



PRUEBAS SELECTIVAS 2005

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** y que están **prohibidos** el uso de **calculadoras** (excepto en Radiofísicos) y la utilización de **teléfonos móviles**.
7. Podrá retirar su Cuaderno de Examen una vez finalizado el ejercicio y hayan sido recogidas las "Hojas de Respuesta" por la Mesa.

1. **Un paciente de 42 años de edad consulta por molestias faríngeas y cierta afonía de dos meses de evolución. No es fumador ni tiene una profesión en que deba forzar la voz. Una exploración laríngea revela un ligero edema de las cuerdas vocales y un ligero eritema de la región interaritenoides. Interrogado el paciente no refiere pirosis ni regurgitación ácida. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?:**
 1. La presencia de mínimas lesiones laríngeas indican que muy probablemente el paciente tenga también lesiones de esofagitis y por tanto hay que indicar una endoscopia digestiva alta.
 2. En ausencia de síntomas de broncoaspiración (tos y sibilancias), las molestias laríngeas no pueden ser atribuidas a enfermedad por reflujo gastroesofágico.
 3. La ausencia de síntomas de reflujo (pirosis y regurgitación) no descarta la enfermedad por reflujo.
 4. Puede averiguarse si la causa de los síntomas es una enfermedad por reflujo gastroesofágico con una prueba corta administrando ranitidina 150 mg al día durante dos semanas. La ausencia de mejoría sintomática descarta el reflujo como causa de los síntomas laríngeos.
 5. Si un tránsito esófago-gástrico con bario muestra hernia hiatal, es altamente probable que los síntomas laríngeos sean debidos a reflujo gastroesofágico.

2. **Mujer de 52 años que consulta por presentar desde hace varios meses dificultad para tragar tanto líquidos como sólidos, así como regurgitaciones de comida sin digerir. En el proceso diagnóstico se realiza una manometría esofágica con los siguientes hallazgos: ausencia de peristaltismo en el cuerpo esofágico, hipertonia y relajación incompleta del esfínter esofágico inferior tras la deglución. ¿Cuál es el diagnóstico?:**
 1. Espasmo esofágico difuso.
 2. Acalasia.
 3. Peristalsis esofágica sintomática.
 4. Esofagitis por reflujo.
 5. Esclerodermia.

3. **Acude a la consulta del Centro de Salud un hombre de 69 años de edad, no fumador ni bebedor, que refiere molestia dispéptica desde hace 4 meses. Ha tomado por su cuenta unas pastillas de Omeprazol que tenía en casa, sin mejorar. Para perfilar mejor el cuadro clínico le realizamos 5 preguntas, que se refieren a continuación. ¿Cuál de ellas es la menos relevante para establecer la sospecha de enfermedad orgánica?:**
 1. ¿Ha perdido peso?.
 2. ¿Tiene sensación de saciarse con poca cantidad de alimento?.
 3. ¿Las molestias le despiertan por la noche?.
 4. ¿Tiene vómitos?.
 5. ¿Mejora con antiácidos?.

4. **Un paciente diagnosticado de enfermedad celíaca no mejora clínicamente tras 5 meses de haberse indicado una dieta carente de gluten. Los estudios analíticos muestran persistencia de títulos altos de anticuerpos antiendomiosio tipo IgA. ¿Cuál es la causa más probable de esa falta de respuesta a la dieta sin gluten?:**
 1. Que no sigue correctamente la dieta.
 2. Que no es una enfermedad celíaca lo que padece ese enfermo.
 3. Que se trata de un esprue colágeno.
 4. Que la enfermedad celíaca se asocia con una inmunodeficiencia común variable.
 5. Que ha desarrollado un linfoma.

5. **¿Cuál de los siguientes hallazgos indica con mayor precisión la gravedad de enfermedad hepática asociada a infección por virus de la hepatitis C?:**
 1. Genotipo de virus infectante.
 2. Concentración de RNA-VHC sérico
 3. Estudio histológico.
 4. Edad de inicio temprana.
 5. Niveles séricos de transaminasas.

6. **Un hombre de 32 años con el antecedente de una colitis ulcerosa de 3 meses de evolución, tratado con prednisona (40 mg/día) y mesalazina (4 g/día) acude al servicio de urgencias por empeoramiento de su estado general acompañado de un aumento en el número de las deposiciones (hasta 10 diarias, todas con sangre) y dolor abdominal cólico. Es ingresado instaurándose tratamiento con esteroides por vía intravenosa (1 mg/kg/día) y sueroterapia. A las 36 horas del ingreso se incrementa el dolor abdominal, aparece una distensión abdominal importante y ausencia de deposiciones. La exploración física muestra una temperatura corporal de 38,7° C; 124 latidos por minuto; abdomen distendido, doloroso y algo timpánico junto a signos de irritación peritoneal. En el hemograma la cifra de leucocitos alcanza 17.000/dl. Los estudios radiológicos realizados muestran un colon transversal dilatado de 8 cm sin existencia de aire libre peritoneal. El deterioro del paciente persiste tras 24 horas de observación. ¿Qué tratamiento le parece más adecuado?:**
 1. Infliximab.
 2. Colectomía subtotal de urgencia.
 3. Azatioprina.
 4. Ciclosporina por vía intravenosa.
 5. Salazopirina a dosis altas por vía oral.

7. **En un paciente con colitis ulcerosa de 12 años de evolución, las biopsias seriadas demostraron la presencia de displasia grave en las muestras del área sigmoidea. ¿Qué actitud recomendaría?:**
1. Resección del sigma.
 2. Colectomía total.
 3. Nueva toma de biopsias en 3 meses y resección de la lesión en caso de confirmarse.
 4. Ecoendoscopia para evaluar la invasión de la pared intestinal.
 5. Quimioterapia con 5-fluorouracilo y reevaluación en 6 meses.
8. **Paciente de 62 años, diagnosticado de cirrosis por el virus de la hepatitis C y sin antecedentes de de descompensación de su hepatopatía, en el que al efectuarse una fibrogastroscoopia se detectan varices esofágicas de gran tamaño. ¿Cuál es la actitud terapéutica que debería adoptarse?:**
1. Administrar somatostatina.
 2. Erradicar las varices con esclerosis endoscópica.
 3. Administrar nitratos de acción prolongada.
 4. Colocar una derivación portosistémica percutánea intrahepática.
 5. Administrar betabloqueantes no selectivos.
9. **Mujer de 32 años con antecedentes personales de consumo de drogas vía parenteral hasta hace 4 años, que en una analítica de control se objetiva serología positiva para el virus C de la hepatitis. Serologías para el virus B de la hepatitis y para el VIH negativas. Pareja estable en la actualidad. ¿Cuál de las siguientes medidas NO aconsejaríamos a ésta paciente?:**
1. Vacunación de la hepatitis A.
 2. La lactancia materna.
 3. No compartir objetos de aseo personal.
 4. Utilizar siempre métodos de barrera en las relaciones sexuales con su pareja.
 5. No donación de sangre.
10. **En el diagnóstico diferencial de la peritonitis bacteriana espontánea del cirrótico con respecto a la peritonitis secundaria. ¿cuál de los siguientes datos puede hacer sospechar una peritonitis secundaria?:**
1. Presencia de dolor abdominal a la palpación.
 2. Presencia de >250 neutrófilos por mm³ de líquido ascítico.
 3. Flora monomicrobiana en la tinción de Gram.
 4. Nivel de Glucosa en líquido ascítico menor que en plasma.
 5. Baja concentración de proteínas en líquido ascítico.
11. **Varón de 38 años de edad que en los últimos tres años ha presentado cifras moderadamente elevadas de transaminasas. Afirma beber una o dos cervezas los fines de semana. La exploración es normal, salvo peso 83 kg y talla 174 cm con Hb 14,5 g/dl, VCM 86 fl, resto de la hematimetría normal. ASAT 65 u.i, ALAT 87 u.i., triglicéridos 213 mg/dl, colesterol total 184 mg/dl, glucemia basal 114 mg/dl, ferritina 392 ng/ml. Bilirrubina, fosfatasa alcalina, cobre, ceruloplasmina, alfa-1-antitripsina, sideremia y CTF normales. Marcadores virales A, B y C y autoanticuerpos no organoespecíficos (ANA, AMA, ASMA, anti LKM) negativos. Señale la opción más razonable en este momento:**
1. El enfermo es homocigoto para la mutación C282Y del gen HFE.
 2. Es necesario iniciar tratamiento con estatinas.
 3. Es obligado realizar una biopsia hepática de inmediato.
 4. El diagnóstico más probable en este enfermo es hígado graso no alcohólico.
 5. El enfermo oculta que bebe alcohol en exceso de forma habitual.
12. **¿Cuál de las siguientes afirmaciones con relación al hemangioma hepático es cierta?:**
1. Afecta al 1% de la población.
 2. Se denomina gigante si sobrepasa los 10 cm de diámetro.
 3. No es una neoplasia sino una malformación vascular.
 4. Suelen ser sintomáticos.
 5. Cuando sobrepasan los 6 cm está indicada la cirugía exéretica aunque no produzcan sintomatología.
13. **Al leer el resultado de una ecografía abdominal, que usted ordenó por infecciones urinarias de repetición, comprueba que la mujer de 67 años que tiene sentada en su consulta tiene cálculos en la vesícula biliar, sin otros hallazgos significativos. La paciente niega haber presentado cólicos o ninguna otra complicación relacionada con la coledocistitis. Su única queja digestiva es la distensión abdominal postprandrial. ¿Cuál de las siguientes recomendaciones le daría usted?:**
1. La distensión postprandrial indica que debe ser sometida a una colecistectomía de urgencia.
 2. No está indicado el tratamiento quirúrgico porque se trata de una coledocistitis asintomática.
 3. Debe ser sometida a una colecistectomía abierta y no laparoscópica para prevenir un cáncer de vesícula.
 4. La colecistectomía profiláctica está indicada por tratarse de una mujer.
 5. Debe someterse a una esfinterotomía endoscópica para prevenir una coledocistitis.

- 14. La prueba de función pancreática de mayor sensibilidad para valorar el grado de insuficiencia pancreática exocrina es:**
1. Quimotripsina en las heces.
 2. Consumo de aminoácidos tras la inyección de secretina/pancreozimina.
 3. Comida de prueba de Lundh.
 4. Secretina-pancreozimina.
 5. Prueba de dilaurato de fluoresceína.
- 15. Una paciente de 42 años ingresó hace 6 días con un cuadro de pancreatitis aguda de origen biliar. La mala evolución obliga a determinar si presenta necrosis pancreática. ¿Qué prueba diagnóstica solicitaría?:**
1. Ecografía abdominal con contraste endovenoso.
 2. Colangio – Resonancia magnética.
 3. Radiografía simple de abdomen.
 4. Colangio pancreatografía retrograda endoscópica.
 5. Tomografía computarizada con contraste endovenoso.
- 16. Mujer de 75 años de edad, sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por dolor abdominal cólico difuso y vómitos alimentarios y biliosos. Se diagnostica cólico biliar y se pauta tratamiento espasmolítico, pero la paciente empeora clínicamente, apareciendo febrícula, distensión abdominal y disminución del peristaltismo. En la radiografía de abdomen se observa: asas de intestino delgado dilatadas con distribución en patrón “en escalera” y niveles hidroaéreos, pequeña imagen de densidad calcio en cuadrante inferior derecho y aire en la vía biliar. Su sospecha diagnóstica es:**
1. Ileo biliar.
 2. Colangitis.
 3. Colecistitis enfisematosa.
 4. Trombosis de la vena mesentérica.
 5. Apendicitis aguda.
- 17. La causa más frecuente de abdomen agudo por oclusión mecánica de intestino delgado es una de las siguientes:**
1. Plastrón apendicular.
 2. Hernia inguinal incarcerada.
 3. Hernia crural incarcerada.
 4. Adherencias o bridas de intestino delgado consecuencia de laparotomías previas.
 5. Neoplasia de colon derecho.
- 18. Paciente que acude a Urgencias por dolor abdominal localizado en fosa ilíaca izquierda. La historia clínica sugiere una diverticulitis. ¿Cuál de las siguientes exploraciones NO debe utilizarse para estadificar la gravedad de la enfermedad o evaluar la evolución de la misma?:**
1. Exploración física.
 2. Recuento de leucocitos.
 3. Ecografía abdominal.
 4. TAC con contraste.
 5. Colonoscopia.
- 19. Un paciente de 56 años acude a la consulta por dolor anal de comienzo súbito tras un episodio de estreñimiento. No tiene conductas sexuales de riesgo, no presenta fiebre y se queja de que cuando va a hacer deposición siente un dolor como “si le cortaran”. A la exploración, no se observan alteraciones externas pero al intentar hacer un tacto rectal existe un aumento del tono del esfínter y es imposible hacer progresar el dedo por las quejas del paciente. De entre los siguientes, el diagnóstico más probable y la opción terapéutica es:**
1. Trombosis de una hemorroide externa – incisión y drenaje del coágulo.
 2. Fisura anal aguda – tratamiento conservador con baños de asiento, analgésicos y fibra.
 3. Proctitis aguda – metronidazol.
 4. Proctalgia fugax – aminotriptilina.
 5. Tumor del canal anal – radioterapia.
- 20. En las oclusiones del colon izquierdo causadas por una neoplasia en el recto-sigma es cierto que:**
1. El dolor suele ser intenso y de tipo claramente cólico.
 2. Los vómitos suelen ser poco abundantes y tardíos.
 3. La distensión abdominal suele ser poco importante.
 4. El cierre intestinal completo es poco habitual.
 5. No resulta posible una oclusión de asa cerrada.
- 21. La literatura científica demuestra que el único beneficio de la profilaxis antibiótica en cirugía electiva de aparato digestivo es:**
1. Reducir el riesgo de peritonitis difusa postoperatoria.
 2. Prevenir la formación de abscesos intraabdominales.
 3. Reducir la tasa de infecciones postoperatorias de las heridas quirúrgicas.
 4. Prevenir las infecciones urinarias por enterobacterias.
 5. Reducir la tasa de dehiscencia de anastomosis en cirugía cólica.
- 22. Una paciente de 34 años de edad presenta un cuadro de cirrosis descompensada con ascitis y encefalopatía. Se detecta virus de la hepatitis C y un hepatocarcinoma de 3 cm en el lóbulo hepático derecho. ¿Cuál es el tratamiento de elección?:**

1. Resección del lóbulo hepático derecho.
 2. Resección limitada del tumor.
 3. Interferón.
 4. Trasplante hepático.
 5. Derivación post-sistémica.
- 23. Señale cuál de las siguientes afirmaciones en relación con la presión venosa central es FALSA:**
1. La vena más apropiada para realizar una estimación correcta de la presión venosa central es la yugular interna.
 2. Los pacientes con presión venosa central elevada deber ser examinados con el tronco en posición horizontal para observar mejor la onda de pulso venoso.
 3. Se considera que la presión venosa está elevada cuando la distancia vertical entre el ángulo esternal y la parte superior de la columna venosa oscilante es mayor de 3 cm.
 4. La causa más frecuente de presión venosa elevada es el aumento de presión diastólica del ventrículo derecho.
 5. En las fases precoces de la insuficiencia cardíaca puede ser útil la prueba del reflejo hepatoyugular para evidenciar un aumento de la presión venosa.
- 24. Un paciente de 65 años, diagnosticado de insuficiencia cardíaca de etiología isquémica, en estadio avanzado (grado funcional III de la NYAH), consulta por empeoramiento de su disnea. En el último año ha sufrido dos episodios de Edema Agudo de Pulmón y a raíz del último fue dado de alta con dieta pobre en sal, Inhibidores de la Enzima convertidora de la angiotensina (IECAs), furosemida, espironolactona y aspirina (150 mg/día). En el momento de la exploración el paciente no tiene disnea, está en ritmo sinusal, con una frecuencia cardíaca normal en reposo, tiene crepitantes en ambas bases y su tensión arterial es de 115/75. En la radiografía de tórax hay signos de hipertensión postcapilar, sin imágenes de condensación ni derrame pleural. ¿Cuál sería su recomendación terapéutica?:**
1. Iniciar tratamiento con antagonistas del calcio y nitritos orales.
 2. Sustituir la Aspirina por Clopidogrel.
 3. Hacer una broncoaspiración y cultivo del material aspirado.
 4. Añadir Digoxina oral.
 5. Iniciar tratamiento gradual con betabloqueantes.
- 25. ¿Cuál de los siguientes parámetros NO es de mal pronóstico en el paciente con insuficiencia cardíaca crónica?:**
1. Consumo máximo de oxígeno <10 mL/kg por minuto.
 2. Disfunción ventricular izquierda <25%.
 3. Hiponatremia.
 4. Valores de BNP (péptido natriurético tipo B) disminuidos (<100 pg/ml).
 5. Extrasistolia ventriculares frecuentes.
- 26. La etiología más frecuente de insuficiencia tricúspide orgánica es**
1. Infarto de miocardio.
 2. Carcinóide.
 3. Endocarditis.
 4. Prolapso.
 5. Congénita.
- 27. Se trata de un paciente de 78 años, ingresado en la Unidad Coronaria, en el tercer día de evolución de un infarto agudo de miocardio inferior que había cursado sin complicaciones. De forma súbita el paciente pierde la conciencia y presenta severa hipotensión y falta de pulso, con persistencia de complejos QRS en el monitor. En la exploración física aparecen cianosis e ingurgitación yugular. ¿Cuál sería su sospecha diagnóstica?:**
1. Shock hipovolémico agudo por hemorragia interna (seguramente gastrointestinal).
 2. Reinfarto de miocardio.
 3. Ruptura de músculo papilar de la válvula mitral.
 4. Ruptura del tabique interventricular.
 5. Ruptura de pared libre y taponamiento.
- 28. La actitud indicada en un síndrome coronario agudo con elevación de ST es:**
1. Monitorización electrocardiográfica.
 2. Seguimiento de marcadores de daño miocárdico.
 3. Test de esfuerzo.
 4. Scan de perfusión.
 5. Terapia de reperfusión.
- 29. Paciente de 22 años, fumador de ½ paquete al día y diagnosticado de soplo cardíaco en la adolescencia. Acude al hospital por dolor torácico y disnea. En la auscultación se detecta un soplo sistólico en mesocardio que aumenta con la maniobra de valsalva. En el ECG está en fibrilación auricular rápida, tiene signos de crecimiento ventricular izquierdo y ondas q en DI y aVL. La Rx de tórax demuestra la existencia de insuficiencia cardíaca y silueta normal. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:**
1. Estenosis aórtica congénita.
 2. Infarto lateral alto.
 3. Miocardiopatía dilatada.
 4. Angina inestable.
 5. Miocardiopatía hipertrófica obstructiva.

30. **El tratamiento con sulfato magnésico en el infarto agudo de miocardio se indica en situación de:**
1. Insuficiencia renal.
 2. Hiperpotasemia.
 3. Hipercalcemia.
 4. Taquicardia ventricular con QT alargado
 5. Bloqueo A-V.
31. **Un joven de 18 años acude a nuestra consulta por cifras elevadas de la presión arterial. Está asintomático desde el punto de vista cardiovascular. En la exploración física destaca un clic de eyección en mesocardio y foco aórtico, sin soplos y una marcada disminución de la amplitud del pulso en extremidades inferiores. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos es más probable?:**
1. Insuficiencia aórtica por válvula aórtica bicúspide.
 2. Estenosis valvular aórtica de grado moderado.
 3. Coartación de aorta.
 4. Miocardiopatía hipertrófica.
 5. Disección aórtica.
32. **¿Cuál es el antihipertensivo de elección en una mujer de 60 años, asmática, con crisis de gota, TA: 158 mmHg/90 mmHg, y estenosis de arteria renal sobre riñón único?:**
1. Diurético.
 2. Betabloqueante.
 3. Calcioantagonista.
 4. Inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina.
 5. Antagonista del receptor de la angiotensina.
33. **La disección aguda de la aorta torácica tipo B de Stanford se caracteriza por los siguientes hallazgos anatómicos:**
1. Disección que afecta la raíz de la aorta y la válvula aórtica, pero preservando el resto de la aorta ascendente.
 2. La disección solamente afecta el cayado o arco aórtico.
 3. Disección que afecta a toda la aorta ascendente.
 4. Disección de la aorta descendente distal a la arteria subclavia izquierda.
 5. Disección de toda la aorta torácica.
34. **Los pacientes en estado de choque presentan un marcado descenso de la presión arterial sistémica. Según la causa que motiva el estado de choque, la hipotensión arterial es debida a alteraciones en el gasto cardiaco y/o alteraciones en las resistencias vasculares sistémicas. Entre las siguientes, señale la respuesta correcta:**
1. En el choque de origen séptico, el gasto cardiaco y las resistencias vasculares se hallan incrementadas.
 2. En el choque hemorrágico, el gasto cardiaco está elevado y las resistencias vasculares se hallan incrementadas.
 3. En el choque de origen cardiaco, el gasto cardiaco está reducido y las resistencias vasculares se hallan incrementadas.
 4. En el choque causado por una crisis tireotóxica, el gasto cardiaco está reducido y las resistencias vasculares se hallan incrementadas.
 5. En el choque causado por una insuficiencia hepática, el gasto cardiaco está reducido y las resistencias vasculares se hallan incrementadas.
35. **Hombre de 50 años, infarto anterior extenso. En el ecocardiograma se aprecia depresión severa de la función ventricular, insuficiencia aórtica severa y no se aprecian alteraciones en aorta ascendente. Presenta hipotensión importante y cuadro compatible con edema agudo de pulmón, y ha presentado varias crisis de angor postinfarto durante el ingreso en la unidad coronaria. ¿Cuál de las siguientes actuaciones NO sería correcta?:**
1. Iniciar tratamiento con dopamina.
 2. Realizar cateterismo cardiaco urgente.
 3. Iniciar tratamiento con furosemida.
 4. Introducción de balón de contrapulsación aórtico.
 5. Introducción de catéter de termodilución para monitorización de gasto cardiaco y presiones endocavitarias.
36. **Un hombre de 50 años de edad acude al servicio de urgencias con dolor e hinchazón de la pierna derecha en los últimos dos días. Fuma 2 paquetes de cigarrillos al día y está algo obeso. Recuerda que se dio un golpe en la pierna contra una mesa 3 días antes y se hizo una herida. La temperatura es 38°C y la pierna derecha está visiblemente hinchada hasta la ingle con moderado eritema. Los pulsos son normales y el signo de Homans es negativo. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?:**
1. La ausencia de un cordón palpable y un signo de Homans negativo hacen el diagnóstico de trombosis venosa profunda poco probable.
 2. La fiebre y eritema hacen el diagnóstico de trombosis venosa profunda muy improbable.
 3. El paciente debe comenzar con anticoagulación con heparina inmediatamente.
 4. Dado que no hay evidencia de tromboembolismo pulmonar, el paciente puede comenzar con anticoagulación oral (acenocumarol) sola.
 5. Debe realizarse una flebografía intravenosa en 24 horas.
37. **Paciente varón de 29 años, jugador activo de baloncesto. A la exploración física destaca *pectus excavatum* y *aranodactilia*. Su padre falleció**

por muerte súbita a la edad de 47 años. En un estudio ecocardiográfico se detecta insuficiencia aórtica severa con diámetro telediastólico del VI de 75 mm y una fracción de eyección de 0.40. La aorta ascendente tiene un diámetro de 5 cm. ¿Qué actitud recomendaría en dicho paciente?:

1. Recambio valvular aórtico aislado en ese momento.
2. Tratamiento médico con calcioantagonistas hasta que aparezcan los síntomas.
3. Tratamiento médico con betabloqueantes hasta que aparezcan los síntomas.
4. Control ecocardiográfico anual hasta que aparezcan los síntomas.
5. Recambio de la válvula aórtica y la aorta ascendente con tubo valvulado (Operación de Bentall).

38. La cianosis central sólo se debe a:

1. Aumento del volumen minuto cardíaco.
2. Aumento de la masa eritrocitaria.
3. Aumento del valor hematocrito.
4. Aumento de la hemoglobina reducida.
5. Aumento de la carboxihemoglobina.

39. Un día en que la presión atmosférica es de 705 mmHg, un paciente de 40 años se presenta en la sala de urgencias con una presión arterial de oxígeno de 37 mmHg, una presión de anhídrido carbónico de 82 mmHg y un pH de 7.22. Calculamos la presión alveolar de oxígeno, que resulta ser 39 mmHg. Entre las causas de insuficiencia respiratoria mencionadas más abajo ¿cuál será la más probable? :

1. Una embolia de pulmón.
2. Es una insuficiencia respiratoria crónica reagudizada en un paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).
3. Tiene una crisis asmática grave.
4. Una neumonía extensa.
5. Una sobredosis de morfina.

40. Un paciente de 58 años de edad, no fumador, con disnea y tos, es enviado al neumólogo. La historia clínica revela catarros invernales prolongados, con tos y expectoración, desde hace 10 años. La situación funcional ha sido muy buena hasta hace unos seis meses. En este período ha aparecido disnea progresiva, que en la actualidad es de pequeños esfuerzos. La tos es improductiva. En la exploración se aprecian cianosis central, acropaquias, disminución de la movilidad respiratoria, sibilancias espiratorias y prolongación del tiempo espiratorio. En la misma consulta se realiza una espirometría que muestra los siguientes resultados: Capacidad vital 40% del valor teórico, volumen espiratorio máximo en 1 segundo (FEV1) 70% del valor teórico, el FEV 25-75 es 66% del teórico. ¿Cuál,

entre las que se enumeran a continuación es la siguiente prueba a realizar que mejor podría aclarar la alteración funcional encontrada?:

1. Radiografía de tórax, PA y lateral.
2. Citología de esputo.
3. Medición de volúmenes pulmonares por ple-tismografía.
4. Espirometría con broncodilatadores.
5. Hemograma, bioquímica sérica, estudio inmunológico.

41. Enfermo diagnosticado de asma que no está recibiendo tratamiento. En la historia clínica refiere episodios de disnea sibilante en 4 ocasiones en el curso de una semana, ocasionalmente se despierta por la noche con síntomas de asma y tiene un FEV1 que es el 80% del teórico. ¿Cómo debería ser tratado inicialmente este enfermo?:

1. Una dosis baja-moderada de corticoides inhalados más un beta-antagonista.
2. Deber evitar alérgenos y utilizar un corticoide inhalado a demanda.
3. Un beta agonista solo.
4. Una combinación de teofilinas con corticoides inhalados y beta agonistas.
5. Un ciclo inicial de corticoides orales combinado con beta agonistas.

42. Un paciente de 68 años con EPOC fue dado de alta en el hospital en tratamiento con oxígeno domiciliario. Dos meses más tarde acude a consulta refiriendo disnea de medianos esfuerzos. Ha dejado de fumar y sigue tratamiento correctamente con broncodilatadores inhalados. Presenta saturación de oxígeno de 85% respirando aire ambiente y hematocrito de 49%. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a la oxigenoterapia domiciliaria es correcta?:

1. Debe interrumpirse por tener hematocrito normal.
2. Debe continuar, pero no más de 12 horas al día.
3. Debe administrarse mediante gafas nasales con flujo del, al menos, 10 litros/minuto.
4. Debe mantenerse a largo plazo, pues se ha demostrado que alarga la supervivencia en pacientes como éste.
5. Debe mantenerse mientras el paciente permanezca sintomático.

43. Un paciente de 30 años habitante de un pueblo de Cantabria, no fumador, que trabaja por las mañanas en una cantera de granito y por las tardes ayuda en su casa al cuidado del ganado vacuno, acude al médico por disnea de esfuerzo y un patrón intersticial. La TAC torácica confirma el patrón intersticial y además objetiva imágenes de vidrio esmerilado de tipo mosaico. El diagnóstico más probable es de:

1. Neumonitis por hipersensibilidad.
 2. Proteinosis alveolar.
 3. Sacoidosis.
 4. Silicosis.
 5. Silicatosis.
- 44. En el síndrome de apnea del sueño hay hipoxia, hipercapnia y acidosis y puede asociarse con las siguientes alteraciones EXCEPTO:**
1. Hipertensión arterial.
 2. Hipertensión pulmonar.
 3. Hipoventilación alveolar.
 4. Bradicardia.
 5. Aumento de las fases de ondas lentas del sueño profundo.
- 45. Un paciente de 60 años de edad acude a la consulta por habersele descubierto un patrón de tipo intersticial en la radiografía de tórax. Refiere ser fumador de 40 paquetes/año y haber trabajado como montador de tuberías. En la tomografía axial computerizada se observa el mencionado patrón y un engrosamiento pleural. El diagnóstico en que pensará es:**
1. Fibrosis pulmonar.
 2. Neumoconiosis.
 3. Bronquiolitis respiratoria.
 4. Asbestosis.
 5. Silicosis.
- 46. Una mujer de 55 años, fumadora durante años, consulta por síntomas derivados de un síndrome de vena cava superior. En la Rx de tórax hay marcado ensanchamiento mediastínico. ¿Cuál es la patología más frecuente?:**
1. Carcinoma microcítico pulmonar.
 2. Carcinoma químico.
 3. Enfermedad de Hodgkin.
 4. Linfoma folicular.
 5. Carcinoma tiroideo anaplásico.
- 47. Hombre de 65 años de edad que presenta de forma aguda disnea, dolor torácico pleurítico derecho y hemoptisis moderada. Una gammagrafía pulmonar de ventilación-perfusión se interpreta como de alta probabilidad de embolismo pulmonar. Una radiografía de tórax muestra un derrame pleural derecho que ocupa menos de un tercio del hemotórax derecho. La toracocentesis demuestra que se trata de un derrame sero-hemorrágico. ¿Cuál de los siguientes sería el tratamiento correcto para este paciente?:**
1. Colocar un tubo de drenaje torácico e iniciar anticoagulación.
 2. Iniciar anticoagulación con heparina sódica y colocar un filtro de vena cava inferior.
 3. Tratar con heparina sódica en bomba de infusión a dosis plenas.
 4. Evitar la anticoagulación y colocar un filtro en vena cava inferior.
 5. Realizar una arteriografía y después iniciar anticoagulación.
- 48. Las radiografías de tórax de un paciente de 62 años de edad, con dolor torácico de algunas semanas de evolución, demuestran una lesión focal, bien definida, periférica, de contorno nítido, convexa hacia el pulmón, con diámetro cráneo-caudal mayor que el transversal, con ángulos obtusos con respecto a la pared torácica y que se acompaña de una lesión osteolítica costal. ¿Cuál, entre los siguientes, es el diagnóstico más probable?:**
1. Mesotelioma pleural.
 2. Derrame pleural encapsulado.
 3. Carcinoma de pulmón.
 4. Tumor fibroso pleural.
 5. Plasmocitoma.
- 49. Un paciente con un carcinoma broncogénico en lóbulo inferior izquierdo es sometido a una mediastinoscopia de estadificación en donde se confirma mediante estudio anatomopatológico una adenopatía positiva en región paratraqueal baja derecha (4R). Según la clasificación TNM ¿qué implica este hallazgo en la estadificación?:**
1. T4
 2. N1.
 3. N2.
 4. N3.
 5. M1.
- 50. Mujer de 64 años ingresada por neumonía en lóbulo inferior derecho, en tratamiento con antibiótico empírico. Presenta una evolución tórpida los días posteriores al ingreso con persistencia de la fiebre, disnea y dolor de características pleuríticas en hemitórax derecho. La radiografía de tórax presenta veladura de la mitad inferior del hemitórax derecho compatible con derrame pleural. Se realiza toracocentesis diagnóstica obteniéndose un líquido claro de aspecto seroso, con un pH 6,95, LDH 200, glucosa 30 y e Gram del líquido es negativo. ¿Cuál de las siguientes sería la actitud correcta a seguir en este momento?:**
1. Mantener el mismo tratamiento antibiótico y nueva toracocentesis diagnóstica en 24 horas.
 2. Cambiar el tratamiento antibiótico empíricamente a la espera de los cultivos del líquido pleural.
 3. Colocación de un tubo de drenaje pleural.
 4. Solicitar una broncoscopia urgente para toma de muestras y cultivo microbiológico de las mismas.
 5. Las características del líquido son compatibles con un trasudado por lo que debería iniciarse

tratamiento con diuréticos ante la sospecha de una insuficiencia cardiaca.

51. En el neumotórax espontáneo primario, ¿cuál de las siguientes afirmaciones NO es cierta?:

1. La causa más importante es la rotura de "blebs" subpleural.
2. Entre 1/3 y la mitad de los pacientes presentan recurrencia de la enfermedad.
3. Se da con más frecuencia en pacientes fumadores.
4. El tratamiento depende del volumen del neumotórax, que sea primer episodio o haya tenido con anterioridad más, y en algunos casos de la profesión del paciente.
5. Se da con más frecuencia en pacientes mayores de 50 años con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

52. Mujer de 25 años que acude al Centro de Salud muy alarmada porque al mirarse en el espejo se ha visto la boca torcida. Ese mismo día durante la comida ha notado que los líquidos le resbalaban por la comisura labial. De entre las siguientes, señale la respuesta correcta:

1. El comienzo súbito nos orienta a una parálisis facial distinta a la de Bell.
2. La ausencia o disminución del reflejo palpebral es un dato diagnóstico muy específico para diferenciar las parálisis de origen periférico de las de origen central.
3. La parálisis facial periférica idiopática no es frecuente que se acompañe de ageusia y de hiperacusia.
4. La presencia de otros síntomas, como disfagia o diplopía, es compatible con el diagnóstico de parálisis facial periférica idiopática.
5. En éste, como en todos los casos de parálisis facial, está indicada la realización de un EMG.

53. En la enfermedad oclusiva del Sistema Arterial Vértebro-Basilar ¿cuál de los siguientes signos NO es característico?:

1. Meningismo.
2. Debilidad de miembros.
3. Ataxia de la marcha.
4. Parálisis oculomotora.
5. Disfunción orofaríngea.

54. Un paciente de 62 años presenta de forma brusca una hemihipoestesia termo-algésica del hemicuerpo derecho, así como hipoestesia de la hemicara izquierda, hemiataxia izquierda y debilidad de los músculos de la masticación. ¿Dónde localizaríamos la lesión?:

1. Mesencéfalo lateral derecho.
2. Mesencéfalo medial izquierdo.
3. Protuberancia lateral izquierda.
4. Protuberancia medial derecha.

5. Bulbo medial derecho.

55. Hombre de 32 años que hace 2 años fue diagnosticado de esclerosis múltiple. Acude urgente porque desde hace 4 días presenta paraparesia severa y progresiva que le dificulta el caminar. ¿Qué actitud terapéutica adoptaría en ese momento?:

1. Inmunoglobulinas intravenosas.
2. Pulsos intravenosos de 1 gramo de Metilprednisolona.
3. Plasmaféresis.
4. Rehabilitación motora intensa.
5. Copolímero I.

56. Mujer de 24 años diagnosticada de esclerosis múltiple hace 2 años, después de sufrir un brote inicial de neuritis óptica retrobulbar. Señale cuál es el síntoma o el signo que NO esperaría encontrar en la paciente:

1. Disartria.
2. Incontinencia urinaria.
3. Fatiga crónica.
4. Afasia.
5. Importante sensibilidad anómala al calor.

57. Hombre de 70 años que consulta por un trastorno de la marcha y un deterioro cognitivo subagudo. Nos indican que el diagnóstico de presunción del paciente es hidrocefalia a presión normal. En este caso, ¿cuál de los siguientes datos NO esperaría encontrar?:

1. Una hidrocefalia comunicante con acueducto de Silvio permeable en la resonancia cerebral.
2. Un trastorno de la marcha tipo apráxico.
3. Un LCR con leve elevación de la presión de apertura y con un aumento de células y proteínas.
4. La realización de una punción lumbar evacuadora (30 ml de LCR) puede mejorar la marcha del paciente.
5. Ausencia de signos de atrofia cortical cerebral.

58. Debe dudar de un diagnóstico de enfermedad de Parkinson si en la exploración se encuentra:

1. Temblor de reposo.
2. Temblor postural.
3. Parpadeo aumentado.
4. Micrografía.
5. Reflejos de estiramiento muscular hiperactivos.

59. Un hombre de 77 años es traído a la consulta por su esposa para evaluación. Ella refiere que durante los últimos seis meses su marido ha experimentado fuertes alucinaciones visuales y auditivas e ideas delirantes paranoides. Asimismo, durante el último año los déficit cogni-

tios progresivos se han vuelto cada vez más evidentes para ella y para otros miembros de la familia. Estos déficit, todavía en una fase leve, implican la memoria, las habilidades matemáticas, la orientación y la capacidad de aprender nuevas habilidades. Aunque se han observado importantes fluctuaciones en la capacidad cognitiva día a día o semana a semana, es aparente un curso de declive definido. El paciente no ha estado tomando ningún medicamento. El examen físico revela un temblor en reposo de la extremidad superior derecha y una leve rigidez en rueda dentada. La marcha del paciente se caracteriza por pasos cortos que los arrastra y una disminución del balanceo de los brazos. ¿Qué síndrome clínico es más compatible con los síntomas de este hombre?:

1. Enfermedad de Parkinson.
2. Demencia de Creutzfeldt-Jacob.
3. Demencia con cuerpos de Lewy.
4. Demencia vascular.
5. Demencia del lóbulo frontal.

60. Un hombre de 30 años acude a su consulta por presentar debilidad muscular y diplopia fluctuantes, de un mes de evolución, que usted objetiva con la exploración física. ¿Cuál de las siguientes pruebas NO le parecería oportuno solicitar?:

1. Electromiografía de fibra muscular aislada.
2. Electromiografía con estimulación repetitiva.
3. Estudio de función autonómica.
4. Determinación de anticuerpos anti-receptor de acetilcolina.
5. TAC torácico.

61. Un episodio caracterizado por sensación epigástrica que asciende hacia el tórax, seguido por dificultad para conectar con el entorno, movimientos de masticación, distonía de una mano y falta de respuesta, de un minuto de duración, con amnesia postcrítica, es una crisis:

1. Parcial simple.
2. Parcial secundariamente generalizada.
3. Parcial compleja.
4. Ausencia típica.
5. Ausencia atípica.

62. Un paciente de 62 años presenta una historia de cervicalgia irradiada a hombros. Desde hace 1 año presenta dificultad progresiva para caminar añadiéndose dolor en brazo derecho. A la exploración presenta un reflejo bicipital abolido y unos reflejos osteotendinosos policinéticos en piernas.

1. Creo que tiene un tumor medular y le solicitaría una RNM cervical.
2. Creo que tiene hernia discal con espondilosis y le solicitaría RNM cervical.

3. Probablemente tiene una siringomielia y le solicitaría una RNM.
4. Creo que tiene espondilosis cervical y le solicitaría un TAC de columna cervical.
5. Creo que un estudio radiológico simple de columna cervical y un tratamiento con AINES es lo adecuado.

63. Mujer de 34 años diagnosticada de migraña sin aura que consulta por episodios de sus cefaleas habituales en número de 4-5 al mes. ¿Cuál de estos tratamientos NO estaría indicado?:

1. Tomar triptantes durante todos los ataques.
2. Utilizar dosis bajas diarias de ergotamina.
3. Administrar como profilaxis propranolol.
4. Tratar todos los ataques agudos con naproxeno.
5. Utilizar como profilaxis flunaricina.

64. Un paciente de 73 años sufrió un accidente de tráfico con traumatismo craneal del que se recuperó. A los tres meses inicia de forma progresiva alteración de funciones superiores, incontinencia urinaria ocasional y su caminar es torpe. Probablemente presenta:

1. Hematoma intraparenquimatoso cerebral tardío.
2. Hemorragia subaracnoidea.
3. Hidrocefalia arreatasortiva.
4. Atrofia cerebral postraumática.
5. Tumor cerebral.

65. Una de las siguientes afirmaciones NO es correcta con respecto al cáncer diferenciado de tiroides:

1. El carcinoma papilar es un tumor derivado del epitelio folicular generalmente encapsulado, y con alta frecuencia de diseminación hematológica.
2. El carcinoma folicular es un tumor diferenciado de tiroides, habitualmente unicéntrico y en el que la afectación de los ganglios linfáticos es poco frecuente.
3. El carcinoma papilar es el cáncer más frecuente del tiroides y su pronóstico es mejor que el del carcinoma folicular.
4. La PAAF permite diagnosticar el carcinoma papilar de tiroides pero no suele ser de utilidad en el diagnóstico del carcinoma folicular de tiroides.
5. El carcinoma papilar de tiroides es más frecuente en zonas ricas en yodo mientras que el carcinoma folicular de tiroides es más frecuente en zonas con déficit del mismo.

66. Señale la respuesta FALSA referido a la Tiroiditis subaguda (de Quervain):

1. Los antiinflamatorios no esteroideos son un pilar del tratamiento.

2. Los β -bloqueantes son útiles si existe tirotoxicosis.
3. Cuando existen síntomas importantes, locales o sistémicos, es útil añadir corticoides.
4. El Propiltiouracilo y otros antitiroideos deben usarse si existe tirotoxicosis.
5. La velocidad de sedimentación globular es característicamente normal.

67. Respecto a la insuficiencia suprarrenal primaria NO es cierto que:

1. La infección por citomegalovirus afecta habitualmente a las glándulas suprarrenales produciendo la llama adrenalitis "necrosante".
2. La insuficiencia suprarrenal de los pacientes con SIDA se manifiesta frecuentemente en forma de insuficiencia suprarrenal aguda grave.
3. La astenia es el síntoma principal.
4. Afecta igualmente a ambos sexos.
5. Cuando la destrucción de las glándulas es rápida, como en la hemorragia suprarrenal bilateral, no suele haber hiperpigmentación.

68. En relación con el hiperaldosteronismo primario ¿cuál de estas afirmaciones NO es correcta?:

1. Ocasionalmente son tumores bilaterales.
2. Es característica la presencia de hipertensión e hipokalemia.
3. El tratamiento médico se realiza con espironolactona.
4. A pesar de su condición benigna, el tratamiento ideal es quirúrgico independientemente del tamaño o de que la lesión sea unilateral o bilateral.
5. La relación entre la aldosterona y la renina está alterada.

69. En el diagnóstico del síndrome de Cushing endógeno:

1. La ACTH debe estar elevada para confirmar el diagnóstico.
2. Debe confirmarse una falta de supresión del cortisol tras dexametasona.
3. El cortisol mantiene su ritmo circadiano pero a un nivel más alto que el normal.
4. El cortisol libre en orina es menos útil para el diagnóstico que el cortisol basal en sangre.
5. El tamaño normal de las glándulas suprarrenales en una TAC abdominal descarta el diagnóstico.

70. ¿Cuál de los siguientes enunciados NO corresponde al feocromocitoma?:

1. Tratamiento de la crisis hipertensiva con nitroprusiato.
2. Fallo cardíaco sin causa aparente durante una gestación.

3. Crisis hipertensiva desencadenada por fármacos hipotensores.
4. Flushing, diarreas y SHIAA elevado en orina.
5. Metanefrinas en orina de 24 h. elevadas.

71. La retinopatía diabética proliferativa:

1. Solo se presenta en pacientes con diabetes tipo 1.
2. Es la forma de inicio de la retinopatía en pacientes diabéticos mal controlados.
3. Es frecuente que provoque hemorragias de vítreo.
4. Se caracteriza por la presencia de microaneurismas.
5. Suele aparecer después de los 60 años de edad.

72. En relación a la diabetes tipo 2:

1. Los anticuerpos anti-decarboxilasa del ácido glutámico son un marcador precoz de la enfermedad.
2. Los virus son capaces de iniciar el proceso de destrucción de la célula beta propio de la enfermedad.
3. No existe alteración en la secreción de la insulina.
4. Existe un aumento en la producción hepática de glucosa en ayunas y postingesta.
5. No existe resistencia a la insulina.

73. Varón de 70 años que acude al Hospital de Día de Endocrinología tras hallazgo en analítica de control de una glucemia de 456. El paciente refiere polidipsia y poliuria así como pérdida de 15 kg de peso en los últimos 3 meses. Presenta un IMC de 22 Kg/m². La actitud inicial que deberíamos tomar es:

1. Repetir la glucemia en ayunas o realizar test tolerancia oral a la glucosa para confirmar el diagnóstico.
2. Iniciar tratamiento con sulfonilureas y reevaluar en 6 meses.
3. Lo ideal es empezar un tratamiento combinado con acarbosa y metformina a dosis plenas.
4. Inicialmente debemos pautar tratamiento dietético y ejercicio físico, valorando añadir algún fármaco según la evolución posterior.
5. En este momento lo más adecuado es iniciar insulino terapia junto con tratamiento dietético y modificación en el estilo de vida.

74. La vida media de la albúmina es de:

1. 8 días.
2. 2 días.
3. 20 días.
4. 10 días.
5. 1 mes.

75. Un paciente de 76 años es ingresado con una

masa pulmonar y una cifra de calcio sérico de 16 mg/dl. ¿Cuál es la primera media terapéutica a adoptar?:

1. Pamidronato intravenoso.
2. Alendronato oral.
3. Furosemida.
4. Suero salino.
5. Cacitonina.

76. En un hombre de 28 años operado y curado hace 3 años de acromegalia, en el que se detecta hipercalcemia, con fosforemia baja y PTH elevada y la gammagrafía con Sestamibi a los 150 minutos (2ª fase de la prueba, tras el lavado de la actividad tiroidea) demuestra captación positiva en 3 puntos de la región anterocervical, el diagnóstico más probable es:

1. Carcinoma medular de tiroides.
2. Osteomalacia.
3. Insuficiencia renal crónica.
4. Neoplasia endocrina múltiple.
5. Bocio multinodular tóxico.

77. ¿Cuál de las siguientes alteraciones NO es un criterio para el diagnóstico del Síndrome metabólico?:

1. Nivel de triglicéridos mayor de 149 mg/dl.
2. Nivel de HDL-Colesterol menor de 40 mg/dl en varones.
3. Tensión arterial de 130/85 mm Hg o superior.
4. Glucosa en ayunas mayor de 109 mg/dl.
5. Nivel de LDL-Colesterol mayor de 130 mg/dl.

78. ¿Cuál de las siguientes sustancias produce mayor elevación de las lipoproteínas de alta densidad transportadoras de colesterol (HDL-col):

1. Ácido nicotínico.
2. Estatinas.
3. Fibratos.
4. Inhibidores de la reabsorción.
5. Resinas.

79. ¿Cuál de los siguientes fármacos se considera hoy en día de elección en el tratamiento de la artritis reumatoide?:

1. Sales de oro.
2. Metotrexate.
3. D-panicilamina.
4. Ciclosporina.
5. Glucocorticoides.

80. Hombre de 80 años que en una analítica ocasional se le detectan unas fosfatasas alcalinas aumentadas. Vd. piensa en una enfermedad ósea de Paget. ¿Qué prueba es la más óptima para darnos la idea de la extensión de la enfermedad?:

1. Resonancia holocorporal.
2. Gammagrafía ósea con Tc 99.
3. Rx seriada ósea.
4. Gammagrafía con emisión de positrones.
5. Hidroxiprolinuria en orina de 24 horas.

81. Todas las siguientes son manifestaciones de la espondilitis anquilosante (anquilopoyética) EXCEPTO:

1. Dolor lumbar y rigidez de más de 3 meses que mejora con el ejercicio pero no con el reposo.
2. Sacroileitis radiológica bilateral.
3. Uveitis aguda anterior.
4. Insuficiencia aórtica.
5. Vasculitis de pequeños vasos.

82. Mujer de 42 años de edad que presenta desde hace 6 meses, en relación con el frío, episodios de palidez en los dedos seguida de enrojecimiento, refiere artralgiás en los dedos de las manos, tirantez de la piel en brazos y cara con disfagia frecuente con los alimentos sólidos. Así mismo, refiere tos seca, disnea y crepitantes en bases pulmonares. Respecto al cuadro clínico de la pacientes es FALSO que:

1. El Fenómeno de Raynaud es la manifestación inicial en el 100% de las formas limitadas y en más del 70% de las difusas.
2. La aparición de anticuerpos anti-topoisomerasa I (anti-Scl-70) predispone a un aumento de la fibrosis dérmica.
3. Los bloqueantes del calcio son eficaces en el tratamiento del Fenómeno de Raynaud.
4. Las pruebas de función respiratoria muestran un patrón restrictivo con disminución de la difusión de CO.
5. El esófago se afecta en el 75-90% de los pacientes, con hipomilitud del esfínter y de los dos tercios inferiores del esófago.

83. Una mujer de 70 años, previamente bien, consulta al médico por una pérdida aguda de visión del ojo derecho, siendo diagnosticada de neuritis óptica isquémica anterior. Se recoge en su historia la existencia de una hipertensión bien controlada y un cuadro de cefalea parietal en las últimas semanas. Una semana antes, un estudio analítico mostraba una VSG de 100 mm a la 1ª hora. Indique la conducta inmediata más correcta:

1. Solicitar una tomografía axial computarizada cerebral.
2. Comenzar con tratamiento con clopidogreal y controlarlo a los 3 meses.
3. Administrar heparina de bajo peso molecular, mientras se llega a un diagnóstico definitivo.
4. Administrar prednisona, al menos 1 mg/kg de peso, hasta concluir el diagnóstico.
5. Realizar una retinografía de urgencia.

84. Un hombre de 30 años, sufre un cuadro gripal, acompañado de lesiones cutáneas, nodulares de coloración rojo-violácea, en cara anterior de ambos miembros inferiores. Tratado con paracetamol, las lesiones ceden parcialmente. A los tres meses vuelve a la consulta con un cuadro de poliartralgias, junto con fiebre de hasta 38°C y empeoramiento de sus nódulos cutáneos. Ante la existencia de una elevación de la velocidad de sedimentación y de la Proteína C reactiva, inicia tratamiento con aspirina y a la semana sufre una parálisis facial derecha, periférica. ¿Cuál entre los siguientes, sería el diagnóstico más probable?:

1. Fiebre botonosa mediterránea.
2. Brucelosis.
3. Fiebre recurrente.
4. Enfermedad de Lyme.
5. Sarcoidosis.

85. Para el tratamiento de un ataque de gota agudo se pueden utilizar todos los siguientes fármacos EXCEPTO:

1. La indometacina.
2. Los glucocorticoides.
3. El naproxeno.
4. El alopurinol.
5. La colchicina.

86. Paciente de 45 años de edad acude a consulta por un cuadro de 5 meses de evolución de secreción nasal purulenta, tos con expectoración hemoptoica y lesiones ulceradas en encías. En el control analítico destaca un creatinina de 2,3 mg/dL, y c-ANCA's positivos. ¿Qué tratamiento sería el más adecuado para nuestro paciente?:

1. Metilprednisolona endovenosa a dosis de 1mg/kg de peso hasta mejoría clínica.
2. Mantener en observación sin tratamiento.
3. Ciclofosfamida y prednisona.
4. Azatioprina y prednisona.
5. Plasmaféresis y ciclofosfamida.

87. Un paciente de 7 años de edad, ingresado en traumatología desde hace 6 horas tras haber reducido ortopédicamente una fractura supracondílea de húmero, avisa quejándose de dolor intenso en el miembro, parestesias en la mano y dificultad para movilizar los dedos. Ante este cuadro, lo primero que debemos realizar es:

1. Una radiografía de codo.
2. Retirar la escayola.
3. Una analítica con iones.
4. Administrar un analgésico.
5. Sujetar el brazo con una charpa.

88. Si un paciente presenta imposibilidad para la flexión aislada del cuarto dedo, imposibilidad

para la abducción y adducción de los dedos segundo a quinto e hipoestesia de cara volar de 4º y 5º dedos, siendo el resto normal. ¿Qué estructuras anatómicas sospecharemos que estarán lesionadas?:

1. N. mediano y flexor profundo de 4º dedo.
2. N. mediano y flexor superficial de 4º dedo.
3. N. cubital y flexor superficial de 4º dedo.
4. N. radial y flexor superficial de 4º dedo.
5. N. radial y flexor profundo de 4º dedo.

89. Un hombre obeso de 45 años, cuyos únicos antecedentes son una hipercolesterolemia sin control y una ingesta de aproximadamente 100 gramos de alcohol diarios, consulta por dolor muy intenso en el muslo de inicio brusco hace 2 semanas, sin antecedente traumático. El paciente camina a duras penas con marcada cojera y ayudándose de 2 muletas. El diagnóstico más probable es:

1. Osteoporosis transitoria.
2. Coxartrosis.
3. Fractura por estrés del cuello femoral.
4. Espondilitis anquilosante con afectación monoarticular.
5. Necrosis isquémica de la cabeza femoral.

90. Un paciente de 25 años sufre un giro brusco en su rodilla durante un partido de fútbol, forzando la rotación interna de la pierna. Nota un crujido articular y presenta dolor inmediato así como un derrame abundante a los pocos minutos del accidente. El diagnóstico más probable será:

1. Rotura del ligamento lateral interno de la rodilla.
2. Rotura del menisco externo.
3. Rotura del cuerno posterior del menisco interno.
4. Rotura del ligamento cruzado anterior.
5. Rotura del ligamento cruzado posterior.

91. A la consulta nos traen una niña de 7 años de edad porque su abuela le ha apreciado un arco plantar excesivo. Al explorarle apreciamos en ambos pies, efectivamente, un arco plantar longitudinal excesivo con apoyo exclusivo en talón y cabezas de metatarsianos, así como un leve varo de retropie. ¿Cuál debería ser nuestra siguiente actitud?:

1. Exploración neurológica detallada.
2. Es la actitud normal del pie a esa edad.
3. Resonancia magnética y/o TAC para descartar coaliciones tarsales.
4. Yesos progresivos para corregir la deformidad.
5. Plantillas con cuña de base medial para el varo de retropie y soporte del arco longitudinal.

- 92. Una de las siguientes afirmaciones referidas a las osteomielitis y artritis sépticas causadas por *Staphylococcus aureus* NO es correcta:**
1. La osteomielitis por *S. aureus* puede ser resultado de diseminación hematológica, traumatismos o infección estafilocócica sobreyacente.
 2. En los niños, la diseminación hematológica suele afectar las metáfisis de los huesos largos, un área de crecimiento óseo muy vascularizada.
 3. En los adultos, la osteomielitis hematológica suele afectar a las vértebras, y rara vez aparece en los huesos largos.
 4. La evidencia radiográfica de osteomielitis es previa al inicio de los síntomas clínicos.
 5. El absceso de Brodie es un foco aislado de osteomielitis estafilocócica en el área metafisaria de los huesos largos.
- 93. Una espondilolistesis grave tipo IV de L5 en un enfermo de 16 años, ¿Qué expresión clínica puede producir, entre las siguientes, con mayor probabilidad?:**
1. Paraplejía.
 2. Deformidad cifótica lumbo-sacra.
 3. Lordosis torácica.
 4. Parálisis Cuadricéps.
 5. Pérdida fuerza del pie.
- 94. La evaluación neurológica inicial de un paciente con traumatismo craneoencefálico revela que sólo abre los ojos ante un estímulo doloroso y emite sonidos incomprensibles, pero localiza el dolor. Señale su puntuación en la Escala de Coma de Glasgow:**
1. 6 puntos.
 2. 4 puntos.
 3. 3 puntos.
 4. 9 puntos.
 5. 12 puntos.
- 95. Indique el hallazgo más indicativo de síndrome nefrítico agudo, en el análisis de orina:**
1. Cilindros hialinos.
 2. Cilindros leucocitarios.
 3. Cilindros hemáticos.
 4. Cilindros granulados.
 5. Lipiduria.
- 96. Un hipertenso de 45 años, hasta entonces con buen control, experimenta cefalea intensa, disminución de la visión, malestar profundo y marcado ascenso de las cifras tensionales a 240/140. En la exploración física presenta edema de papila, hemorragias en llama y estertores húmedos en las bases pulmonares. En el curso de una semana la urea ha aumentado a 150 mg/dl y en la orina se detecta microhematuria. Este cuadro tiene una lesión histológica vascular característica. Señálela:**
1. Hipertrofia de la capa media de arterias y arteriolas.
 2. Necrosis fibrinoide.
 3. Panarteritis exudativa.
 4. Hialinosis de la media.
 5. Fibrosis de la íntima.
- 97. Le consultan por un paciente de 60 años con trastornos de la conciencia de pocos días de evolución que tiene una hiponatremia de 120 mEq/l. No vómitos ni edemas. No ha realizado tratamiento alguno. ¿Cuál es la posibilidad diagnóstica más frecuente?:**
1. Insuficiencia cardíaca.
 2. Síndrome de secreción inadecuada de ADH.
 3. Síndrome nefrótico.
 4. Hipertensión portal.
 5. Insuficiencia renal aguda.
- 98. Un hombre de 38 años de edad con función renal previa normal presenta síntomas gripales e inicia tratamiento con Ibuprofeno 600 mg cada 12 horas. Pasados 5 días consulta por persistencia de fiebre, artralgias y aparición de una erupción cutánea eritematosa pruriginosa. En la analítica presenta creatinina de 3,2 mg/dl, urea 126 mg/dl, eosinofilia, proteinuria 0,5 g/24h, sedimento urinario con 8-12 leucocitos por campo y cilindros hialinos. ¿Cuál es la etiología más probable de la insuficiencia renal aguda?:**
1. Necrosis tubular aguda.
 2. Necrosis cortical por antiinflamatorios no esteroideos.
 3. Nefritis intersticial aguda.
 4. Origen prerrenal por vasoconstricción de la arteriola aferente glomerular por antiinflamatorios no esteroideos.
 5. Glomerulonefritis aguda postinfecciosa.
- 99. Un paciente con insuficiencia renal crónica (filtrado glomerular 20 ml/min/1.73 m²) con anemia en tratamiento con dosis estables de eritropoyetina sin suplementos de hierro, presenta en la última revisión hemoglobina 10.7 g/dl, hematocrito 32.4%, ferritina 56 ng/ml, índice de saturación de la transferrina del 12%, sin evidencia de sangrado. ¿Qué actitud terapéutica es aconsejable?:**
1. Aumentar sólo la dosis de eritropoyetina.
 2. Administrar hierro y mantener la misma dosis de eritropoyetina.
 3. Suspender la eritropoyetina y administrar hierro.
 4. Aumentar la dosis de eritropoyetina y administrar hierro.
 5. No modificar el tratamiento.

100. Un enfermo de 50 años, diabético conocido desde hace 30 años, sin retinopatía proliferativa ni alteraciones urinarias conocidas, presenta edemas de instauración rápida, proteinuria nefrótica y microhematuria. El aclaramiento de creatinina es de 120 ml/min. El complemento es normal y no se detectan anticuerpos. El cuadro se ha mantenido estable en los últimos seis meses. El diagnóstico sería:

1. Nefropatía diabética.
2. Nefropatía mesangial IgA.
3. Glomerulonefritis membrano-proliferativa.
4. Nefropatía membranosa.
5. Glomerulonefritis proliferativa extracapilar.

101. ¿Cuál de los siguientes síntomas o signos NO son propios de la presencia de un rechazo agudo en el trasplante renal?:

1. Fiebre.
2. Dolor en el área del injerto.
3. Aumento tamaño injerto renal.
4. Poliuria.
5. Eosinofilia.

102. En relación a la bacteriuria asintomática durante el embarazo, señale la afirmación INCORRECTA:

1. La pielonefritis aguda durante el embarazo es más frecuente en el tercer trimestre.
2. La incidencia de pielonefritis clínica aguda en las mujeres embarazadas con bacteriuria aumenta significativamente respecto a las mujeres no embarazadas.
3. La prevalencia de bacteriuria hallada en screening de mujeres embarazadas es significativamente superior a la hallada en mujeres no embarazadas.
4. El desarrollo de pielonefritis aguda durante el embarazo aumenta el riesgo de prematuridad.
5. Las mujeres embarazadas con bacteriuria tienen riesgo alto de sufrir bacteriuria recurrente.

103. Varón de 57 años de edad, fumador, que consulta por hematuria terminal, polaquiuria, urgencia y dolor miccional. Presenta citologías urinarias positivas de carcinoma urotelial y el estudio anatómico patológico tras la Resección Transuretral es de carcinoma "in situ" difuso, con intensa inflamación crónica. El tratamiento estandar será:

1. Instilación del bacilo de Calmette y Guérin.
2. Cistectomía radical.
3. Instilaciones con Mitomicina.
4. Quimioterapia con Cisplatino.
5. Antiinflamatorios no esteroideos más quínoonas durante seis meses.

104. Los pacientes con enfermedades intestinales

inflamatorias que requieren amplias resecciones intestinales, con relativa frecuencia presentan litiasis renal recidivante. ¿A qué trastorno metabólico se suele asociar este tipo de litiasis?:

1. Hiperuricosuria.
2. Hiperoxaluria.
3. Cistinuria.
4. Hiperparatiroidismo.
5. Hipercalcemia.

105. Un hombre de 45 años, tiene un carcinoma de células renales extendido. Los niveles de GOT, fosfatasa alcalina, LDH y alfa-2globulina son elevados y el tiempo de protombina alargado. El hígado aparece difusamente agrandado pero no existen defectos focales de infiltración intrahepática. La explicación etiológica más probable para estos hallazgos será:

1. Los efectos hepato-tóxicos de tumor.
2. Metástasis hepática.
3. Amiloidosis.
4. Trombosis tumorales que obstruyen la vena hepática.
5. Hepatitis vírica aguda.

106. Paciente de 66 años intervenido de Prostatectomía Radical hace 3 años por Adenocarcinoma de Próstata Gleason 8 (pT2b N0M0). Presenta en el momento actual una cifra de PSA sérico de 12 ng/ml. Señale cuál de las siguientes afirmaciones le parece correcta:

1. La supervivencia media en el momento actual es menor de 1 año.
2. La cifra de PSA está en rango normal ya que existen otras fuentes de producción del mismo.
3. El paciente puede tener una recidiva local o bien metástasis a distancia.
4. La utilización de bloqueo hormonal en este caso no es una opción de tratamiento posible.
5. En caso de tratarse de una recidiva local, estaría indicado realizar cirugía de rescate para extirpar dicha masa.

107. Un hombre de 31 años de edad consulta por la presencia de una masa palpable en el testículo derecho, de un mes de evolución, no dolorosa. Su urólogo le realiza una ecografía testicular, en la que se evidencia una lesión hipocóica, bien delimitada, intratesticular. Los marcadores tumorales alfa-fetoproteína y beta HCG son negativos. La actitud más correcta de entre las siguientes sería:

1. Dado que los marcadores tumorales son negativos, se descarta neoplasia testicular y requiere observación.
2. Repetir la ecografía testicular en un plazo de tres meses.
3. Realización de una tomografía axial computo-

rizada tóraco-abdomino-pélvica.

4. Biopsia transescrotal del testículo.
5. Orquiectomía radical y esperar resultado del patólogo.

108. Paciente de 63 años en tratamiento a demanda con Citrato de Sildenafil por presentar disfunción eréctil de años de evolución. Señale cuál de los siguientes fármacos NO asociaría en ningún caso a su tratamiento:

1. Amiodarona.
2. Verapamilo.
3. Digoxina.
4. Indapamida.
5. Mononitrato de Isosorbide.

109. Un sujeto de 70 años diagnosticado de artritis reumatoide consulta por clínica de síndrome anémico desde hace 6 meses. Se realiza un hemograma que muestra: Hb:8,5 g/dl; VCM: 69 fl. ; leucocitos $7,5 \cdot 10^9/l$ y plaquetas $220 \cdot 10^9/l$, sideremia $30 \mu/dl$ (N: 50-150), ferritina: 520 ng/ml (N<400). Señale cual es el diagnóstico más probable:

1. Anemia de enfermedad crónica.
2. Anemia ferropénica.
3. Anemia por déficit de Ac. Fólico.
4. Anemia por déficit de B 12.
5. Anemia perniciosa.

110. Los niveles de B12 por debajo de los 300-350 pg/ml identifican mal los enfermos con carencia de B12. Para paliar esta coyuntura se debe cuantificar sus metabolitos (homocisteína y ácido metil-malónico), pero para su valoración es importante conocer su relación. ¿Cuál de las siguientes relaciones es la correcta?:

1. Ambos metabolitos se encuentran elevados en el déficit de folatos y ambos normales en el déficit de cobalaminas.
2. Ambos metabolitos se encuentran elevados en el déficit de cobalaminas y ambos normales en el déficit de folatos.
3. Homocisteína y metil-malónico se encuentran elevados en el déficit de cobalaminas y homocisteína elevada en el déficit de folatos.
4. Homocisteína elevada en el déficit de cobalaminas y homocisteína y metil-malónico elevado en el déficit de folatos.
5. Homocisteína elevada, metilmalónico normal en déficit de cobalaminas y metilmalónico elevado y homocisteína normal en déficit de folatos.

111. Niño de 8 años diagnosticado de leucemia mieloblástica aguda, sometido a trasplante alogénico de una hermana HLA idéntica tras acondicionamiento con Ciclofosfamida e irradiación corporal total. El día +26 postrasplante comienza con diarreas acuosas frecuentes acompañadas de dolor abdominal, presenta un eritema en palmas, antebrazos y tórax y en la analítica se detecta un aumento de transaminasas discreto con elevación importante de la bilirrubina ¿cuál es el diagnóstico más probable?:

112. El diagnóstico más probable de un paciente que presenta anemia crónica desde hace varios años, con episodios hemolíticos agudos en infecciones, ferropenia crónica y episodios de trombosis venosas repetidos, en el que se demuestra una hemoglobina de 9,3 g/dL, reticulocitos = $18 \times 10^9/L$, leucocitos = $2,8 \times 10^9/L$, neutrofilos = $0,75 \times 10^9/L$ y haptoglobina = indetectable, es:

1. Enfermedad injerto contra huésped aguda.
2. Enfermedad Venoclusiva hepática.
3. Gastroenteritis viral.
4. Enfermedad por Citomegalovirus.
5. Enfermedad injerto contra huésped crónica.

113. Un paciente de 35 años acude a Urgencias con cuadro de cefaleas y disminución del nivel de conciencia, asociado a un cuadro de petequias y equimosis. En las pruebas analíticas se objetiva una anemia con criterios de hemólisis microangiopática con una Hb de 8 gr/dl y Plaquetas de 30.000 mm^3 junto con datos de insuficiencia renal. El diagnóstico de sospecha es una púrpura trombótica trombocitopénica. En su opinión ¿cuál de las siguientes sería la actitud terapéutica más idónea en este paciente?:

1. Anemia aplásica por tóxicos químicos.
2. Anemia de Fanconi.
3. Betatalasemia mayor.
4. Hemoglobinuria paroxística nocturna.
5. Anemia de Balckfan-Diamond.

114. En cuál de las siguientes subvariedades de la clasificación de las Leucemias agudas mieloides de la FAB se da de forma característica una translocación que afecta a los genes PML y RAR alfa (receptor alfa del ácido retinoico) determinando el gen híbrido PML-RAR alfa:

1. Realizar diálisis renal pues la evolución del cuadro renal marca la evolución de este proceso.
2. Dada la cifra de Hb y de Plaquetas, junto con el cuadro hemorrágico florido, el tratamiento de elección es la transfusión inmediata de hematíes y plaquetas.
3. Los esteroides y los antiagregantes plaquetarios son el tratamiento de elección.
4. La realización de recambio plasmático con plasmaféresis diaria es el tratamiento de elección.
5. Se ha de iniciar cuanto antes el tratamiento con inmunosupresores.

115. Niño de 8 años diagnosticado de leucemia mieloblástica aguda, sometido a trasplante alogénico de una hermana HLA idéntica tras acondicionamiento con Ciclofosfamida e irradiación corporal total. El día +26 postrasplante comienza con diarreas acuosas frecuentes acompañadas de dolor abdominal, presenta un eritema en palmas, antebrazos y tórax y en la analítica se detecta un aumento de transaminasas discreto con elevación importante de la bilirrubina ¿cuál es el diagnóstico más probable?:

1. LAM M₁.
2. LAM M₃.

3. LAM M₅.
4. LAM M₆.
5. LAM M₇.

115. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones en relación a la Leucemia Mieloide Crónica es correcta?:

1. El cromosoma Ph se produce a partir de una translocación recíproca entre los cromosomas 15 y 17.
2. El cromosoma Ph aparece en precursores granulocíticos, eritroides, megacariocíticos, linfoides y fibroblastos medulares.
3. El cromosoma Ph es una alteración del cariotipo útil como marcador diagnóstico de la LMC pero sin relación con la patogenia de la enfermedad.
4. El oncogén BCR-ABL codifica una proteína (p210) con actividad tirosinasa aumentada.
5. El mesilato de imatinib es un fármaco citotóxico alquilante utilizado en la fase crónica de la enfermedad.

116. En la Leucemia Aguda Linfoblástica, la identificación de factores pronósticos ha permitido reducir la toxicidad relacionada con el tratamiento a los pacientes considerados de bajo riesgo. Son factores que mantienen valor pronóstico favorable.: Edad de 1 a 9 años, cifra de leucocitos inicial <25.000, ausencia de alteraciones citogenéticas de mal pronóstico, así como:

1. Sexo masculino.
2. Cuando la cifra de plaquetas es inferior a $5 \times 10^9/L$.
3. La presencia de fiebre de más de 39°C al diagnóstico.
4. Si el porcentaje de blastos en sangre periférica supera el 50%.
5. La rapidez de la respuesta al tratamiento inicial (<10% de blastos en la médula realizada el día 14 después de comenzado el tratamiento).

117. Un paciente de 63 años presenta adenopatías laterocervicales, axilares e inguinales. La biopsia de una adenopatía axilar muestra la presencia de células pequeñas hendidas y células grandes no hendidas con un patrón nodular, CD19 y CD20 positivas, CD5 negativas, presentando la translocación t(14; 18). En relación a la enfermedad que presenta la paciente, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?:

1. En el momento del diagnóstico la mayor parte de los pacientes se hallan en un estadio avanzado (III o IV).
2. Desde el punto de vista clínico es un linfoma generalmente indolente.
3. La curación de los enfermos es muy improbable, sobre todo para los de estadio avanzado.

4. La mayoría de los enfermos no presentan síntomas B al diagnóstico.
5. Su transformación histológica a un linfoma agresivo es muy infrecuente.

118. De los siguientes enunciados, señale la respuesta verdadera respecto al lugar en el que se encuentra la alteración patogénica principal en los Síndromes Mielodisplásicos.

1. En el microambiente de la médula ósea.
2. En la célula germinal pluripotencial ó célula "stem cell".
3. En los mecanismos de depósito de hierro en la médula ósea.
4. En alguna de las células "comprometidas" hacia una línea celular concreta.
5. La alteración principal es en los receptores de los factores de crecimiento celular (citoquinas).

119. Ante un paciente de 60 años, diagnosticado de Mieloma Múltiple y que se mantiene asintomático:

1. No está justificado comenzar con tratamiento quimioterápico antitumoral.
2. Interesa comenzar precozmente el tratamiento poco agresivo con Melfalán y prednisona.
3. Se debe comenzar tratamiento con poli quimioterapia tipo VBMCP.
4. Tratamiento con poli quimioterapia y consolidar con trasplante autólogo.
5. Tratamiento con pulsos de dexametasona.

120. Una mujer de 68 años con antecedentes de ACVA isquémico derecho, cardiopatía isquémica (angina crónica estable), hipertensión arterial bien controlada y diabetes mellitus tipo 2, consulta por un episodio de AIT (ataque isquémico transitorio). En la tomografía axial computarizada no se observan cambios en la imagen cerebral previa y en el electrocardiograma se confirma la existencia de una fibrilación auricular, con respuesta ventricular normal, cuya reversión a ritmo sinusal, tanto eléctrica como farmacológica, había fracasado previamente. En la ecografía se observa la existencia de una aurícula izquierda aumentada de tamaño. Los días antes del último episodio seguía tratamiento con aspirina (150 mg diarios). ¿Cuál sería su consejo terapéutico?:

1. Iniciaría tratamiento con acenocumarol como terapia inicial o tras el empleo de heparina de bajo peso molecular.
2. Sustituiría la aspirina por clopidogrel.
3. Añadiría clopidogrel a la aspirina.
4. Duplicaría la dosis de aspirina.
5. Antes de retirar la aspirina intentaría una nueva reversión farmacológica.

121. Ante un caso de Endocarditis infecciosa, todo lo

siguiente es cierto, EXCEPTO:

1. Los criterios de Duke para el diagnóstico de endocarditis se basan en hallazgos clínicos, de laboratorio y ecocardiográficos.
2. En ausencia de tratamiento antibiótico previo, es improbable que la endocarditis por *Enterococo* o *Stafilococo aureus* se presente con cultivo negativo.
3. La ecografía transtorácica detecta vegetaciones en más del 90% de los pacientes con endocarditis infecciosa clínicamente confirmada.
4. No se debe administrar tratamiento antibiótico empírico inicial a pacientes con endocarditis subaguda hemodinámicamente estable sobre todo a los que hubieran recibido tratamiento antibiótico en las dos semanas previas.
5. La endocarditis por estafilococo aureus sensible a Meticilina, no complicada y limitada a la válvula tricúspide podría tratarse con tal sólo 2 semanas de Oxacilina y Gentamicina.

122. Ante los hallazgos que cabe esperar del análisis del líquido cefalorraquídeo en un cuadro de meningitis bacteriana, NO se encuentra:

1. Glucosa <40 mgr/dL.
2. Abundantes hematíes.
3. Proteínas >45 mgr/dL.
4. Cultivo positivo en el 40% de los casos.
5. Presión de apertura >180 cm de H₂O.

123. *Aspergillus fumigatus* puede estar implicado en una amplia variedad de cuadros clínicos. De las siguientes ¿cuál NO es una manifestación clínica habitualmente causada por este microorganismo?:

1. Neumonía en granulopénicos.
2. Salpingitis.
3. Otitis aspergilar de colonización.
4. Colonización de cavernas tuberculosas.
5. Asma alérgico.

124. ¿Qué dos enfermedades no supuradas pueden aparecer después de una infección local producida por *Streptococcus pyogenes* (estreptococo β-hemolítico del grupo A)?:

1. Escarlatina y erisipela.
2. Erisipela y fiebre reumática.
3. Glomerulonefritis aguda y fiebre reumática.
4. Carditis y erisipela.
5. Erisipela y glomerulonefritis aguda.

125. Hombre de 35 años, cazador, no viajero, que refiere cuadro febril de tres meses de evolución, en forma de agujas vespertinas y presenta una gran hepatoesplenomegalia, pancitopenia e hipergammaglobulinemia policlonal >3g/dL. El diagnóstico que sugieren estos datos es:

1. Fiebre tifoidea.

2. Paludismo.
3. Brucelosis.
4. Tularemia.
5. Leishmaniasis visceral.

126. Acerca de la neumonía por *Legionella pneumophila*, indique la respuesta correcta:

1. Afecta casi siempre a pacientes inmunocomprometidos.
2. Se adquiere por inhalación de las gotitas de Pflügge a partir de pacientes que tosen o estornudan.
3. Tiene una mortalidad global que supera el 70%.
4. Puede originar brotes epidémicos, pero puede ser también causa de neumonía en casos esporádicos.
5. Afecta raramente a personas sanas.

127. Señale la afirmación correcta:

1. Las gastroenteritis por *Shigella* suelen darse en áreas hiperendémicas y tienen una incidencia estacional.
2. La preparación adecuada de los alimentos no permite prevenir las infecciones por *Yersinia enterocolitica*.
3. Las salmonelas causantes de fiebres tifoidea y paratífica son mantenidas por portadores humanos.
4. Los signos y síntomas clínicos de la shigelosis aparecen pocas horas después de la ingestión de los bacilos, dada la resistencia de este microorganismo al pH ácido del estómago.
5. Las cepas de *Escherichia coli* enteroinvasivas producen una diarrea acuosa, sin sangre ni leucocitos en las heces.

128. ¿Cuál de los siguientes parásitos es transmitido al hombre por mosquitos?:

1. *Dracunculus medinensis*.
2. *Loa Loa*.
3. *Onchocerca volvulus*.
4. *Wuchereria bancrofti*.
5. *Toxocara canis*.

129. Un hombre de 32 años acudió a urgencias tres días después de volver de su viaje de luna de miel en Vietnam, por presentar fiebre elevada de cuatro días de duración con mialgias graves y cefalea intensa. El mismo día de su visita a urgencias comenzó a presentar un exantema maculo-papuloso pruriginoso. El examen de la sangre mostró los siguientes datos: Valor hematocrito 38%, Leucocitos 3700 p.mm³ con 82% neutrófilos y 12% linfocitos. Plaquetas 115.000 p.mm³. Placa de tórax normal. El paciente fue dado de alta con el diagnóstico de cuadro viral, en tratamiento con paracetamol y antihistamínicos para el picor. A las 48 horas volvió a urgencias con muy mal aspecto: estaba afebril,

tenía confusión mental, se observaban petequias en antebrazos y piernas, edema en pies, TA 85/70. Pulso 110 l.p.min. de amplitud pequeño. En los nuevos exámenes de la sangre destacaban: Valor hematocrito 46%, leucocitos 3600 p.mm³ sin cambios en la fórmula y plaquetas 65.000 p.mm³. Glucosa 106 mg.p. dl. Creatinina 1,8 mg.p.dl. Sodio 126 mEq/l. Potasio 4,2 mEq/l. La placa de tórax mostraba un pequeño derrame pleural bilateral. ¿Cuál es, entre los siguientes, el diagnóstico más probable?:

1. Malaria por *Plasmodium Falcipararum*.
2. Dengue.
3. Meningoencefalitis bacteriana.
4. Fiebre tifoidea.
5. Neumonía por *Legionella Neumophila*.

130. Un paciente HIV positivo y antecedentes de diversas infecciones oportunistas sistémicas se presenta con un cuadro de tres semanas de evolución de trastornos visuales. La RM craneal muestra lesiones occipitales hipointensas en secuencias T1 e hiperintensas en secuencias T2 que no captan gadolinio ni tienen efecto de masa. El diagnóstico más probable es:

1. Toxoplasmosis cerebral.
2. Linfoma cerebral primario.
3. Tuberculoma cerebral.
4. Encefalitis herpética.
5. Leucoencefalopatía multifocal progresiva.

131. Paciente con infección por VIH y última determinación conocida de linfocitos CD4 de 234 cél/μL. Durante los últimos 6 meses no ha realizado tratamiento, ni seguimiento médico. Acude a consulta por presentar fiebre, tos y disnea de una semana de evolución. En la gasometría arterial se aprecia hipoxemia, la placa de tórax muestra un infiltrado alveolo-intersticial bilateral y en una muestra de lavado bronco-alveolar la tinción con plata-metamina es positiva. ¿Cuál de las afirmaciones siguientes es correcta?:

1. Deberíamos administrar cotrimoxazol por vía intravenosa.
2. Deberíamos indicar una biopsia transbronquial para confirmar el diagnóstico.
3. Los corticoides están contraindicados por el riesgo de inmunodepresión.
4. Tiene una infección pulmonar por CMV.
5. En caso de alergia a sulfamidas, podríamos tratarle con pentamidina inhalada.

132. Hombre de 35 años, con antecedentes de infección por VIH, que acude al servicio de urgencias por presentar fiebre, tos y esputos manchados de sangre de varias semanas de evolución. En una determinación reciente la cifra de linfocitos CD4 era de 166 cel./μL. La placa de

tórax muestra un infiltrado en el LID y en la tinción de esputo se observan bacilos ácido-alcohol resistentes. Al valorar este paciente, ¿cuál de las siguientes respuestas le parece correcta?:

1. Al tratarse de un paciente inmunodeprimido, precisa tratamiento con 4 drogas antituberculosas independientemente de la incidencia de resistencias a isoniacida en la comunidad.
2. La elección del tratamiento antiretroviral no afecta al tratamiento antituberculoso.
3. La afectación de lóbulos inferiores hace más probable la infección pulmonar por *Mycobacterium Avium* (MAC).
4. Se debería esperar el resultado del cultivo de micobacterias para iniciar tratamiento.
5. Es muy probable que la infección pulmonar coincida con alguna afectación extrapulmonar.

133. Una mujer de 60 años consulta por presentar durante las últimas 3 semanas astenia, febrícula vespertina, cefalea global y, durante los últimos días, le han notado confusión intermitentes y somnolencia progresiva. A la exploración se observa una temperatura de 38°C, somnolencia, dudosa rigidez de nuca y paresia del VI par derecho. La placa de tórax muestra un discreto engrosamiento pleural apical derecho. El hemograma es normal y el perfil bioquímico básico son normales. Tras realizar punción lumbar se observan los resultados siguientes en el LCR: presión de apertura 170 mmHg, proteínas 140 mg/dL, glucosa 42 mg/dL, 270 células (70% mononucleares), tinción de gram, de Zielhl-Nielsen, así como investigación de antígenos bacterianos son negativos. ¿Cuál, entre los siguientes, es el diagnóstico más probable?:

1. Meningitis bacteriana.
2. Meningitis vírica.
3. Meningitis tuberculosa.
4. Encefalitis herpética.
5. Metástasis al SNC.

134. Los microorganismos del género *Chlamydia* pueden implicarse en todos los cuadros que se mencionan, EXCEPTO uno:

1. Conjuntivitis neonatal.
2. Conjuntivitis de inclusión del adulto.
3. Infección urogenitales.
4. Linfogranuloma venéreo.
5. Chancro blando.

135. Un paciente de 58 años presenta cuadro clínico de ictericia indolora. Las exploraciones realizadas muestran que padece un colangiocarcinoma extrahepático confinado al conducto biliar y dos adenopatías en el hilio hepático, pero no tiene metástasis a distancia. ¿Qué estadio presenta?:

1. I A.
2. I B.
3. II A.
4. II B.
5. IV.

136. En una paciente intervenida a los 40 años de cáncer de colon, su historia familiar revela que una tía por vía materna y su abuela materna padecieron la misma enfermedad a los 52 y 64 años respectivamente, y un tío también por vía materna fue intervenido de un adenocarcinoma gástrico a los 45 años de edad. ¿Cuál de las siguientes determinaciones genéticas sería útil realizar para un adecuado consejo genético a la familia?:

1. Determinación del gen MSH2.
2. Determinación de los genes BCRA 1 y 2.
3. Determinación del gen p53.
4. Sobreexpresión del encogen Ha-Ras.
5. Determinación del gen p16.

137. Señale cuál es, entre los siguientes, el tratamiento antiemético más adecuado en la obstrucción intestinal maligna completa refractaria:

1. Octreótido.
2. Metoclopramida.
3. Domperidona.
4. Cisaprida.
5. Enema de limpieza.

138. ¿Cuál de las siguientes situaciones corresponde a la fase terminal de la enfermedad?:

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

139. ¿Con cuál de los siguientes tests puede valorarse el grado de dependencia para realizar las actividades básicas de la vida diaria en un paciente de 85 años cuya situación clínica le impide desplazarse al centro de salud por su propio pie?:

1. Lawton-Brody.
2. Fargeström.
3. Pfeiffer.
4. Goldberg.
5. Barthel.

140. Respecto a los tratamientos habituales o hábitos de un paciente programado para una intervención quirúrgica bajo anestesia general, una de las siguientes respuestas siguientes es correcta:

1. Los bloqueantes beta adrenérgicos deben mantenerse durante todo el período preoperatorio.
2. Los antiparkinsonianos deben suspenderse 48 horas antes.
3. La heparina de bajo peso molecular a dosis profilácticas se asocia a hemorragia intraoperatoria significativa.
4. La ticlopidina no se asocia a riesgo de hemorragia intraoperatoria significativa.
5. La evitación de fumar cigarrillos durante las 24 horas previas carece de beneficio intraoperatorio.

141. En relación con la valoración preoperatoria de un paciente para cirugía programada, la consulta preanestésica tiene por finalidad,:

1. La modificación de la técnica anestésica prevista.
2. La variación del procedimiento quirúrgico previsto.
3. El rellenar un cuestionario sobre los antecedentes anestésico-quirúrgicos.
4. La prescripción de un fármaco ansiolítico para reducir la ansiedad generada por la próxima cirugía.
5. El establecer la presencia de enfermedades diagnosticadas o no, que pueden determinar el riesgo de complicaciones del procedimiento quirúrgico previsto.

142. Hombre de 76 años portador de virus C y diabético desde hace 10 años, que presenta lesiones ampollosas de contenido serohemorrágico en extremidades superiores e inferiores, y erosiones a nivel de la mucosa bucal. La biopsia cutánea muestra una ampolla subepidérmica, se realiza inmunofluorescencia directa que muestra la presencia de depósitos de IgG a nivel de la membrana basal. El diagnóstico más probable es:

1. Eritema multiforme.
2. Dermatitis herpetiforme.
3. Penfigoide ampoloso.
4. Toxicodermia ampollosa.
5. Porfiria cutánea tarda.

143. Paciente de 45 años que desde hace 1 mes presenta debilidad a nivel de cintura escapular y pelviana. En la piel se objetiva edema palpebral y coloración eritematoviolácea periorbitaria y lesiones eritematodescamativas sobre prominencias ósea de dorso de manos. El diagnóstico sería:

1. Lupus eritematoso sistémico.
 2. Artritis reumatoide.
 3. Dermatomiositis.
 4. Eritema polimorfo.
 5. Esclerodermia.
- 144. Acude a consulta una mujer de 19 años que presenta, lesiones eritematosas, edema y alguna vesícula en cara, escote, dorso de manos y antebrazos. Las lesiones tienen 12 horas de evolución y han aparecido tras una excursión al campo. Entre los antecedentes personales destaca acné vulgar en tratamiento con retinoides tópicos y doxiciclina oral. El diagnóstico más probable es:**
1. Erupción lumínica polimorfa.
 2. Reacción fototóxica.
 3. Urticaria solar.
 4. Eritrodermia por fármacos.
 5. Fotodermatosis por hipersensibilidad.
- 145. Un paciente de 23 años acude a consulta con un brote intenso de dermatitis atópica que afecta a la mayor parte de la superficie corporal y es muy pruriginoso. El tratamiento que debe evitar es:**
1. Antihistamínicos tópicos.
 2. Tacrólimus tópico.
 3. Ciclosporina oral.
 4. Corticoides orales.
 5. Corticoides tópicos.
- 146. Paciente de 75 años que consulta por una mácula pigmentada heterocroma, de contorno irregular, de unos 2 x 3 cm de diámetro, localizada en mejilla derecha, que ha experimentado un crecimiento muy lento en los últimos años. ¿Cuál sería el diagnóstico más probable?:**
1. Melanoma lentiginoso acral.
 2. Lentigo maligno.
 3. Carcinoma Basocelular pigmentado.
 4. Nevus de Ota.
 5. Eritema fijo pigmentario.
- 147. Uno de los siguientes signos o síntomas NO esperaría encontrar en una uveítis anterior aguda o iridociclitis:**
1. Hiperemia ciliar o pericorneal.
 2. Depósitos celulares sobre el endotelio corneal.
 3. Depósitos sobre la membrana de Bowman.
 4. Células en humor acuoso.
 5. Sinequias posteriores.
- 148. ¿En cuál de las siguientes afecciones NO se produce edema de la papila?:**
1. Meningioma de la vaina del nervio óptico.
 2. Neuritis óptica por esclerosis múltiple.
 3. Intoxicación por alcohol metílico.
 4. Hipertensión intracraneal.
 5. Atrofia óptica hereditaria dominante.
- 149. Entre las manifestaciones del glaucoma crónico simple (glaucoma primario de ángulo abierto), usted NO espera encontrar:**
1. Alteraciones de la papila o cabeza del nervio óptico.
 2. Alteraciones del campo visual.
 3. Cifras elevadas de presión intraocular.
 4. Ausencia de fluctuación o variación diurna de la presión intraocular.
 5. Ausencia de sintomatología en los estadios iniciales.
- 150. A una mujer de 30 años se le diagnostica una neuritis óptica retrobulbar. ¿Qué enfermedad sistémica debe sospecharse por su mayor frecuencia de asociación a esta patología oftalmológica?:**
1. Esclerosis múltiple.
 2. Artritis reumatoide.
 3. Diabetes mellitus.
 4. Espondilitis anquilopoyética.
 5. Aneurisma cerebral.
- 151. En cuanto a los tumores de glándulas salivales, cite lo correcto:**
1. El 80% de los mismos se dan en la parótida, el 80% de los cuales son malignos.
 2. El adenoma pleomórfico es la neoplasia más frecuente de las glándulas salivales mayores, siendo de crecimiento lento y generalmente asintomático.
 3. El tumor de Warthin es casi exclusivo de la submaxilar, nunca bilateral y más frecuente en mujeres.
 4. El carcinoma epidermoide es la neoplasia maligna más frecuente.
 5. La parálisis del nervio facial es signo de benignidad.
- 152. Mujer de raza blanca, de 38 años, que manifiesta episodios de otorrea desde la infancia: ha presentado seis episodios de otorrea en el oído derecho, en los últimos 20 meses, sin otalgia, con hipoacusia de oído derecho desde la infancia. A la exploración por micro-otoscopia, se aprecia una perforación marginal pósterosuperior y atical amplia con restos de supuración y osteitis del reborde óseo. Se confirma una hipoacusia trasmisiva del oído derecho. Rinne negativo en oído derecho, Weber lateraliza a la derecha. ¿Qué diagnóstico considera más acertado?:**
1. Otitis externa crónica.
 2. Otitis media crónica colesteatomatosa.
 3. Otitis media tubárica secretora crónica.
 4. Otosclerosis.

5. Timpanosclerosis.

153. Hacemos referencia a los tumores malignos de laringe. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es ERRONEA?:

1. El cáncer laríngeo más frecuente es el carcinoma epidermoide.
2. Los tumores subglóticos son los de localización más frecuente y sintomatología más precoz.
3. En los tumores supraglóticos el primer síntoma puede ser una adenopatía en la región laterocervical del cuello.
4. En los tumores glóticos el primer síntoma suele ser la disfonía persistente y progresiva.
5. En los tumores supraglóticos la disnea puede presentarse antes que la disfonía.

154. Un paciente de 25 años ha sufrido una caída de la bicicleta golpeándose en el mentón. A la exploración clínica el paciente presenta una herida inciso-contusa a nivel del mentón, limitación dolorosa de la apertura bucal con desviación hacia el lado derecho y maloclusión dentaria consistente en falta de contacto a nivel de los molares del lado izquierdo. ¿Qué fractura facial sospecharía y qué prueba solicitaría para diagnosticarla?:

1. Cóndilo mandibular izquierdo/Tomografía axial computerizada (TAC).
2. Fractura malar/Tomografía emisión positrones (TEP).
3. Cóndilo mandibular derecho/ Ortopantomografía.
4. Cóndilo mandibular derecho/resonancia magnética nuclear (rmn).
5. Fractura etmoides / Gammagrafía ósea.

155. Uno de los siguientes trastornos NO implica obligatoriamente la derivación desde Atención Primaria al Servicio de Salud Mental para tratamiento especializado:

1. Varón de 25 años con trastorno de pánico y agorafobia de 6 años de evolución.
2. Mujer de 30 años con cuadro psicótico secundario a consumo de cocaína.
3. Varón de 59 años con ideas delirantes de celos de 10 años de evolución.
4. Varón de 27 años que presenta intento de suicidio tras ruptura sentimental.
5. Mujer de 48 años con trastorno adaptativo tipo depresivo, secundario a conflictividad laboral.

156. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sería INCORRECTA en el seguimiento de un paciente tratado con sales de litio?:

1. Precisa para su control de determinaciones de litemia.

2. Si el paciente desarrollase hipertensión arterial la primera medida a tomar sería la supresión gradual del litio y la introducción de otro fármaco (p. ej. Lamotrigina)
3. Es preciso controlar la función tiroidea y renal.
4. El litio puede producir efectos antiagresivos independientes de su acción estabilizante.
5. Ninguna evidencia respalda una teoría de deficiencia de litio en el trastorno bipolar.

157. Los trastornos psiquiátricos que con más frecuencia se diagnostican en Atención Primaria son:

1. Trastornos depresivos.
2. Trastornos de ansiedad.
3. Alcoholismo.
4. Psicosis.
5. Demencias.

158. Mujer de 58 años, vive sola, con antecedentes de HTA y artritis reumatoide, con buen control farmacológico. Presenta alucinaciones auditivas y cenestésicas, con ideas delirantes de perjuicio con los vecinos y de contenido místico-religioso de 4 meses de evolución. ¿Cuál sería el diagnóstico más probable?:

1. Demencia frontal.
2. Síndrome confusional agudo.
3. Depresión delirante.
4. Esquizofrenia de inicio tardío.
5. Psicosis psicógena.

159. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones con respecto al suicidio es INCORRECTA?:

1. El riesgo de suicidio es mayor en los familiares de pacientes depresivos que en familiares de pacientes con manía o esquizofrenia.
2. Las tasas de suicidio son más altas en las zonas urbanas que en las rurales.
3. Un período de menor riesgo al suicidio en pacientes esquizofrénicos son los meses siguientes al alta hospitalaria.
4. En los ancianos, los intentos de suicidio son menos frecuentes, pero el éxito es mayor.
5. Los varones deprimidos son más proclives al suicidio que las mujeres.

160. Todas las siguientes, EXCEPTO una, son indicaciones de ingreso psiquiátrico en pacientes con trastorno de Personalidad límite. Señale la INCORRECTA:

1. Peligro inmediato para otros.
2. Impulsividad suicida o intentos suicidas serios.
3. Episodio psicótico transitorio con impulsividad.
4. Crisis en el tratamiento con repercusiones en la vida y el entorno del paciente.

5. Episodio depresivo.
- 161. En las pacientes con anorexia nerviosa que llevan más de un año con amenorrea es necesario practicar:**
1. Una densitometría ósea.
 2. Una determinación de niveles séricos de cortisol.
 3. Una determinación de los niveles de prolactina.
 4. Un electroencefalograma.
 5. Un test de supresión con dexametasona.
- 162. Una adolescente de 16 años acude a la consulta contando que lleva cerca de un año sintiéndose más cansada, con poco apetito y dificultades para concentrarse en los estudios. Cuando se le pregunta comenta también que sale menos con las amigas y se muestra pesimista respecto de su futuro. El diagnóstico más probable sería:**
1. Anorexia.
 2. Distimia.
 3. Depresión mayor.
 4. Trastorno de ansiedad.
 5. Agorafobia.
- 163. Señalar cuál de los siguientes trastornos NO parece relacionado con el espectro de la patología obsesivo-compulsiva:**
1. El trastorno dismórfico corporal.
 2. La amnesia psicógena.
 3. La hipocondría.
 4. Los tics.
 5. La cleptomanía.
- 164. Un paciente psicótico, en tratamiento con medicación neuroléptica, refiere sensación subjetiva de inquietud. A la exploración, se ve que es incapaz de relajarse, va y viene por la consulta alterna entre sentarse y levantarse, y cuando está de pie, se balancea de pierna a pierna. El cuadro descrito sería compatible con el siguiente trastorno inducido por fármacos:**
1. Parkinsonismo.
 2. Síndrome neuroléptico maligno.
 3. Síndrome de piernas inquietas.
 4. Distonía aguda.
 5. Acatisia.
- 165. Los siguientes hallazgos ecográficos se consideran actualmente marcadores de cromosomopatía EXCEPTO uno:**
1. Ausencia del tabique nasal.
 2. Ectasia piélica.
 3. Flujo invertido en el ductus venoso.
 4. Acortamiento de la longitud del fémur.
 5. El retardo en la fusión del amnios y el corion.
- 166. En relación con la sífilis en el embarazo sólo una de las siguientes afirmaciones es correcta:**
1. En embarazadas alérgicas a penicilina el tratamiento de elección son las tetraciclinas.
 2. Las lesiones de sífilis congénita, se desarrollan en general antes del cuarto mes de gestación.
 3. La reacción de Jarisch-Herxheimer en el embarazo desencadena el parto prematuro.
 4. Todas las embarazadas deben someterse a una prueba no treponémica en el primer control del embarazo, incluso en las zonas con escasa prevalencia de sífilis prenatal.
 5. El riesgo de infección fetal a partir de una madre con sífilis precoz no tratada es inferior al 25%.
- 167. Una mujer de 25 años consulta por un retraso menstrual de 3 semanas y metrorragia escasa desde hace 24 horas. Su estado general es bueno, no tiene dolor, y la exploración ginecológica no muestra alteraciones excepto el sangrado escaso procedente de la cavidad uterina. El test de embarazo es positivo y la determinación de beta hCG en plasma es del 600 mUI/ml. Por ecografía transvaginal se observa un útero normal con un endometrio homogéneo de aspecto secretor de 12 mm de espesor. En el ovario derecho hay una formación que parece un cuerpo lúteo normal. No hay líquido libre en la cavidad abdominal. ¿Cuál de las siguientes es la indicación más correcta?:**
1. Repetir seriadamente cada 2-3 días la ecografía y la beta-hCG.
 2. Reposo absoluto y repetir la ecografía a las 2-3 semanas.
 3. Legrado uterino.
 4. Tratamiento con Metotrexato por vía sistémica.
 5. Laparoscopia.
- 168. Paciente de 34 semanas de gestación, que acude a urgencias por presentar contracciones uterinas con la sospecha de amenaza de parto pretérmino. Se realiza registro cardiotocográfico fetal, comprobándose la existencia de 2 contracciones en 20 minutos y una longitud cervical medida por ecografía de 3 cm. ¿Cuál sería la actitud correcta?:**
1. Ingresar a la paciente y dejar evolucionar, pues el feto ya está maduro bajo el punto de vista pulmonar.
 2. Dejar que se desplace nuevamente a su domicilio advirtiéndole que realice reposo y que acuda de nuevo a urgencias si la dinámica se hace más frecuente.
 3. Ingresar a la paciente y administrarles tocolíticos para frenar la dinámica.
 4. Ingreso en la sala de expectantes repitiendo, si sigue la dinámica, la ecografía vaginal para

ver si existe modificación del cervix.

5. Ingreso y administración de tocolíticos y corticoides para la maduración pulmonar.

169. ¿Cuál de las siguientes es la causa más frecuente de coagulación intravascular diseminada durante el embarazo?:

1. Diabetes gestacional.
2. Placenta previa.
3. Hipertensión arterial crónica asociada al embarazo.
4. Desprendimiento precoz de placenta.
5. Aborto incompleto.

170. Gestante de 38 semanas que ingresa con trabajo de parto. Durante el período de dilatación presenta cuadro de dolor brusco. A la exploración usted objetiva metrorragia escasa y aumento del tono uterino a la palpación abdominal que resulta muy doloroso. ¿Cuál sería su diagnóstico?:

1. Rotura uterina.
2. Placenta previa.
3. Desprendimiento de placenta.
4. Corioamnionitis hemorrágica.
5. Rotura de vasos previos.

171. La infección por estreptococo del Grupo B en el recién nacido puede prevenirse administrando antibioterapia profiláctica a las embarazadas portadoras o a las que presentan factores de riesgo. Respecto a este problema, señale la afirmación INCORRECTA:

1. La profilaxis se realiza durante el parto.
2. En las gestantes alérgicas a penicilina puede utilizarse eritromicina.
3. La vía más frecuente de infección fetal es transplacentaria.
4. El cribado en las embarazadas se realiza entre las semanas 35-37 de gestación.
5. La incidencia de infección neonatal por estreptococo B proporcionalmente es mayor entre recién nacidos prematuros que entre recién nacidos a término.

172. Una mujer de 38 años consulta por una secreción vaginal anormal con mal olor, como a “pescado podrido”, que se hace más intenso después del coito. No tiene prurito genital. En la exploración se observa una abundante secreción blanco-grisácea, que no se adhiere a las paredes vaginales. Al mezclar una muestra de la secreción con una gota de hidróxido potásico al 10% se aprecia claramente el mal olor referido. ¿Cuál de los siguientes es el tratamiento de elección?:

1. Amoxicilina con Ácido Clavulánico por vía oral.
2. Clotrimazol por vía intravaginal.

3. Doxiciclina por vía oral.
4. Clindamicina por vía intravaginal.
5. Fluconazol por vía oral.

173. ¿Cuál sería el primer cambio hormonal de la pre-menopausia?. Señale la respuesta correcta:

1. FSH y LH disminuidas.
2. FSH y LH aumentadas.
3. FSH normal y LH aumentadas.
4. FSH aumentada y LH normal.
5. FSH aumentada y LH disminuida.

174. En relación con la Enfermedad Inflamatoria Pélvica, señale la opción INCORRECTA:

1. La esterilización tubárica (ligadura tubárica) disminuye el riesgo de Enfermedad Inflamatoria Pélvica.
2. La laparoscopia es el método más específico para establecer el diagnóstico de salpingitis aguda.
3. El tratamiento puede hacerse de forma ambulatoria mediante una combinación antibiótica que posea amplio espectro de actividad.
4. Si la paciente es portadora de DIU es necesario retirarlo previamente al inicio de cualquier tratamiento antibiótico.
5. Las pacientes con un diagnóstico dudoso de Enfermedad Inflamatoria Pélvica deben ser tratadas, ya que es preferible el tratamiento precoz al objeto de evitar las secuelas.

175. Una mujer de 65 años consulta por metrorragias escasas desde hace tres meses. La exploración ginecológica es normal. En una ecografía transvaginal se observa un útero de 7 x 3 x 4 cm. con un endometrio de 14 mm. de espesor, y unos ovarios atróficos. La citología cérvico-vaginal informa de un frotis atrófico sin otras alteraciones celulares. En una biopsia endometrial realizada por aspiración con una cánula flexible de tipo Cornier o Pipelle (microlegrado) se informa de escaso material endometrial de tipo atrófico, insuficiente para un diagnóstico endometrial adecuado. ¿Cuál de las siguientes indicaciones es la más adecuada?:

1. Tratamiento hemostático con estrógenos + progestágenos, seguido de progestágenos cíclicos cada mes durante 6 meses.
2. Histerectomía.
3. Repetición de la biopsia si vuelve a sangrar, y en caso contrario repetición de la ecografía a los 4-6 meses.
4. Histeroscopia.
5. Completar el estudio con determinación de marcador tumoral CA 12,5 y otras pruebas de imagen como RNM o TAC.

176. Las pacientes con síndrome de ovarios poliquísticos presentan un aumento de riesgo a largo plazo para los siguientes procesos EXCEPTO:

1. Diabetes mellitus tipo 2.
2. Hipertensión arterial.
3. Osteopenia.
4. Dislipemia.
5. Coronariopatía.

177. Que afirmación es INCORRECTA respecto a las variables pronósticas del cáncer de mama:

1. El tamaño del tumor y el estado de los ganglios linfáticos axilares son factores de valor pronóstico probado.
2. La recidiva del cáncer de mama es más probable en los tumores que poseen receptores hormonales de estrógenos y de progesterona.
3. La sobreexpresión del gen c-erbB-2 (HER-2/neu) puede ser indicativa de resistencia/sensibilidad a determinados tratamientos.
4. Elevadas concentraciones de PCNA (Ki67) indican peor pronóstico.
5. La presencia de un número elevado de microvasos en el tumor se acompaña de un peor pronóstico.

178. La menopausia tardía aumenta el riesgo de desarrollar un cáncer de mama:

1. Si hay antecedentes familiares de cáncer de mama.
2. En mujeres sometidas a Terapia Hormonal Sustitutiva (THS).
3. En casos de menarquia precoz.
4. En todas las mujeres.
5. En múltiparas.

179. En relación con el cáncer de endometrio ¿cuál de las siguientes respuestas es la verdadera?:

1. El cáncer de endometrio es más frecuente en mujeres premenopáusicas.
2. La contracepción oral durante más de tres años es un factor de riesgo.
3. El tratamiento con tamoxifeno es un factor de riesgo.
4. La multiparidad es un factor de riesgo.
5. Es menos frecuente que el cáncer de ovario.

180. Una niña de 6 años, diagnosticada de coartación de aorta consulta por talla baja. En la exploración física se observa talla en Percentil 3 para su edad y pterigium coli. ¿Cuál de los siguientes es el diagnóstico más probable y que exploración realizaría para confirmarlo?:

1. Déficit de GH y determinación de IGF-1 sérica.
2. Síndrome de Turner y cariotipo.
3. Hipocondroplasia y radiografías de esqueleto óseo completo.
4. Hipotiroidismo y determinación de TSH y T4 séricas.
5. Disgenesia gonadal pura y cariotipo.

181. Todas las siguientes son causa de retraso en la eliminación del meconio EXCEPTO:

1. Fibrosis quística.
2. Drogadicción materna.
3. S. del colon izquierdo pequeño.
4. Aganglionosis rectal.
5. Hipotiroidismo congénito.

182. Niña de 7 años que presenta pubarquia grado II-III sin telarquia asociada. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?:

1. La aparición precoz de pubarquia es mucho más frecuente en niñas que en niños.
2. En esta paciente está incrementado el riesgo de Hiperandrogenismo ovárico e Hiperinsulinismo en la adolescencia, por lo que es recomendable realizar seguimiento.
3. El que se asocien axilarquia y aumento del olor corporal no implica un cambio de actitud.
4. Está indicado realizar una radiografía de muñeca y una determinación basal de DHEA y 17-OH-progesterona.
5. Esta situación conduce en la mayoría de las ocasiones a un crecimiento acelerado y desarrollo puberal completo, disminuyendo la talla final.

183. En el diagnóstico de laboratorio de intolerancia – malabsorción de Lactosa todas las pruebas son útiles EXCEPTO:

1. Determinación de cuerpos reductores en heces.
2. Análisis de H₂ en aire espirado.
3. Test de ureasa en la biopsia intestinal.
4. Determinación del pH fecal.
5. Determinación de ácido láctico en heces.

184. Niña de 9 años con padres obesos que consulta porque desde los 6 años ha aumentado excesivamente de peso aunque el aumento de talla ha sido importante. Refieren un buen apetito y una ingesta consecuente de alimento y una tendencia a la inactividad. A la exploración física los datos más relevantes con un Índice de Masa Corporal de 158% con telarquia 2/4 bilateral y un vello pubiano 3/6 con inicio de vello axilar. Enumere los posibles diagnósticos y qué pruebas complementarias solicitaría:

1. Diagnóstico: Pubertad precoz idiopática. Solicitaría una determinación de FSH y LH para distinguir si es central o periférica.
2. Diagnóstico: Pubertad precoz secundaria a la obesidad. Solicitaría FSH LH y 17 beta estradiol y si los valores son elevados iniciaría tratamiento con andrógenos.
3. Diagnóstico: Obesidad y Adelanto puberal secundaria. Solicitaría FSH, LH y 17 beta estradiol y maduración esquelética para com-

probarlo. Iniciaría en el momento restricción calórica y valoración a los 6 meses.

4. Diagnóstico: Adelanto puberal y obesidad como problemas independientes. Tras un estudio de la función tiroidea y de los niveles de FSH y LH, iniciaría tratamiento con progestágenos para retrasar la pubertad.
 5. Diagnóstico: Obesidad, adelanto puberal, ambas por un posible hipotiroidismo. Solicitaría FT4 y TSH y aunque los valores fueran normales si la maduración esquelética está atrasada iniciaría tratamiento sustitutivo.
- 185. Niño de 2 años que presenta fiebre elevada de 4 días de evolución, con afectación del estado general, y ligera irritabilidad. A la exploración destaca la presencia de un exantema maculopapuloso discreto en tronco e hiperemia conjuntival bilateral sin secreción. Presenta además enrojecimiento bucal con lengua aframbuesada e hiperemia faríngea sin exudados amigdalares, además de adenopatías laterocervicales rodaderas de unos 1,5 cm de tamaño. Ha recibido 3 dosis de Azitromicina. ¿Cuál, entre los siguientes, es el diagnóstico más probable?:**
1. Exantema súbito.
 2. Síndrome de Kawasaki.
 3. Escarlatina.
 4. Rubeola.
 5. Mononucleosis infecciosa.
- 186. Lactante de 2 meses de edad que hace tres días comenzó con mocos nasales acuosos, tos y estornudos. Desde ayer presenta taquipnea con 60 rpm, tiraje intercostal con aleteo nasal. Rechaza la alimentación. En Urgencias observan distrés respiratorio con sibilancias inspiratorias y espiratorias y algunos crepitantes bilaterales. Una Rx de tórax muestra hiperinsuflación bilateral con una atelectasia laminar y corazón pequeño. Presenta: pH 7,24; pCO₂: 58 mmHg; CO₃H: 21 mEq/L. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:**
1. Bronconeumonía bilateral.
 2. Crisis asmática de origen infeccioso.
 3. Miocarditis con insuficiencia cardíaca congestiva.
 4. Neumonitis intersticial.
 5. Bronquiolitis.
- 187. Lactante varón de 10 meses de edad al que en un examen rutinario de salud se le descubre una masa en flanco izquierdo, dura, que sobrepasa línea media. En la ecografía abdominal dicha masa se corresponde con un tumor sólido localizado en la glándula suprarrenal izquierda. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?:**
1. La edad inferior al año empeora el pronóstico.
 2. Si presentara metástasis hepáticas estaría contraindicado el tratamiento quirúrgico.
 3. Debe realizarse un aspirado de médula ósea

como parte del estudio de extensión.

4. El tumor que presenta es más frecuente en pacientes con hemihipertrofia.
 5. El empleo de la gammagrafía con meta-yodobencilguanidina ha sido abandonado por técnicas más específicas.
- 188. Un niño de 7 meses deshidratado, con vómitos, diarrea y fiebre nos llega la siguiente analítica: Hb 11.6 gr%; Hto: 39%; Leucocitos: 14.900 mm³ (Neutrófilos: 63%; Linfocitos: 30%; Monocitos; 7%); Plaquetas: 322.000 mm³; Osmolaridad: 295 mOsm/L; Na: 137 mEq/L; K: 5.6 mEq/L; Ca iónico: 1,2 mmol/L; pH: 7.20; pCO₂: 25 mmHg; CO₃H: 11 mEq/L; E.B.: -19mEq/L; Lactato: 5.3 mmol/L, Creatinina: 4.2 mgr%. ¿Cuál es la valoración metabólica de esta deshidratación?:**
1. Deshidratación isotónica con acidosis mixta.
 2. Deshidratación hipotónica con acidosis metabólica.
 3. Deshidratación isotónica con acidosis metabólica.
 4. Deshidratación hipertónica con acidosis metabólica.
 5. Deshidratación isotónica con acidosis respiratoria.
- 189. Niño de 3 años de edad que tras un golpe en el colegio presenta una lesión hemorrágica que cicatriza mal. El paciente había acudido antes en diversas ocasiones a Dermatología por eczema en cara y brazos, y a Pediatría por infecciones respiratorias. El hemograma indica leucocitos y eritrocitos normales, pero plaquetas escasas y pequeñas. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:**
1. Edema angioneurótico hereditario.
 2. Síndrome de Wiskott-Aldrich.
 3. Hemofilia A.
 4. Púrpura trombopénica inmune.
 5. Dermatitis atópica.
- 190. Todo lo que sigue acerca del síndrome nefrótico en el niño es cierto, EXCEPTO:**
1. Colesterol sérico elevado.
 2. El 85% se debe a la forma histológica de enfermedad de cambios mínimos.
 3. Reabsorción reducida de sodio por el riñón.
 4. Triglicéridos séricos elevados.
 5. La hipoalbuminemia es la causa de la hipoproteínemia.
- 191. En relación con la fístula traqueoesofágica congénita, refiera cuál de las complicaciones siguientes al tratamiento quirúrgico es la más frecuente:**
1. Fístula anastomótica.
 2. Estenosis esofágica.

3. Fístula traqueoesofágica recidivante.
 4. Reflujo gastroesofágico.
 5. Traqueomalacia.
- 192. Un niña de 2 años se ha encontrado bien hasta hace aproximadamente 12 horas, momento en que empezó con un cuadro de letargia, vómitos y episodios de llanto intermitente con un estado de dolor visible. Coincidiendo con los episodios, retrae las piernas hacia el abdomen. En la consulta emite una deposición de color rojo oscuro; el abdomen muestra plenitud y un discreto dolor a la palpación. El diagnóstico más probable es:**
1. Estenosis hipertrófica de píloro.
 2. Apendicitis.
 3. Infección urinaria.
 4. Invaginación.
 5. Enfermedad ulcerosa péptica.
- 193. En un ensayo clínico se comparan 3 tratamientos (p.e. placebo, tratamiento establecido y un tratamiento nuevo). La variable respuesta es continua (p.e. nivel de glucosa en sangre). ¿Si la variable no tiene una distribución normal, el test correcto para comparar la respuesta es?:**
1. La *t* de Student.
 2. El test de Wilcoxon.
 3. Análisis de la varianza.
 4. El test de Kruskal-Wallis.
 5. El test ji-cuadrado.
- 194. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta en relación a la estadística?:**
1. La estadística tiene entre sus funciones la corrección de los errores y sesgos de un mal diseño.
 2. Ante un estudio con sesgos nos podemos fiar de los resultados si el valor de significación encontrado es razonablemente pequeño, por ejemplo $p < 0,0001$.
 3. La significación estadística es un criterio objetivo por lo que puede suplir la objetividad del juicio clínico.
 4. La mejor manera de investigar consiste en la obtención del mayor número *p* posibles, guiándonos por los resultados obtenidos.
 5. El valor de significación nos orienta sobre cual es la probabilidad de que la diferencia observada sea debida exclusivamente al azar.
- 195. ¿Cuál de las siguientes es una característica tanto de los estudios epidemiológicos de cohorte como de los ensayos clínicos controlados?:**
1. Pueden ser retrospectivos.
 2. En el análisis de sus resultados se compara la variable resultado entre los sujetos con y sin el factor de exposición.
 3. El investigador decide qué pacientes serán expuestos al factor en estudio.
 4. Forman parte de los llamados estudios de tipo transversal.
 5. La existencia de un grupo control permite mejorar la validez externa del estudio.
- 196. Tenemos interés en estudiar la relación que pueda existir entre la utilización de determinado medicamento antiasmático y las muertes por asma. Para ello, disponemos de los datos de los últimos 10 años de la mortalidad por asma en determinada Área de Salud, y del consumo de este medicamento en el mismo ámbito. Con estos datos, ¿qué tipo de diseño de estudio podría realizarse?:**
1. Estudio de cohorte retrospectivo.
 2. Estudio de caso-control anidado.
 3. Estudio cuasi-experimental.
 4. Estudio de tendencias temporales.
 5. Ensayo de campo.
- 197. Se cree que un neuroléptico produce hiperprolactinemia. Para averiguarlo, se diseña un estudio en el que se recogen pacientes diagnosticados con hiperprolactinemia y se aparean con pacientes de su misma edad y sexo, diagnosticados de EPOC, enfermedad cardiovascular y fracturas traumáticas, recogiendo de su historia clínica si han consumido o no el fármaco. Estamos ante un estudio con un diseño ¿de qué tipo?:**
1. Cohortes con grupo control.
 2. Casos y controles.
 3. Cohorte retrospectivo.
 4. Ensayo clínico.
 5. Casos y controles anidados.
- 198. Respecto al análisis de los resultados de un estudio epidemiológico de cohorte mediante el riesgo relativo es cierto que:**
1. Se calcula dividiendo la incidencia de enfermedad en los no expuestos entre la incidencia de la enfermedad en los expuestos.
 2. Carece de unidades.
 3. Es una medida del efecto absoluto del factor de riesgo que produce la enfermedad.
 4. En los estudios de cohorte tiene el mismo valor que el "odds ratio".
 5. Su límite inferior es 1.
- 199. Respecto al ensayo clínico controlado, indique cuál de las siguientes afirmaciones es cierta:**
1. Es un método experimental.
 2. Su característica fundamental es el enmascaramiento del estudio.
 3. Es un método observacional.
 4. Debe incluir como mínimo a 100 pacientes.
 5. Debe durar como mínimo una semana.

- 200. Un estudio en el que se seleccionan sujetos libres de enfermedad que son clasificados según el nivel de exposición a posibles factores de riesgo y son seguidos para observar la incidencia de enfermedad a lo largo del tiempo es un:**
1. Estudio de casos y controles.
 2. Ensayo clínico.
 3. Estudio de una serie de casos.
 4. Estudio transversal.
 5. Estudio de cohortes.
- 201. En un ensayo clínico aleatorizado, doble-ciego y controlado con placebo, se evaluó el efecto sobre la mortalidad de un nuevo fármaco en pacientes con hiperlipidemia y sin antecedentes de cardiopatía isquémica. Después de un seguimiento medio de cinco años se encontró una mortalidad del 10% en el grupo placebo y del 5% en el grupo de tratamiento (diferencia estadísticamente significativa con $p < 0.05$). Calcule en NNT, que se define como el número de pacientes que tenemos que tratar con el nuevo fármaco durante 5 años para evitar una muerte:**
1. 5%.
 2. 20.
 3. 0.5.
 4. 50%.
 5. 1.
- 202. Respecto a la utilización del placebo como grupo control en los ensayos clínicos, señale la respuesta INCORRECTA:**
1. La comparación con placebo es la única forma de evaluar la eficacia absoluta de un fármaco.
 2. El uso del placebo puede presentar problemas éticos cuando existe un tratamiento de eficacia probada para la enfermedad que se evalúa.
 3. El uso de placebo podría estar justificado cuando la enfermedad tiene carácter banal.
 4. El uso de placebo está justificado si no existe un tratamiento de referencia de eficacia demostrada o éste presenta efectos adversos muy graves.
 5. En los ensayos clínicos controlados con placebo no se debe informar al paciente de que puede recibir placebo porque se rompería en enmascaramiento.
- 203. Estamos planeando hacer un ensayo clínico para comparar la eficacia de dos antibióticos para el tratamiento de la neumonía. ¿Cuál de los siguientes datos NO es útil para calcular el tamaño de la muestra?:**
1. El número de pacientes que ingresan con diagnóstico de neumonía en nuestro centro, que es de 5 a la semana.
 2. El porcentaje de pacientes que se curan con el fármaco de referencia, que en los estudios publicados es de un 85%.
 3. La probabilidad de obtener un resultado falso positivo (error tipo 1), que la fijamos en un 5%.
 4. La proporción de pérdidas de pacientes previstas, que en otros estudios similares de la literatura era de un 10%.
 5. La diferencia mínima clínicamente relevante entre los dos fármacos, que la consideramos de un 10%.
- 204. ¿Cuál sería el diseño más adecuado para evaluar el efecto sobre la morbimortalidad cardiovascular de un fármaco antagonista de los receptores de angiotensina (eprosartan) y de la vitamina E y de su combinación en pacientes de alto riesgo?:**
1. Un estudio aleatorizado y doble-ciego, con diseño paralelo de tres brazos, de tal forma que los pacientes se asignan aleatoriamente a recibir tratamiento con eprosartan, vitamina E o placebo.
 2. Un estudio aleatorizado y doble-ciego, con diseño cruzado en el que los pacientes primero son tratados con eprosartan o placebo durante 1 año y después son tratados con vitamina E o placebo durante otro año.
 3. Un estudio de cohortes en el que los pacientes que tienen una dieta rica o pobre en vitamina E se asignan aleatoriamente a ser tratados con eprosartan o placebo.
 4. Un ensayo clínico paralelo con diseño factorial de 2x2 en el que cada paciente se asigna aleatoriamente a recibir, por un lado eprosartan o placebo, y por otro lado vitamina E o placebo.
 5. Es mejor hacer dos ensayos clínicos separados, uno para eprosartan y otro para vitamina E, cada uno de ellos con un diseño paralelo, aleatorizado, doble-ciego y controlado con placebo.
- 205. ¿Cuál de los siguientes objetivos NO se puede evaluar en los ensayos clínicos de fase I?:**
1. Seguridad y tolerabilidad del fármaco y búsqueda de la dosis máxima tolerada.
 2. Farmacocinética en dosis única y en dosis múltiple.
 3. Farmacodinámica.
 4. Dosis más eficaz para el tratamiento de una patología concreta.
 5. Biodisponibilidad y bioequivalencia.
- 206. Si en los resultados de un ensayo clínico se especifica que se ha realizado un análisis por intención de tratar ¿qué población se incluye en dicho análisis?:**
1. Todos los pacientes aleatorizados, aunque no hayan completado el estudio.
 2. Todos los pacientes que no han abandonado el

estudio por acontecimientos adversos.

3. Todos los pacientes que han completado el seguimiento previsto.
4. Todos los pacientes que han completado el tratamiento del estudio.
5. Todos los pacientes que han recibido más del 80% del tratamiento y que han completado el seguimiento hasta la última visita.

207. Debemos evaluar los resultados de 3 medicamentos (A, B y C) en el tratamiento de pacientes con déficit cognitivo ligero. Los diseños implementados en los tres casos han sido muy similares y se ha usado placebo como grupo control en los tres casos. Se han observado los siguientes resultado de significación estadística y de porcentaje de reducción absoluta en la progresión a demencia en las comparaciones contra placebo: A versus Placebo: 3%, $p < 0,001$; B versus Placebo: 8%, $p = 0,041$; C versus Placebo 1% $p = 0,021$. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones se puede concluir a partir de los presentes resultados?:

1. El valor de p demuestra que el medicamento con un efecto de mayor magnitud es el A.
2. El valor de significación nos indica que el medicamento con un efecto de menor magnitud es el B.
3. El medicamento B es el que muestra un efecto de mayor magnitud frente a placebo.
4. El medicamento C es mejor que el B ya que es más significativo.
5. El valor de significación nos indica que el medicamento con un efecto de menor magnitud es el A.

208. Acabamos de finalizar un estudio cuyo objetivo era evaluar cual de los dos protocolos de actuación en nuestro centro hospitalario es mejor. Se ha obtenido un resultado no estadísticamente significativo ($p > 0,05$) en nuestro contraste de hipótesis. ¿Cuál de las siguientes respuestas es correcta?:

1. Debemos seguir explorando los datos dividiendo nuestra muestra en diferentes subgrupos para ver si en alguno de los grupos encontramos algún valor de p significativo.
2. Nos hemos de plantear si el tamaño de muestra es suficiente, si pensamos que no lo era continuaremos añadiendo más casos a nuestro estudio hasta obtener un resultado estadísticamente significativo.
3. Si el tamaño de muestra era insuficiente, utilizaremos la información del presente estudio para el diseño de uno nuevo revisando nuestras hipótesis de trabajo y la predeterminación del tamaño de la muestra.
4. Acabaremos concluyendo que los dos protocolos son iguales, al no haberse detectado diferencias significativas.
5. Nos hemos dado cuenta de la existencia de un

sesgo que no habíamos tenido en cuenta ni en el diseño ni en la ejecución, por tanto, debemos utilizar un método estadístico más sofisticado que permita la corrección del mismo para seleccionar el protocolo mejor sin la menor duda.

209. Los resultados que aporta un ensayo clínico con un nuevo tratamiento para la hiperplasia benigna de próstata, comparado con un alfa-bloqueante, se basan en la variable principal fosfatasa ácida. Se observa una disminución de la misma con el nuevo tratamiento comparativamente con el de referencia de 30% (IC 95%=27-32.5%), siendo estadísticamente significativa. ¿Recomendaría cambiar a este nuevo tratamiento a sus pacientes?:

1. No, porque el tratamiento elegido como referencia no es el adecuado.
2. Si, porque el intervalo de confianza es muy estrecho.
3. Si, ya que los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas.
4. No, ya que la variable principal utilizada no es relevante.
5. No, porque la reducción obtenida de la fosfatasa ácida no es suficientemente importante

210. Respecto a los sesgos que pueden aparecer en un ensayo clínico, se pueden tomar distintas medidas para evitarlos. Señale la respuesta INCORRECTA:

1. Para evitar el sesgo de selección (diferencias sistemáticas en los dos grupos de comparación) se debe ocultar la secuencia de aleatorización.
2. Para evitar diferencias sistemáticas en los cuidados recibidos por los dos grupos de comparación (sesgo de cointervención) se debe comparar con un control histórico.
3. Para evitar una distribución no homogénea de los principales factores predictores, conocidos o no, de la variable de resultado, se asigna aleatoriamente a los participantes a cada grupo de tratamiento.
4. Para evitar diferencias sistemáticas en los abandonos, pérdidas o cumplimiento terapéutico entre los dos grupos de comparación (sesgo de atrición), se realiza un análisis por intención de tratar.
5. Para evitar el sesgo de información (diferencias sistemáticas en la evaluación de las variables de resultado entre los dos grupos de comparación), se realiza un enmascaramiento de la intervención.

211. ¿Qué es un ensayo clínico secuencial?:

1. Un ensayo para cuya realización es necesario conocer los resultados de estudios previos más básicos.

2. Un ensayo en que la decisión de reclutar al siguiente paciente, par de pacientes o bloque de pacientes depende de la diferencia entre tratamientos obtenido hasta ese momento.
3. Un ensayo en que la fecha de comienzo y finalización es distinta para cada paciente, dependiendo de la disponibilidad de sujetos con los criterios de selección pertinentes.
4. Un ensayo con ventajas éticas ya que en caso de empate entre tratamientos es el azar el que decide a que grupo se asigna cada nuevo paciente, mientras que en caso de que hasta el momento haya un tratamiento aparentemente superior, es ese precisamente el que reciben los nuevos pacientes.
5. Un ensayo que está perfectamente incardinado dentro del programa de desarrollo de un nuevo tratamiento.

212. Tenemos que evaluar los resultados de un ensayo clínico que compara un nuevo antihipertensivo respecto a otro considerado desde el punto de vista clínico como un buen estándar, y donde la reducción de la presión arterial diastólica (TAD) se predefinió como la variable principal. Suponemos que tanto el diseño como la ejecución del estudio son correctos. Los resultados indican que el nuevo tratamiento es más efectivo ya que reduce más la TAD, concretamente en media (intervalo confianza al 95% bilateral) reduce 0,5 (0,2 a 0,7) mmHg más que el grupo control, con $p=0,001$. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?:

1. El valor de p (0.001) encontrado demuestra con una probabilidad nula de equivocarnos que el nuevo tratamiento es mejor.
2. En base al valor observado de p (0.001) se puede concluir que la magnitud de la reducción de TAD del nuevo medicamento en relación al control es de gran relevancia clínica.
3. Si yo acepto que el tratamiento nuevo es el mejor, me equivocaré sólo con una probabilidad de 0,001.
4. La reducción de TAD es mayor con el nuevo tratamiento, pero la mejoría que en promedio ofrece en relación al tratamiento control no sobrepasaría 0.7 mmHg en mejor de los casos, teniendo en cuenta un error alfa o tipo I del 5% bilateral.
5. La estimación puntual y los intervalos de confianza no aportan información de la magnitud del efecto de la comparación entre ambos tratamientos.

213. Señale cuál de los siguientes NO está incluido entre los 4 principios básicos de la bioética:

1. Autonomía o respeto por las personas.
2. Beneficencia.
3. No maleficencia.
4. Justicia, entendido como justicia distributiva.
5. Confidencialidad.

214. ¿Cuál de las siguientes técnicas del Sistema Español de Farmacovigilancia se conoce como “tarjeta amarilla”?:

1. Ensayos clínicos postcomercialización.
2. Estudios de cohortes.
3. Estudios de casos y controles.
4. Notificación espontánea.
5. Monitorización intensiva intrahospitalaria.

215. En relación con el valor predictivo de una prueba diagnóstica, señale la respuesta correcta:

1. El valor predictivo no depende de la prevalencia de enfermedad.
2. Cuando la prevalencia de la enfermedad es baja es improbable que el paciente con una prueba con resultado positivo tenga realmente la enfermedad.
3. Cuando la prevalencia de la enfermedad es baja es probable que el paciente con una prueba con resultado positivo tenga realmente la enfermedad.
4. Cuando la prevalencia de la enfermedad es alta es probable que el paciente con un resultado positivo no tenga la enfermedad.
5. Cuando la prevalencia de la enfermedad es baja no hay aumento de falsos positivos.

216. De los siguientes, que aspecto debe tenerse en cuenta en último lugar a la hora de interpretar los resultados de un ensayo clínico:

1. Las pérdidas de pacientes y los motivos de las mismas.
2. La significación estadística de los resultados.
3. Un diseño adecuado para evitar posibles sesgos.
4. Características de los pacientes incluidos.
5. La variable de medida utilizada y a cuanto tiempo se evalúa.

217. En el momento actual, España y la Región Europea han sido declaradas libres de polio desde el 21 de junio del 2002. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?:

1. En el momento actual en España no se recomienda ya la vacunación antipoliomielítica.
2. En el momento actual en España solo se vacuna frente a la poliomieltitis con vacuna atenuada.
3. En el momento actual en España solo se vacuna frente a la poliomieltitis con vacuna inactivada.
4. Desde el año 2002 en España no se vacuna frente a la poliomieltitis.
5. En el momento actual en España se vacuna frente a la poliomieltitis con un procedimiento secuencial, primero con vacuna inactivada y luego con vacuna atenuada.

- 218. En cuanto a las infecciones hospitalarias de la herida quirúrgica, señale lo cierto:**
1. Son las infecciones hospitalarias más frecuentes.
 2. Los microorganismos responsables provienen en su mayor parte del medio ambiente inanimado del quirófano.
 3. La profilaxis antibiótica es eficaz cuando se administra justo antes de la intervención.
 4. Generalmente se presentan en forma de epidemias.
 5. El grado de riesgo de infección quirúrgica no guarda relación con el tipo de procedimiento quirúrgico realizado.
- 219. ¿En que tipo de análisis de evaluación económica, el análisis incremental es de elección a la hora de analizar e interpretar los resultados?:**
1. Análisis de minimización de costes.
 2. Análisis coste-beneficio.
 3. Análisis coste-efectividad.
 4. Análisis coste-consecuencia.
 5. Estudios de coste de la enfermedad.
- 220. En un análisis de evaluación económica, los costes derivados de las horas/días de trabajo perdidos por absentismo laboral se denominan:**
1. Costes médicos directos.
 2. Costes no-médicos directos.
 3. Costes indirectos.
 4. Costes intangibles.
 5. Costes sociales.
- 221. Una de las siguientes afirmaciones referidas a fármacos antivíricos es FALSA:**
1. El aciclovir posee acción selectiva contra los herpesvirus que codifican una timidina cinasa.
 2. El aciclovir es especialmente eficaz en las infecciones por virus del herpes simple, como encefalitis, herpes diseminado y otros cuadros graves.
 3. El ganciclovir tiene una actividad significativa sobre citomegalovirus.
 4. La azidotimidina, un análogo de la timidina, inhibe la transcriptasa inversa del VIH.
 5. La amantidina y la rimantidina, análogos de los nucleósidos, se administran en forma de aerosol para el tratamiento de los niños con bronquiolitis grave por el virus sincitial respiratorio.
- 222. ¿Cuáles de las siguientes son manifestaciones clínicas típicas de la intoxicación aguda por un opioide agonista μ puro?:**
1. Midriasis, activación generalizada, convulsiones.
 2. Miosis, depresión respiratoria y coma.
 3. Depresión respiratoria, hipertensión arterial y miosis.
 4. Midriasis, hipotermia, hipotensión, bradicardias.
 5. Depresión respiratoria, hipertemia y taquiarritmias.
- 223. ¿Cuál de los siguientes antibióticos antibacterianos no actúa inhibiendo la síntesis de la pared celular?:**
1. Cefalosporinas.
 2. Carbopenems.
 3. Macrólidos.
 4. Vancomicina.
 5. Penicilinas.
- 224. ¿Cuál de las siguientes situaciones NO favorece la aparición de interacciones clínicamente importantes?:**
1. Cuando se utilizan fármacos con estrecho margen terapéutico.
 2. En pacientes ancianos.
 3. Si la unión a proteínas plasmáticas es escasa.
 4. Si existen modificaciones de pH sanguíneo u urinario.
 5. Si existe polimedicación.
- 225. ¿Cuál de las siguientes características NO es propia de los aminoglucósidos?:**
1. Algunos fármacos de esta familia presentan buena actividad frente a *Mycobacterium tuberculosis*.
 2. La actividad bactericida depende de las concentraciones alcanzadas, por lo que pueden administrarse en dosis única diaria.
 3. Todos los fármacos presentan buena actividad frente a bacilos Gram negativos.
 4. La toxicidad producida por los fármacos de este grupo se relaciona con el mantenimiento de una concentración mínima (concentración previa a una dosis) elevada.
 5. Cuando existe inflamación meníngea resultan muy útiles en el tratamiento de las infecciones bacterianas localizadas en el sistema nervioso central, especialmente las producidas por bacterias Gram negativas.
- 226. Todas las siguientes afirmaciones referidas al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), excepto una, son correctas. Señale la respuesta INCORRECTA:**
1. La proteína CD4 de la superficie de las células T es el receptor para el virus.
 2. Los pacientes infectados por el virus producen anticuerpos frente a las glicoproteínas (gp 120 y gp 41) de la envuelta y el antígeno interno grupo específico (p24).
 3. La prueba de Western blot es más específica que el ELISA para diagnosticar la infección

- por el virus.
4. Un problema importante para estudiar los anticuerpos frente al VIH es su reactividad cruzada con el virus linfotrópico I de células T humanas.
 5. Existe una importante diversidad antigénica en las glicoproteínas de la envoltura del VIH.
- 227. ¿Cuál de los siguientes microorganismos infecta principalmente las células del endotelio vascular?:**
1. *Salmonella Typhi*.
 2. *Rickettsia Typhi*.
 3. *Haemophilus Influenzae*.
 4. *Coxiella Burnetii*.
 5. *Streptococcus Agalataiae*.
- 228. En la malaria, la forma de plasmodio transmitida del mosquito al hombre es el:**
1. Esporozoito.
 2. Gametocito.
 3. Merozoito.
 4. Hipnozoito.
 5. Taquizoito.
- 229. ¿Cuál de los siguientes tipos de microorganismos NO es un parásito intracelular obligado y puede crecer en medios de cultivo artificiales?:**
1. *Chlamydia*.
 2. *Mycoplasma*.
 3. *Coxiella*.
 4. Adenovirus.
 5. *Rickettsia*.
- 230. ¿Cuál es el agente causal de infección urinaria más frecuente en una mujer sin enfermedades generales o locales de base?:**
1. *Proteus Mirabilis*.
 2. *Klebsiella Pneumoniae*.
 3. *Corynebacterium Urealiticum*.
 4. *Escherichia Coli*.
 5. *Staphylococcus Saprophyticus*.
- 231. Un granuloma epitelióide está constituido por:**
1. Macrófagos transformados en células epitelioides.
 2. Células epiteliales.
 3. Linfocitos, histiocitos xantomatosos y células epiteliales.
 4. Acúmulos leucocitarios de apariencia epitelial.
 5. Linfocitos y células gigantes multinucleadas de tipo Langhans.
- 232. ¿Cuál de los siguientes rasgos morfológicos NO es propio de la colitis ulcerosa?:**
1. Microabscesos crípticos.
 2. Formación de pseudopólipos.
 3. Displasia epitelial.
 4. Engrosamiento mural.
 5. Lesión mucosa crónica.
- 233. En algunas enfermedades neurodegenerativas se produce acúmulo intracelular de proteínas anormales. Una de estas enfermedades, la enfermedad de Alzheimer, se caracteriza por el depósito intracelular de:**
1. Sinucleína.
 2. Tau hiperfosforilada.
 3. Huntingtina.
 4. Ataxina.
 5. Proteína priónica.
- 234. En la esclerosis lateral amiotrófica, la lesión se localiza en:**
1. Corteza entorrinal.
 2. Núcleo Caudado.
 3. Sustancia Negra.
 4. Corteza cerebelosa.
 5. Asta anterior de la médula.
- 235. El estudio microscópico de un nódulo tiroideo muestra nidos y trabéculas de células poligonales y fusiformes inmersos en un estroma con sustancia amiloide. ¿Qué diagnóstico realizaría?:**
1. Carcinoma papilar.
 2. Carcinoma folicular.
 3. Carcinoma anaplásico.
 4. Carcinoma de células de Hürthle.
 5. Carcinoma medular.
- 236. Es muy importante el conocimiento de las variaciones anatómicas de la arteria cística en la cirugía de la vesícula biliar. ¿Cuál es el origen más frecuente de la arteria cística?:**
1. Arteria hepática derecha.
 2. Arteria hepática izquierda.
 3. Arteria hepática común.
 4. Tronco celíaco.
 5. Arteria mesentérica superior.
- 237. ¿Dónde desemboca el conducto torácico?:**
1. En la aurícula derecha.
 2. En la vena cava superior.
 3. En la vena subclavia izquierda, en su confluencia con la vena yugular interna izquierda.
 4. En la vena yugular derecha.
 5. En el tronco venoso braquiocéfálico derecho.
- 238. Uno de los siguientes hiatos NO se encuentra en el diafragma:**
1. Hiato de Bochdalek.
 2. Hiato esofágico.

3. Hiato de Winslow.
4. Hiato aórtico.
5. Hiato de Mogagni.

239. ¿Cuántos bronquios segmentarios tiene cada pulmón?:

1. Diez cada uno.
2. Doce el derecho y diez el izquierdo.
3. Diez el derecho y ocho el izquierdo.
4. Doce cada uno.
5. Diez el derecho y nueve el izquierdo.

240. Con respecto a la embriología del tiroides y glándulas paratiroides, una de las siguientes afirmaciones NO es correcta:

1. Las células C producen calcitonina y surgen de la 4ª bolsa faríngea, emigran desde la cresta neural hacia los lóbulos laterales del tiroides.
2. El tiroides tiene su origen embriológico en células situadas en la línea media del suelo de la faringe y su origen es endodérmico.
3. Todos los componentes de la glándula tiroidea adulta (células foliculares y parafoliculares) tienen origen endodérmico.
4. Las Glándulas Paratiroides Superiores provienen de la 4ª bolsa faríngea junto con el componente tiroideo lateral y las inferiores de la 3ª faríngea junto con el timo.
5. Teniendo en cuenta la embriología del tiroides, cualquier tejido tiroideo en compartimentos laterales del cuello se considera actualmente como metástasis de cáncer bien diferenciado de tiroides.

241. Un recién nacido puede experimentar sintomatología transitoria de la enfermedad materna si la madre padece cualquiera de las siguientes patologías EXCEPTO:

1. Miastenia gravis.
2. Hipertiroidismo primario.
3. Penfigo vulgar.
4. Herpes gestacional.
5. Enfermedad celiaca.

242. Los anticuerpos que desaparecen pocos meses después de la infección permiten detectar una enfermedad actual o muy reciente. Este tipo de anticuerpos pertenece a la clase:

1. Ig G₂.
2. Ig E e Ig G₃.
3. Ig A e Ig M.
4. Ig D.
5. Ig G₄ e Ig D.

243. ¿Cuál de las siguientes citocinas es reconocida por un anticuerpo monoclonal que se utiliza con éxito para el tratamiento de la artritis reumatoide?:

1. Interleucina 7 (IL-7).
2. Interferón gamma (IFN- γ).
3. Factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α).
4. Factor de crecimiento transformante beta (TGF- β).
5. Interleucina 4 (IL-4).

244. Sobre los fenómenos de rechazo en los trasplantes alogénicos de órganos sólidos, señale la respuesta FALSA:

1. Los linfocitos T-CD4 del receptor pueden reconocer las moléculas HLA-II alogénicas expresadas en las células presentadoras de antígeno del donante.
2. Los linfocitos T-CD4 del receptor pueden reconocer fragmentos de moléculas HLA-II y HLA-I alogénicas expresadas en las células presentadoras de antígeno del receptor.
3. El rechazo hiperagudo se debe a la presencia de anticuerpos en el receptor (formados previamente) que frecuentemente van dirigidos contra moléculas HLA.
4. En el trasplante hepático el rechazo hiperagudo es infrecuente.
5. A menor expresión de moléculas B7 sobre las células presentadoras de antígeno del donante, mayor es la tasa de rechazo agudo.

245. La deficiencia de adhesión leucocitaria 1 está causada por mutaciones en el gen que codifica para la beta integrina CD18. ¿Cuál de los siguientes es el método más apropiado para diagnosticarla?:

1. Cultivo mixto de linfocitos.
2. Nefelometría cinética.
3. Respuesta a mitógenos.
4. Microscopía electrónica.
5. Citofluorometría de flujo.

246. La enzima 1-alfahidroxilasa, que actúa sobre el 25-hidroxicolecalciferol (25-OH-D) para transformarlo en 1-25 -dihidroxicolecalciferol (1-25-OH₂ D) se encuentra en:

1. El hígado.
2. En las paratiroides.
3. En el riñón.
4. En el corazón.
5. En el pulmón.

247. ¿Qué función tiene el factor von Willebrand?:

1. Estabiliza la unión de las plaquetas con el colágeno.
2. Interviene directamente en la adhesión entre las plaquetas.
3. Estimula la producción de prostaciclina endotelial.
4. Inhibe la activación del factor VIII.
5. Inhibe la unión de la trombina con las plaquetas.

tas.

248. En el ciclo cardiaco normal ¿cuál de las siguientes respuestas es la cierta?:

1. La onda v del pulso venoso coincide con la sístole auricular.
2. El cierre de la válvula aórtica precede al de la pulmonar, especialmente durante la inspiración.
3. La fracción de eyección del ventrículo izquierdo es superior a 0,85.
4. La contracción auricular activa, puesta de manifiesto por la onda P del ECG, es diastólica precoz.
5. Cuando la frecuencia cardiaca es superior a 100 l.p.m., el espacio Q-T del ECG es 0,46 segundos.

249. En relación con los mecanismos normales de la digestión y absorción de los alimentos, una de las afirmaciones siguientes es FALSA:

1. La lipasa se inactiva en medio ácido.
2. La absorción de calcio está facilitada por la vitamina D.
3. La Vitamina B12 se absorbe en el íleon terminal.
4. Los ácidos grasos de cadena media son componentes constantes de la dieta vegetariana.
5. Las sales biliares facilitan la absorción de la grasa.

250. En condiciones de presión atmosférica de 760 mm Hg y humedad relativa del aire del 100%, ¿qué fórmula utilizaría para calcular la Presión alveolar de oxígeno (PA₀₂)?:

1. $PA_{02} = \text{Presión arterial de } CO_2 (Pa_{CO_2}) - \text{Presión arterial de } O_2 (Pa_{O_2})/3.$
2. $PA_{02} = 100 - 1,25 \times Pa_{02}/3.$
3. $PA_{02} = 150 - 1,25 \times Pa_{CO_2}.$
4. $PA_{02} = 125 - 1,25 \times Pa_{02}/3.$
5. $PA_{02} = Pa_{02} - 1,25 \times Pa_{CO_2}.$

251. Un paciente de 46 años sin antecedentes clínicos de interés acude al servicio de urgencias por realizar en las 8 horas previas dos deposiciones de aspecto melánico. En las últimas 48 horas refiere haber tenido molestias vagas en hemiabdomen superior. En las anamnesis no describe ingesta previa de fármacos potencialmente gastroerosivos. ¿Cuál le parece la causa más probable de la hemorragia digestiva alta en este paciente?:

1. Desgarro esofágico de Mallory-Weiss.
2. Esofagitis erosiva.
3. Varices esofágicas.
4. Úlcera péptica.
5. Neoplasia gástrica.

252. Un paciente de 67 años con antecedentes de

insuficiencia cardiaca crónica en tratamiento con enalapril, carvedilol, furosemida y espirolactona acude a urgencias por sensación de mareo en las últimas 48 horas. Su tensión arterial es de 85/40 mmHg. En la exploración física no se objetivan signos de congestión. El ECG demuestra un bloqueo de rama izquierda a 65 lpm ya conocido previamente. Los valores de creatinina, hemoglobina e iones son normales ¿cuál de las siguientes actitudes le parece más adecuada?:

1. Disminuir dosis de carvedilol
2. Disminuir dosis de furosemida.
3. Disminuir dosis de enalapril.
4. Disminuir dosis de espirolactona.
5. Añadir al tratamiento nitratos transdérmicos.

253. Una mujer de 72 años con enfermedad mitral consulta por disnea en situación de insuficiencia cardiaca congestiva. En la Rx de tórax se observa cardiomegalia, derrame pleural bilateral e imagen nodular a nivel de lóbulo medio. ¿Cuál es la causa más común de este nódulo?:

1. Neumonía lobar.
2. Derrame cistral.
3. Atelectasia del lóbulo medio.
4. Embolismo pulmonar.
5. Fístula arterio-venosa.

254. Respecto a la enfermedad de Graves-Basedow NO es cierto que:

1. Su frecuencia es diez veces menor en los varones.
2. El 30% de los casos comienza en la infancia.
3. La dermatopatía es una manifestación extratiroides de esta enfermedad y está mediada por la activación inmunológica de los fibroblastos.
4. El tratamiento con radioyodo puede empeorar la enfermedad ocular.
5. Las tasas máximas de remisión se alcanzan a los 18-24 meses de tratamiento con antitiroideos.

255. La aparición de un osteosarcoma en una persona de 65 años de edad nos haría pensar en la existencia previa de uno de los siguientes antecedentes:

1. Traumático.
2. Mucopolisacaridosis.
3. Enfermedad de Paget.
4. Displasia fibrosa.
5. Corticoterapia.

256. El pediatra visita a un niño de 5 años cuyo padre acaba de ser diagnosticado de tuberculosis pulmonar bacilífera. La prueba de la tuberculina del niño es negativa. ¿Cuál es la actitud correcta en este caso?:

1. Al ser la prueba de la tuberculina negativa, el niño no ha sido infectado. Tranquilizar a la familia y no tomar ninguna medida.
2. Iniciar quimioprofilaxis primaria con isoniacida.
3. Iniciar quimioprofilaxis secundaria con isoniacida porque seguro que el niño se ha infectado y la prueba de la tuberculina no tiene valor en este caso.
4. No hacer nada de momento y volver a repetir la prueba de la tuberculina 8-10 semanas después.
5. Tratar al niño durante 6 meses con tres fármacos (isoniacida, rifampicina y piracinamida).

257. Mujer de raza blanca, de 48 años, que manifiesta en los últimos tres años, cinco crisis de vértigos rotatorios de entre una y tres horas de duración, con náuseas y vómitos, sudor frío, plenitud de oído. Nistagmo. Acúfenos en el oído izquierdo que preceden a las crisis vertiginosas. Hipoacusia del oído izquierdo que se confirma con la audiometría de tipo neurosensorial con mayor pérdida en las frecuencias graves. A la exploración por micro-otoscopia, se aprecian conductos auditivos externos y tímpanos normales. La Resonancia Magnética cerebral con contraste es normal. ¿Qué diagnóstico considera más acertado?:

1. Neuronitis vestibular izquierda.
2. Vértigo Postural Paroxístico Benigno.
3. Neurinoma Vestibular izquierdo.
4. Enfermedad de Menière.
5. Otosclerosis.

258. Señale la respuesta correcta en relación con la Fiebre Mediterránea Familiar:

1. Presenta un patrón de herencia autonómico dominante.
2. Está ligada a una mutación del gen que codifica el receptor tipo 1 de factor de necrosis tumoral-alfa.
3. Junto a los episodios de fiebre recurrente y dolor abdominal, la mayoría de los pacientes presentan intensas mialgias migratorias tanto asociadas a la fiebre como en reposo.
4. Las manifestaciones oculares (edema periorbitario y uveítis) se presentan frecuentemente en el subgrupo de pacientes menores de 20 años.
5. Las manifestaciones cutáneas se suelen presentar en forma de eritema erisipeloides localizado en miembros inferiores.

259. En un estudio sobre la prevención secundaria de accidentes cerebrovasculares con ácido acetil salicílico se encontró que la proporción de eventos en el grupo control fue 0,07 y en el grupo que recibió el antiagregante fue 0,09, lo que supuso una reducción de - 29% del riesgo relativo. Los límites del intervalo de confianza al 95% de dicha reducción fueron -100% y +

43%. ¿Cuál es la interpretación de este resultado?:

1. Es igualmente probable que el fármaco doble el riesgo, que lo aumente en un 29% o que lo reduzca en un 43%, por lo que el estudio no aclara si el fármaco es eficaz.
2. Se puede concluir que los pacientes que recibiesen el fármaco tendrían un riesgo de un 29% mayor.
3. El 95% de los estudios iguales a éste mostraría una reducción del riesgo relativo de -100% a +43%, aunque serían más frecuentes los valores más próximos a -29% que los más próximos a -100% o a +43%. Por tanto, el estudio no ha sido concluyente.
4. Para poder interpretar estos resultados es imprescindible conocer el número de pacientes que se incluyeron en el estudio.
5. Dada la gran amplitud del intervalo de confianza, lo más probable es que en este estudio se haya cometido un error de tipo I.

260. Uno de los tumores citados a continuación, de conducta benigna, es frecuente en mediastino anterior:

1. Linfoma.
2. Seminoma.
3. Timoma.
4. Ganglioneuroma.
5. Quiste broncogénico.