto dedo. La intensidad ha ido en aumento apareciendo dolor irradiado hacia el antebrazo que incluso llega a despertarla. ¿Qué estudio y con qué finalidad considera que debe realizarse?:

1. Una Resonancia Magnética Cervical para diagnosticar una hernia discal C5-C6.
2. Un estudio Doppler del miembro superior derecho para diagnosticar una estenosis de la arteria radial.
3. Un electromiograma y velocidades de conducción para diagnosticar un síndrome del túnel del carpo derecha.
4. Una Resonancia Magnética del Cráneo para diagnosticar una Esclerosis Múltiple.
5. Una radiografía de muñeca derecha para excluir posibles fracturas.

254. En relación al déficit aislado de inmuglobulina A, señale la respuesta correcta:

1. Debe ser tratada con inmunoglobulinas durante los episodios de infección respiratoria.
2. Favorece la aparición de púrpura de Schönlein-Henoch.
3. Puede provocar reacciones postransfusionales.
4. Disminuye la incidencia de enfermedades autoinmunes.
5. Es la inmunodeficiencia primaria más infrecuente.

255. ¿Qué entenderemos por "riñón de mieloma"?:

1. Cualquier fracaso renal en un paciente portador de un mieloma.
2. La infiltración renal por el mieloma.
3. La precipitación de cadenas ligeras en los túbulos renales.
4. El depósito de proteínas de Bence-Jones en el glomérulo.
5. El fracaso renal causado por la hipercalcemia del mieloma.

256. En un hemograma rutinario de un paciente no fumador de 65 años, se obtienen los siguientes parámetros: concentración de hemoglobina 19 g/dl, valor hematocrito 55%. La masa eritrocitaria medida por dilución de hematies marcados con Cr⁵¹ y los niveles de eritropoyetina sérica están elevados. La saturación arterial de oxígeno es del 95%. ¿Cuál, entre los siguientes, es el diagnóstico más probable?:

1. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
2. Policitemia vera.
3. Policitemia espúrea.
4. Carcinoma renal.
5. Carboxihemoglobinemia.

257. Los ensayos clínicos pragmáticos se reconocen por una de las siguientes características:

1. El efecto del tratamiento se evalúa en las condiciones más experimentales posibles.
2. Los pacientes que se incluyen en estos ensayos clínicos son muy homogéneos.
3. Las pautas de tratamiento son fijas para todos los sujetos.
4. En estos ensayos se intenta que los sujetos que se incluyen sean muy parecidos a los pacientes que se ven en la práctica clínica.
5. El enmascaramiento de las diferentes opciones terapéuticas juega un papel fundamental en la evaluación de la eficacia de los tratamientos.

258. El tratamiento empírico de la meningitis purulenta a germen desconocido en una persona anciana (>75 años de edad), es:

1. Penicilina 2x10⁶ UU/4h i.v.
2. Ceftriaxona 6g/24h./i.v.
3. Cefotaxima 2g/4h/i.v. + Vancomicina

1g/12h/i.v.

4. Ceftriaxona 2g i.v./24h + Ampicilina 2g/4h/i.v.
5. Vancomicina 1g/12h/i.v. + Penicilina 2x10⁶ UU/4h/i.v.

259. Si hacemos fijar la vista en un punto a un paciente con vértigo y nistagmo de origen periférico, observaremos que el nistagmo:

1. No se modifica.
2. Disminuye o desaparece.
3. Aumenta.
4. Cambia de dirección.
5. Es de dirección vertical.

260. El marcador morfológico de la progresión de una hepatitis crónica es:

1. La hepatitis de la interfase.
2. La esteatosis.
3. La densidad del infiltrado inflamatorio portal.
4. La necrosis lobulillar.
5. La destrucción ductal.