

AMIR



PRUEBAS SELECTIVAS 2014

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. El cuestionario se compone de 225 preguntas más 10 de reserva. Tenga en cuenta que hay 34 **preguntas que están ligadas a una imagen**. Todas las imágenes están en un cuaderillo de imágenes separado
3. 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
4. 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.
5. 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.
6. Si inutiliza su "Hoja de Respuestas" pida un nuevo juego de repuesto a la Mesa de Examen y **no olvide** consignar sus datos personales.
7. 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**, o de cualquier otro dispositivo con capacidad de almacenamiento de información o posibilidad de comunicación mediante voz o datos.
8. Podrá retirar su Cuaderno de Examen una vez finalizado el ejercicio y hayan sido recogidas las "Hojas de Respuesta" por la Mesa.

1. Pregunta vinculada a la imagen n°1

Una mujer de 80 años es traída al servicio de urgencias por un cuadro de dolor abdominal agudo que se acompaña de hipotensión, taquicardia y fiebre de 38°C. Entre sus antecedentes destaca una resección de colon izquierdo por carcinoma siete días antes. Tras la reanimación inicial se realiza una radiografía simple de tórax (que se muestra) que resulta diagnóstica de:

1. Neumoperitoneo.
2. Obstrucción intestinal.
3. Hernia crural estrangulada.
4. Neumotórax izquierdo.
5. Isquemia mesentérica.

2. Pregunta vinculada a la imagen n°1

En la misma paciente, de la observación de la radiografía de tórax, puede deducirse:

1. Que la paciente tiene metástasis pulmonares.
2. Sospecha de neumonía nosocomial.
3. Se debe de considerar un fallo (dehiscencia) de la anastomosis cólica.
4. Sospecha de TEP.
5. Tiene una infección de la herida quirúrgica.

3. Pregunta vinculada a la imagen n°2

Hombre de 65 años con antecedentes personales de hepatopatía crónica etílica en estadio funcional A de Child en tratamiento con ibuprofeno por lumbalgia, presenta cuadro de hematemesis de sangre roja. A su llegada a urgencias presenta tensión arterial de 120/60 mm Hg. En la analítica muestra como datos más destacados hemoglobina 10 gr/dL, plaquetas 250.000 / μ L, urea 85 mg/dL y creatinina 1.1 mg/dL. Se realiza endoscopia urgente que muestra la imagen. Ante dichos hallazgos cuál es la respuesta correcta:

1. Tan solo es preciso realizar transfusión de concentrados de hematies y vigilar la estabilidad hemodinámica del paciente.
2. Los hallazgos endoscópicos sugieren una clasificación de Forrest III.
3. La colocación de bandas es el tratamiento endoscópico de elección ya que se trata de un paciente hepatópata.
4. Se necesita la realización de una endoscopia a las 12 h para vigilar la posibilidad de resangrado de manera sistemática.
5. Es precisa la realización de tratamiento endoscópico con adrenalina 1:10000 asociada a la colocación de un endoclip.

4. Pregunta vinculada a la imagen n°2

En el caso anteriormente descrito y respecto al tratamiento farmacológico cuál es la afirmación correcta.

1. No es preciso el tratamiento farmacológico ya que se ha identificado la lesión sangrante.
2. El tratamiento ideal para este paciente es la perfusión de somatostatina ya que se trata de un paciente hepatópata.
3. La utilización de omeprazol a altas dosis reduce la recidiva de sangrado.
4. La ranitidina es el fármaco de elección para evitar la toxicidad farmacológica al tratarse de un paciente con hepatopatía crónica.
5. La erradicación del *Helicobacter pylori* es la primera medida a tomar.

5. Pregunta vinculada a la imagen n°3

Paciente de 58 años trasplantado hepático por cirrosis VHC+. Después de un postoperatorio sin complicaciones el paciente es remitido a su domicilio. A las 6 semanas del trasplante es visitado en la consulta externa, apreciándose febrícula, empeoramiento del estado general, un nivel de GOT de 60 UI/L (8-40) y una GPT de 65 UI/L (8-50), junto con un patrón de colestasis marcada (GGT x 10 y FA x 8) con bilirrubina total de 1,7 mg/dL (0,3-1). Así mismo se apreció un elevado número de copias del VHC. Se decidió practicar una ecografía doppler en el que se informó de una trombosis arterial completa. A la vista de estos datos se solicitó una TC y una colangiorresonancia, cuyas imágenes se presentan en las figuras. Por lo datos clínicos, analíticos y radiológicos, indique cuál es el diagnóstico más probable del problema actual:

1. Rechazo agudo mediado por anticuerpos con trombosis arterial asociada.
2. Recidiva precoz del VHC.
3. Estenosis de la anastomosis biliar.
4. Lesión isquémica extensa de las vías biliares intrahepáticas.
5. Trombosis completa de las ramas portales intrahepáticas.

6. Pregunta vinculada a la imagen n°3

Teniendo en cuenta el diagnóstico realizado. ¿Cuál es el tratamiento que probablemente necesitará el paciente?

1. Retrasplante hepático.
2. Tratamiento con Sofosbuvir y Daclatasvir.
3. Hepático-yeyunostomía.
4. Administración de 3 bolus de metilprednisolona e incremento de la

inmunosupresión basal.

5. Anticoagulación.

7. **Pregunta vinculada a la imagen n°4**

Hombre de 34 años, deportista, que presenta un cuadro de dolor torácico opresivo, continuo, irradiado a espalda que se acentúa con la inspiración profunda, de 4 días de evolución, sin fiebre. Refiere un cuadro de amigdalitis hace 2 meses. Auscultación cardiaca rítmica sin soplos. No presenta datos de alteración hemodinámica ni insuficiencia cardiaca. Analítica normal, salvo discreta leucocitosis. Al llegar a urgencias se realiza un ECG que se muestra en la figura. A la espera del resultado de los marcadores de lesión miocárdica, su diagnóstico más probable en este paciente es:

1. Infarto subagudo de miocardio anteroseptal.
2. Síndrome de Tietze.
3. Dolor torácico osteomuscular con ECG de deportista.
4. Pericarditis aguda.
5. Angina inestable.

8. **Pregunta vinculada a la imagen n°4**

En este paciente, el procedimiento y/o tratamiento de elección que recomendaría es:

1. Realización de cateterismo urgente.
2. Angioplastia primaria.
3. Fibrinólisis.
4. Prednisona 10 mg/12 horas.
5. Antiinflamatorios en tratamiento prolongado.

9. **Pregunta vinculada a la imagen n°5**

Hombre de 62 años, fumador de 20 cigarrillos diarios desde hace 30 años e hipertenso, que acude a la consulta por presentar dolor al caminar en zona glútea que comienza a una distancia de 300 metros y que desaparece con el reposo a los 5 minutos. Se realiza un índice Tobillo/Brazo cuya imagen se adjunta. ¿Cuál es el diagnóstico?

1. Isquemia crítica de miembro inferior derecho.
2. Isquemia aguda por embolismo arterial.
3. Isquemia crónica por oclusión ilíaca izquierda.
4. Síndrome de Leriche por oclusión ilíaca bilateral.
5. Radiculopatía.

10. **Pregunta vinculada a la imagen n°5**

¿En este paciente cuál debe ser el tratamiento inicial?

1. Realizar una angiografía diagnóstica más una fibrinólisis asociada.
2. Modificar los factores de riesgo vascular, ejercicio físico y tratamiento médico.
3. La cirugía de revascularización mediante bypass o mediante cirugía endovascular.
4. Realizar una embolectomía urgente.
5. Tratamiento analgésico y disminuir el ejercicio físico hasta que mejoren los síntomas.

11. **Pregunta vinculada a la imagen n°5**

Mujer de 29 años fumadora. Consulta por tos de predominio nocturno y disnea de esfuerzo. Aporta una rx de tórax realizada en su centro de salud (ver imagen). ¿Cuál es el diagnóstico radiológico de sospecha?

1. Ensanchamiento mediastínico.
2. Infiltrado intersticial bibasal.
3. Dilatación aórtica.
4. Atelectasia lobar.
5. Crecimiento de cavidades derechas.

12. **Pregunta vinculada a la imagen n°6**

En un hemograma reciente el único dato destacable es una eosinofilia del 16%. ¿Qué prueba diagnóstica de las siguientes aportaría mas información en el estudio de la paciente?

1. Ecocardiograma.
2. Determinación de Ig E total y P-ANCAS.
3. Broncofibroscopia.
4. Tomografía computarizada.
5. Test de metacolina y flujo espiratorio máximo (peak flow).

13. **Pregunta vinculada a la imagen n°7**

Un hombre de 60 años consulta por disnea. Se realiza una exploración funcional respiratoria (Espirometría con prueba broncodilatadora, Test de capacidad de difusión de CO y Pletismografía) cuyo informe se muestra en la imagen. ¿Cuál es el diagnóstico más compatible con los resultados?

1. Asma bronquial.
2. Fibrosis pulmonar idiopática.
3. EPOC fenotipo enfisema.
4. Restricción torácica por cifoescoliosis.
5. Bronquiectasias.

14. **Pregunta vinculada a la imagen nº7**

En el paciente anterior, ¿cuál de las siguientes actitudes estaría menos justificada?

1. Realizar un TAC torácico.
2. Solicitar niveles séricos de alfa-1-antitripsina.
3. Pedir una prueba de la marcha de 6 minutos.
4. Solicitar pruebas cutáneas de alergia.
5. Iniciar tratamiento con broncodilatadores.

15. **Pregunta vinculada a la imagen nº8**

Hombre de 63 años que presenta desde hace más de 5 años dolor y tumefacción persistente, deformidad progresiva, impotencia funcional y rigidez prolongada tras la inactividad en manos, rodillas y pies por las que no había consultado previamente. En una analítica elemental realizada en su empresa destaca VSG 78 mm/hora, PCR 54 mg/L y ácido úrico 7.4 mg/dL. La Radiografía de manos se muestra en la imagen. El diagnóstico más probable es:

1. Gota tofácea.
2. Artrosis erosiva.
3. Artritis reumatoide.
4. Artropatía por pirofosfato.
5. Polimialgia reumática.

16. **Pregunta vinculada a la imagen nº8**

La realización de una ecografía en este paciente:

1. Solo permitiría valorar la afectación tendinosa.
2. No tiene ninguna utilidad.
3. Detecta la sinovitis pero no las erosiones.
4. No detecta ni la sinovitis ni las erosiones.
5. Detecta tanto la sinovitis como las erosiones.

17. **Pregunta vinculada a la imagen nº9**

Muchacho de 11 años que acude porque desde hace 10 días presenta febrícula diaria de predominio vespertino. En los últimos 2 días la fiebre ha ido en aumento (hasta 38,5° C). Tiene poco apetito y ha perdido peso (2 kg). Hace 3 semanas le dieron una patada en la rodilla derecha. Aunque inicialmente sólo tenía dolor posteriormente notó inflamación, que fue en aumento hasta impedirle caminar. Analítica: elevación de PCR (75 mg/L) sin otras alteraciones significativas. Se realiza radiología simple que se muestra. ¿Cuál de los siguientes es el diagnóstico más probable?

1. Osteomielitis.
2. Miositis osificante.
3. Granuloma eosinófilo.
4. Osteosarcoma.
5. Osteoblastoma.

18. **Pregunta vinculada a la imagen nº9**

¿Cuál sería el siguiente paso en el manejo clínico de este paciente?

1. Tratamiento antibiótico intravenoso y control radiológico en un mes.
2. Realizar una punción aspiración con aguja fina de la lesión para estudio microbiológico.
3. Resonancia magnética del fémur y después, si procede, biopsia de la lesión.
4. Tratamiento antiinflamatorio y control evolutivo clinicorradiológico.
5. Realizar una gammagrafía ósea con Galio 67.

19. **Pregunta vinculada a la imagen nº10**

Niño de 4 años y 6 meses con un desarrollo psicomotor normal previo, que comienza a presentar múltiples episodios de desconexión del medio con tono mantenido y parpadeo rápido sutil de segundos a lo largo del día y dificultades de aprendizaje en los últimos meses. Se realiza un electroencefalograma en vigilia. Se muestra una imagen del registro durante la maniobra de hiperventilación. ¿A qué síndrome epiléptico corresponde?

1. Epilepsia mioclónica juvenil.
2. Síndrome de Lennox-Gastaut.
3. Epilepsia parcial benigna de la infancia con puntas centrotemporales.
4. Epilepsia de ausencias infantil.
5. Síndrome de West.

20. **Pregunta vinculada a la imagen nº10**

En el paciente anterior, ¿cuál de los siguientes tratamientos es de elección?

1. Carbamacepina.
2. Vigabatrina.
3. Ácido valproico.
4. Topiramato.
5. Levetiracetam.

21. **Pregunta vinculada a la imagen nº11**

Paciente de 49 años sin antecedentes de interés. Refiere historia de 2 semanas de evolución de dolor abdominal difuso independiente de la ingesta y la deposición y acompañado de

vómitos ocasionales, malestar general y sudoración profusa.

Analítica: Hb 12 gr/dL. Leucocitos $10 \times 10^9/L$ (Neutrófilos 80%, Linfocitos 15%, Monocitos 3%, Eosinófilos 1%). Plaquetas $270 \times 10^9/L$. Glucosa 100 mg/dL, Urea 80 mg/dl, Creatinina 1.5 mg/dL, A. Úrico 12 mg/dL, LDH 7800 UI/L; GOT, GPT y fosfatasa alcalina normales.

TAC: Gran masa (16cm) en retroperitoneo que infiltra páncreas, asas de intestino delgado y riñón derecho. La biopsia es la que se muestra en la imagen.

Inmunohistoquímica: CD20 (+) CD3(-) bcl 2 (-), CD10+, bcl 6 (+), P53 (-), TDT (-) Mib1 (índice de proliferación) 100%.

Genética: reordenamiento del 8q24, gen c-myc.
¿Cuál es el diagnóstico?

1. Linfoma difuso B de célula grande.
2. Linfoma linfocítico.
3. Linfoma Folicular 3b.
4. Linfoma T de tipo intestinal.
5. Linfoma de Burkitt.

22. Pregunta vinculada a la imagen nº11

¿Qué tratamiento es el más adecuado en el paciente anterior?

1. Cirugía citorreductora seguido de quimioterapia tipo Rituximab-CHOP hasta remisión completa.
2. Rituximab-CHOP / 21 x 6-8 ciclos seguido de Radioterapia del retroperitoneo.
3. Rituximab-CHOP /21 x 6-8 ciclos seguido de QT intensiva y trasplante de stem-cell (TASPE).
4. Quimioterapia intensiva que incluya Rituximab, dosis altas de Ciclofosfamida y profilaxis de SNC.
5. Retrasar tratamiento hasta obtener PET-TAC y luego tratar con Rituximab-CHOP /14 x 6-8 ciclos.

23. Pregunta vinculada a la imagen nº12

En la TC que se muestra, el diagnóstico más probable es:

1. Poliquistosis renal.
2. Masa retroperitoneal.
3. Tuberculosis renal.
4. Neoplasia quística renal.
5. Uropatía obstructiva.

24. Pregunta vinculada a la imagen nº12

¿Cuál entre las siguientes es la clínica más probable de la consulta de este paciente?

1. Hematuria macroscópica.
2. Poliglobulia, dolor y fiebre.
3. Fiebre, dolor y orinas oscuras.
4. Oligoanuria y dolor.
5. Febrícula y piuria estéril.

25. Pregunta vinculada a la imagen nº13

Un hombre de 31 años refiere una clínica de inicio brusco de escalofríos, fiebre alta, dolores articulares y musculares, exantema maculopapular de predominio en extremidades, dolor de cabeza y fotofobia. No refiere ningún antecedente patológico de interés ni viaje al extranjero en los últimos dos años. No es consciente de la existencia de enfermedades transmisibles en su entorno inmediato. Vive en una zona residencial suburbana del levante español.

En la exploración física destaca la escara de color negruzco que puede observarse en la imagen.

Señale el vector transmisor de la enfermedad que con más probabilidad presenta el paciente.

1. Ixodes ricinus.
2. Rhipicephalus sanguineus.
3. Aedes aegypti.
4. Pediculosis corporis.
5. Dermacentor variabilis.

26. Pregunta vinculada a la imagen nº13

¿Qué tratamiento considera el más indicado?

1. Ceftriaxona 1 g/día parenteral.
2. Doxiciclina 100 mg/12h oral.
3. Paracetamol 500 mg/6h oral.
4. Cloranfenicol 500 mg/6h oral.
5. Amoxicilina/clavulánico 1 g/8h oral.

27. Pregunta vinculada a la imagen nº14

Un hombre de 68 años consulta por una pérdida del estado general en forma de astenia y anorexia y pérdida de 12 Kg en los últimos tres meses. La exploración física únicamente muestra un paciente delgado y la lesión en la planta de los pies que puede observarse en la figura. ¿Cuál le parece el diagnóstico más probable y/o actitud más adecuada?

1. Buscaría factores de inmunodepresión, pues la lesión parece corresponder a una sarna noruega.

2. La lesión cutánea parece una callosidad en una zona de apoyo fisiológico, por lo que, de momento, no la consideraría relacionada con la pérdida del estado general.
3. La lesión sugiere una forma palmo-plantar de psoriasis.
4. Parece una forma de queratosis seborreica difusa asociada a la edad.
5. Sugiere una queratodermia plantar paraneoplásica.

28. Pregunta vinculada a la imagen n°14

Supongamos que el paciente no refiere ningún antecedente familiar de interés, nunca ha tomado drogas ilícitas ni recibe tratamiento médico habitual. Una analítica realizada en una mutua privada muestra una anemia microcítica e hipocroma, una función tiroidea normal, una serología para el VIH negativa y una determinación de arsénico también negativa. La radiografía de tórax es normal. Para proseguir el estudio se podrían realizar numerosas pruebas. ¿Cuál cree Ud. que nos podría ayudar más en este momento?

1. Un aspirado de médula ósea.
2. Un estudio inmunológico completo con ANA, ANCA y complemento.
3. No haría más pruebas inmediatamente y seguiría la evolución clínica durante un mes.
4. Una fibrogastroscoopia.
5. Una biopsia de la lesión plantar.

29. Pregunta vinculada a la imagen n°15

Paciente de 25 años de edad trasladado al Box de reanimación del Servicio de Urgencias tras accidente de tráfico. A su ingreso está hipotenso, taquicárdico y taquipneico. La radiología portátil de tórax muestra fracturas costales derechas desde el cuarto arco costal hasta el noveno e imagen de contusión pulmonar derecha, y la de pelvis es la que se adjunta. ¿Cuál es la mejor conducta a continuación?

1. Realizar ecografía abdominal en el box de Urgencias.
2. Solicitar tomografía computarizada de tórax.
3. Solicitar angiografía pélvica.
4. Solicitar tomografía computarizada de abdomen y pelvis.
5. Ingresar inmediatamente al paciente en la unidad de cuidados intensivos.

30. Pregunta vinculada a la imagen n°15

Mientras exploramos a este paciente, bruscamente presenta empeoramiento de su estado hemodinámico y aumento de su

taquipnea. Se observa desviación traqueal hacia la izquierda, venas yugulares distendidas y ausencia de ventilación en el hemitórax derecho. El diagnóstico más probable es:

1. Progresión de la contusión pulmonar derecha.
2. Lesión vascular cervical derecha expansiva.
3. Taponamiento cardiaco.
4. Hemotórax derecho.
5. Neumotórax a tensión.

31. Pregunta vinculada a la imagen n°16

Paciente de 84 años que presenta una lesión tumoral ulcerada que se muestra en el cuero cabelludo de más de 20 años de evolución. No adenopatías locoregionales palpables. Evidentemente la lesión deberá ser biopsiada para confirmación diagnóstica pero, a priori, ¿cuál de los siguientes diagnósticos le parece más probable?

1. Tumor de células de Merkel.
2. Carcinoma basocelular.
3. Carcinoma escamoso.
4. Melanoma maligno amelanótico.
5. Linfoma cutáneo de células B.

32. Pregunta vinculada a la imagen n°16

En caso de tratar a la paciente quirúrgicamente con márgenes de resección adecuados, ¿qué pronóstico considera más probable?

1. Curación muy probable, con moderada posibilidad de recidiva local y muy remota posibilidad de metástasis a distancia.
2. Recidiva local con una probabilidad aproximada del 50%.
3. Probabilidad de metástasis ganglionares superior al 50%.
4. Probabilidad de metástasis a distancia superior al 30%.
5. En este caso no debe plantearse el tratamiento quirúrgico como única opción terapéutica.

33. Pregunta vinculada a la imagen n°17

Recibe usted la biopsia del duodeno de una mujer de 38 años sin otros datos clínicos. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

1. Linfoma intestinal: infiltración de la lámina propia y del epitelio superficial por una población celular linfoide monótona.
2. Enteropatía sensible al gluten (celiaquía): atrofia de vellosidades intestinales, aumento del infiltrado inflamatorio y linfocitosis

- intraepitelial.
- 3. Linfangiectasias: dilatación de vasos linfáticos situados en la lámina propia de la mucosa.
- 4. Enfermedad de Whipple: acúmulos de macrófagos de citoplasma amplio y microvacuolado en la lámina propia de la mucosa.
- 5. Giardiasis: presencia de trofozoítos de *Giardia lamblia* en la superficie intestinal.

34. Pregunta vinculada a la imagen nº17

Según el diagnóstico emitido en la pregunta anterior, ¿cuál es la mejor opción terapéutica?

- 1. Dieta rica en proteínas y baja en grasas.
- 2. Metronidazol.
- 3. Trimetoprim y sulfametoxazol.
- 4. Quimioterapia.
- 5. Dieta libre de gluten.

35. ¿Cuál de los siguientes enunciados es correcto con respecto a los hemangiomas hepáticos?

- 1. Pueden asociarse al síndrome de Kasabach-Merritt (trombocitopenia y coagulopatía de consumo), especialmente los hemangiomas gigantes.
- 2. Se debe indicar la exéresis quirúrgica desde el momento que se diagnostique si su diámetro es mayor de 3 cm.
- 3. La opción terapéutica más recomendable para este tipo de tumor es la embolización percutánea.
- 4. El mejor método para su confirmación diagnóstica es la biopsia percutánea de la lesión hepática.
- 5. La RM hepática no suele ofrecer mucha ayuda para su caracterización diagnóstica.

36. Una mujer de 76 años acude a urgencias refiriendo dolor en la ingle derecha y vómitos desde hace unas 6 horas. A la exploración se palpa una tumoración de consistencia dura justo por debajo de la línea que une la espina iliaca anterosuperior y el pubis (que se corresponde con la localización del ligamento inguinal). Lo más probable es que se trate de una:

- 1. Hernia inguinal directa.
- 2. Hernia de Spiegel.
- 3. Hernia inguinal indirecta.
- 4. Hernia femoral (crural).
- 5. Hernia obturatriz.

37. Hombre de 80 años, con antecedentes de HTA, cardiopatía isquémica y EPOC, al que se le realiza una rectocolonoscopia completa por presentar rectorragia, con los siguientes hallazgos: lesión polipoidea de 3 cm de diámetro situada a 10 cm del margen anal, que ocupa la mitad de la circunferencia. Resto de exploración sin hallazgos hasta ciego. En la biopsia del pólipo se aprecia un adenocarcinoma limitado a la submucosa. Ecografía endorrectal: uT1N0. RM pélvica: T1N0. TC: Sin evidencia de enfermedad a distancia. ¿Cuál será la decisión terapéutica más probable que se tome en la Comisión Multidisciplinar de Tumores?

- 1. Amputación abdomino-perineal de recto.
- 2. Radioterapia neoadyuvante y resección anterior baja de recto por vía laparoscópica.
- 3. Microcirugía transanal endoscópica.
- 4. Resección anterior baja de recto vía laparotómica.
- 5. Resección anterior baja de recto vía laparoscópica y radioterapia adyuvante.

38. A un paciente con colitis ulcerosa con afectación hasta el colon transverso se le realiza una colonoscopia de cribado de cáncer colorrectal. La colonoscopia no muestra signos de actividad inflamatoria. Se realizaron múltiples biopsias cada 10 cm. Las biopsias fueron revisadas por 2 patólogos expertos demostrando un foco de displasia de alto grado en una de las biopsias realizadas en el colon sigmoide. ¿Qué indicaría a continuación?

- 1. Repetir la colonoscopia para confirmar el diagnóstico.
- 2. Vigilancia intensiva con colonoscopia cada 3 a 6 meses.
- 3. Repetir la exploración y realizar una cromoendoscopia para identificar la lesión y realizar una mucossectomía endoscópica.
- 4. Proctocolectomía total.
- 5. Tratamiento con mesalazina a dosis de 2-3 gramos al día y repetir la exploración a los 3 a 6 meses.

39. Respecto a la enfermedad por reflujo gastroesofágico, ¿cuál de los siguientes enunciados es cierto?

- 1. La intensidad y frecuencia de pirosis tiene poca relación con la presencia y gravedad de esofagitis endoscópica.
- 2. La mayoría de los pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico presentan esofagitis en la endoscopia.
- 3. El tratamiento con inhibidores de la bomba

de protones suele conseguir un buen control de los síntomas pero no es superior a placebo en la curación endoscópica de la esofagitis.

4. El esófago de Barrett puede progresar a displasia epitelial de bajo grado, displasia epitelial de alto grado y finalmente a carcinoma escamoso de esófago.
5. Los programas endoscópicos de cribado y vigilancia han demostrado de forma inequívoca ser capaces de reducir la mortalidad en pacientes con esófago de Barrett.

40. ¿En cuál de estos pacientes el tratamiento quirúrgico adecuado sería la realización de una gastrectomía atípica en cuña por laparoscopia sin linfadenectomía ampliada?

1. Adenocarcinoma gástrico infiltrante y ulcerado a nivel de antro-píloro.
2. Adenocarcinoma gástrico infiltrante subcardial.
3. Tumor del estroma gastrointestinal a nivel de cuerpo gástrico-curvatura mayor.
4. Linfoma MALT.
5. Esófago de Barrett con metaplasia intestinal y displasia.

41. Un paciente ingresa con el diagnóstico de hemorragia digestiva alta en situación hemodinámica estable. Se practica una gastroscopia que informa: "Lesión ulcerada en cara posterior del bulbo duodenal con hemorragia activa no pulsátil. Forrest Ib. Se practica esclerosis endoscópica con adrenalina consiguiéndose hemostasia". Señala la afirmación correcta:

1. La lesión descrita tiene un riesgo bajo de recidiva hemorrágica.
2. En caso de recidiva hemorrágica es imprescindible la intervención quirúrgica.
3. Por la localización de la lesión puede estar afectada la arteria gastroduodenal.
4. La descripción y localización de la úlcera sugieren una lesión de Dieulafoy.
5. En caso de intervención quirúrgica es obligatoria la práctica de una vagotomía troncular.

42. Un hombre de 25 años consulta por ictericia. Practica el culturismo y se ha inyectado esteroides anabolizantes sustitutos del 17 alfa-alquil, tres semanas antes. Por una amigdalitis había tomado amoxicilina-clavulánico que retiró hace 15 días. Analítica: AST 1200 UI/L (límite superior normal, lsn 40), ALT 1300 UI/L (lsn 40), GGT 150 UI/L (lsn 50), fosfatasa alcalina

180 UI/L (lsn 105), bilirrubina total 4,8 mg/dL con predominio de bilirrubina directa. Serología de virus B: Anti-HBs y Anti-HBc positivos. La ecografía sugiere esteatosis grado I. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

1. Hepatitis por amoxicilina-clavulánico.
2. Hepatitis por esteroides anabólicos.
3. Hepatitis aguda por virus B.
4. Esteatohepatitis no alcohólica.
5. Colestasis por fármacos.

43. Hombre de 66 años de edad, diagnosticado previamente de cirrosis hepática de etiología alcohólica, que es traído al servicio de Urgencias por aumento del perímetro abdominal y desorientación temporo-espacial. En la exploración física se constata la existencia de ascitis y de "flapping tremor" o asterixis. ¿Cuál de las siguientes exploraciones debe realizarse con carácter urgente?

1. Una tomografía computarizada craneal para descartar un accidente cerebro-vascular.
2. Una ecografía abdominal para confirmar la presencia de ascitis.
3. Una paracentesis exploradora para descartar una peritonitis bacteriana espontánea.
4. Un electroencefalograma para confirmar la existencia de encefalopatía hepática.
5. Una tomografía computarizada abdominal para descartar un carcinoma hepatocelular.

44. El tratamiento antibiótico recomendado en una diarrea aguda por *Clostridium difficile* es:

1. Administrar vancomicina por vía oral.
2. Administrar vancomicina por vía intravenosa.
3. Administrar ciprofloxacino por vía oral.
4. Administrar metronidazol por vía oral.
5. Administrar rifaximina por vía oral.

45. En el proceso de la defecación es VERDADERO:

1. Cuando las heces penetran en la ampolla rectal se produce una relajación del esfínter anal interno de forma consciente.
2. Cuando las heces penetran en la ampolla rectal se produce una relajación del esfínter anal externo de forma inconsciente.
3. El esfínter anal externo lo controlan fibras nerviosas del nervio pudendo, parte del sistema nervioso somático, y por tanto bajo control consciente voluntario.

4. Los movimientos propulsivos del colon en condiciones normales necesitan una hora para desplazar el quimo a través de todo el colon desde la válvula ileocal.
5. Durante la defecación se produce la contracción del suelo de la pelvis.

46. En relación con los tumores mucinosos papilares intraductales de páncreas, señalar el enunciado INCORRECTO:

1. Son tumores potencialmente malignos.
2. Su frecuencia se ha incrementado notablemente en la última década.
3. Se distinguen tres subtipos: de conducto principal, de conducto secundario y mixto.
4. Deben ser extirpados tan pronto como se diagnostiquen, excepto la variedad de conducto principal.
5. Su primera manifestación clínica puede ser un cuadro de pancreatitis aguda.

47. Una mujer de 49 años acude de Urgencias por presentar tiritona, fiebre de 39°C, dolor en hipocondrio derecho, ictericia y vómitos. La exploración revela TA 100/50 mmHg, FC 110 lpm. Postración y dolor a la palpación en cuadrante derecho, con Murphy positivo. La analítica muestra leucocitosis con desviación izquierda y la ecografía abdominal, coledocolitiasis, coledocolitiasis y dilatación de la vía biliar extrahepática. Se inicia tratamiento empírico con antibiótico y fluidoterapia. ¿Cuál es el procedimiento más eficaz para realizar a continuación?

1. Mantener tratamiento antibiótico y medidas de soporte con colecistectomía reglada posterior.
2. Colecistectomía laparoscópica.
3. Colocación de un drenaje biliar externo.
4. Colecistectomía urgente con canulación del colédoco.
5. Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica con esfinterotomía.

48. Una mujer de 60 años, diagnosticada de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial, consulta por palpitations de semanas de evolución. Aporta un electrocardiograma realizado hace una semana en el que está en fibrilación auricular con frecuencia ventricular media de 70 lat/min. En la exploración física y en un nuevo electrocardiograma realizado en consulta está en ritmo sinusal. ¿Es necesario anticoagularla de forma crónica?

1. No es necesario anticoagular porque tiene una fibrilación auricular paroxística y ahora no está en fibrilación auricular.
2. No es necesario anticoagular porque es menor de 75 años y no ha tenido ictus previamente.
3. Debe anticoagularse de forma crónica porque tiene un CHADS de 2 y un CHADS-VASc de 3.
4. No es preciso anticoagular, pero sí pautarse antiagregación con ácido acetilsalicílico.
5. Debe anticoagularse solo con heparina de bajo peso molecular subcutánea cuando esté en fibrilación auricular.

49. Hombre de 32 años de edad sin antecedentes de interés ni factores de riesgo cardiovascular. Clínica de disnea al subir un piso de escaleras de 1 mes de evolución. Consulta por síncope brusco precedido de esfuerzo. Antecedentes familiares de muerte no explicada de forma brusca en su hermano. En la exploración física destaca un soplo sistólico rudo más audible en foco aórtico. El electrocardiograma practicado en consulta muestra un ritmo sinusal con patrón compatible de hipertrofia de ventricular izquierda. Se realiza un ecocardiograma que documenta una importante hipertrofia asimétrica de septo interventricular con un gradiente dinámico subvalvular de 70 mmHg con insuficiencia mitral secundaria moderada y fracción de eyección de ventrículo izquierdo conservada. ¿Qué opción terapéutica es la MENOS indicada?

1. Beta-bloqueantes.
2. Digoxina.
3. Calcio-antagonistas no dihidropiridínicos.
4. Desfibrilador automático implantable.
5. Miomectomía septal quirúrgica de Morrow.

50. Un hombre de 65 años, fumador y diabético, es traído al Servicio de Urgencias por presentar desde hace aproximadamente una hora un dolor centrotorácico opresivo e intensa sudoración. En el ECG realizado se observa ritmo sinusal a 80 lpm y un bloqueo completo de rama izquierda. ¿Cuál debería ser nuestra actitud?

1. Realizar una determinación analítica de troponina y esperar su resultado para confirmar la presencia de un infarto agudo de miocardio.
2. Tratar al paciente como si fuera un infarto con elevación del segmento ST, planteando una terapia de reperfusión lo más precoz posible.
3. Implantar un marcapasos transcutáneo ante la posibilidad de que desarrolle un bloqueo más

avanzado.

4. Realizar una TC urgente para descartar la presencia de una embolia pulmonar aguda.
5. Como pudiera tratarse de una pericarditis aguda administraremos AINES.

51. Un paciente acude al Hospital por un infarto de miocardio con elevación del segmento ST. A su llegada está hipotenso, presenta crepitantes y se ausculta un soplo sistólico 3/6. ¿Cuál es su sospecha diagnóstica?

1. Shock cardiogénico.
2. Ruptura de pared libre de ventrículo izquierdo.
3. Insuficiencia mitral aguda por rotura de músculo papilar.
4. Taponamiento cardiaco.
5. Trombosis de tronco común.

52. Las intervenciones que contribuyen al éxito tras una parada cardiaca ocurrida en la calle se denominan "cadena de supervivencia". ¿Cuál de las siguientes opciones conforman el orden adecuado de sus eslabones?

1. Desfibrilación inmediata. Pedir ayuda. Maniobras de soporte vital. Cuidados post-resucitación.
2. Abrir la vía aérea. Pedir ayuda. Desfibrilación. Cuidados post-resucitación.
3. Compresiones torácicas inmediatas. Desfibrilación y solicitud de ayuda. Cuidados post-resucitación.
4. Ventilación boca a boca. Compresiones torácicas intermitentes. Desfibrilación. Solicitar ayuda. Cuidados post-resucitación.
5. Reconocimiento precoz y pedir ayuda. Resucitación cardiopulmonar precoz. Desfibrilación precoz. Cuidados post-resucitación.

53. Hombre de 55 años, obeso, dislipémico y fumador activo. En estudio por hipertensión arterial refractaria sin evidencia de daño cardiaco o renal hasta el momento. Refiere cefalea matutina con hipersomnolencia diurna. Se realiza MAPA (monitorización ambulatoria de presión arterial 24 horas) y se confirma hipertensión arterial a pesar de 3 fármacos, uno de ellos diurético, objetivándose presiones arteriales nocturnas más elevadas que las diurnas. ¿Qué prueba diagnóstica solicitaría a continuación con su sospecha clínica?

1. Determinación de catecolaminas en orina 24h.

2. Determinación hormonal de renina-aldosterona.
3. Polisomnografía nocturna.
4. Eco doppler renal.
5. TC aorta.

54. Una de las siguientes afirmaciones sobre la epidemiología y el pronóstico de la insuficiencia cardiaca es INCORRECTA. Señálela.

1. Entre el 60 y el 70% de los pacientes fallecen en los primeros 5 años tras establecerse el diagnóstico de insuficiencia cardiaca.
2. La situación funcional del paciente con insuficiencia cardiaca es la que mejor se correlaciona con la expectativa de supervivencia.
3. La disfunción diastólica predomina en mujeres de edad avanzada con historia de hipertensión crónica.
4. La insuficiencia cardiaca por disfunción sistólica suele objetivarse en pacientes varones afectados de cardiopatía isquémica.
5. La prevalencia de la insuficiencia cardiaca está reduciéndose en la última década gracias al mejor control de los factores de riesgo cardiovascular.

55. Paciente de 79 años, hipertenso, hiperlipidémico, diabético y con EPOC en tratamiento con anticolinérgicos inhalados. Presenta fibrilación auricular crónica en tratamiento anticoagulante con dicumarínicos. Tras un cuadro de 3 días de tos, expectoración amarilla y fiebre de 38°C, presenta en las últimas 24 h empeoramiento progresivo con disnea de esfuerzo, ortopnea y edemas maleolares. A la exploración destaca una TA de 170/95 mmHg, disnea con frecuencia respiratoria de 20 rpm y auscultación con sibilancias bilaterales y crepitantes en bases. Taquiarritmia a 110 lpm. Discretos edemas maleolares. ¿Cuál es el planteamiento a seguir?

1. El paciente probablemente presente una neumonía y lo prioritario es realizar una Rx de torax para confirmarlo.
2. Probablemente se trate de una agudización de su EPOC debido a una sobreinfección respiratoria. Reforzar el tratamiento de base con un beta-2 inhalado, corticoides y antibióticos y vigilar evolución.
3. Es probable que tenga un componente de insuficiencia cardiaca izquierda asociada a una infección respiratoria febril. Sería prioritario el tratarlo con vasodilatadores y diuréticos además del tratamiento que corresponda a su infección respiratoria, broncodilatadores, etc.

4. El paciente no está clasificado de la gravedad de su EPOC por lo que indicaría una espirometría inmediata para ajustar el tratamiento a la gravedad de la obstrucción. Asociaría además un antibiótico dado el cuadro aparente de sobreinfección respiratoria.
5. Un ecocardiograma sería la primera exploración a realizar para descartar un posible componente de insuficiencia cardíaca asociado al cuadro de EPOC agudizado que presenta el paciente.

56. La sobrecarga de volumen del ventrículo izquierdo aparece en:

1. Las estenosis de las válvulas cardíacas.
2. La coartación de la aorta.
3. La angina de reposo.
4. Las insuficiencias de las válvulas cardíacas.
5. La fiebre reumática.

57. ¿Cuál es la etiología más frecuente de la estenosis aórtica en el adulto?

1. Reumática.
2. Congénita.
3. Degenerativa o calcificada.
4. Post endocarditis.
5. Isquémica.

58. En un paciente con síntomas de asma, la confirmación diagnóstica de la enfermedad se efectuará en primer lugar mediante:

1. La constatación de una obstrucción reversible del flujo aéreo en la espirometría.
2. Unas pruebas cutáneas alérgicas positivas.
3. Un incremento del número de eosinófilos en el esputo inducido.
4. La elevación del óxido nítrico en el aire espirado (FENO).
5. La presencia de una Ig E específica en sangre a un aeroalérgeno.

59. El tratamiento quirúrgico del EPOC, o cirugía de reducción de volumen pulmonar, es actualmente un arma terapéutica más dentro del tratamiento multidisciplinario del mismo. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

1. La indicación de tratamiento quirúrgico será en aquellos pacientes que presenten al mismo tiempo una insuficiencia cardíaca congestiva

moderada/grave.

2. La presencia de una presión sistólica de la arteria pulmonar inferior a 45 es una contraindicación absoluta.
3. La EPOC con predominancia enfisematosa en lóbulos inferiores y medio asociada a patología pleural se asocia a mejores resultados.
4. La presencia de un enfisema de distribución difusa con un FEV1>20% y DLCO<20% son indicadores de buen pronóstico.
5. La rehabilitación prequirúrgica junto con la distribución del enfisema en los lóbulos superiores y la capacidad de realizar ejercicio físico postoperatorio hace que los resultados de la cirugía sean beneficiosos.

60. Respecto al tratamiento de los pacientes con EPOC, señale la respuesta FALSA:

1. El empleo regular de bromuro de ipratropio se ha asociado a una disminución de la mortalidad.
2. En un paciente con saturación arterial de oxígeno inferior al 90% y signos de hipertensión pulmonar debe plantearse el uso de oxígeno suplementario.
3. El uso regular de corticoides inhalados no influye sobre el ritmo de deterioro de la función pulmonar.
4. Los agonistas beta-adrenérgicos de larga duración proporcionan beneficios sintomáticos similares a los del bromuro de ipratropio.
5. En los pacientes hospitalizados por exacerbación se ha demostrado que la corticoterapia acorta el tiempo de hospitalización.

61. Hombre de 73 años de edad, exfumador, antecedentes de HTA, obesidad grado II, diabetes tipo 2 y EPOC grave con oxigenoterapia crónica domiciliaria. Acude a Urgencias por aumento progresivo de su disnea habitual, expectoración purulenta y temperatura de 37.9°C de 4 días de evolución. Su médico de cabecera le había prescrito 2 días antes moxifloxacino, paracetamol, deflazacort, aerosolterapia y aumento del flujo de oxígeno. A la exploración física el paciente se encuentra con regular estado general, consciente, tendencia al sueño, taquipneico a 28 rpm y utilización de musculatura accesoria, temperatura 38,2°C, saturación de oxígeno de 87%, TA 115/62 mmHg, frecuencia cardíaca 110 lpm; murmullo vesicular disminuido globalmente, sibilancias y roncus dispersos y crepitantes húmedos en bases. En la analítica destaca leucocitos 16.500/uL con 14.900 neutrófilos, hemoglobina 14 g/dL, glucosa 240 mg/dL, urea 56 mg/dL,

creatinina 1.3 mg/dL, Na 133 mEq/L, K 3.7 mEq/L. En el ECG se objetiva taquicardia sinusal. La gasometría arterial muestra: pH 7,29, pCO₂ 64 mmHg, pO₂ 59 mmHg, HCO₃ 28 mg/dL. En la radiografía de tórax no se aprecia condensación ni derrame pleural. ¿Cuál de las siguientes opciones de manejo clínico instauraría en primer lugar?

1. Iniciar tratamiento con diuréticos intravenosos, oxígeno con mascarilla a alto flujo al 50% y seguir con el resto de tratamiento ya prescrito.
2. Iniciar tratamiento con aerosoles de salbutamol y esteroides, añadir al tratamiento antibiótico una cefalosporina, intensificar la oxigenoterapia con oxígeno en gafas nasales a 4 litros por minuto y mantener deflazacort.
3. Iniciar tratamiento de la acidosis con bicarbonato 1M, corregir la hiperglucemia, mantener tratamiento antibiótico y prescribir esteroides más diuréticos intravenosos.
4. Dada la situación de gravedad del paciente se procedería a la intubación orotraqueal previa preparación (preoxigenación y premedicación) y avisar a Medicina Intensiva.
5. Iniciar el tratamiento con ventilación mecánica no invasiva (modo presión positiva de dos niveles), prescribir aerosoles de salbutamol y esteroides intravenosos y mantener tratamiento antibiótico por vía intravenosa.

62. Una mujer de 58 años acude a la consulta por disnea de medianos esfuerzos, debilidad muscular en extremidades superiores y disfagia a sólidos de tres meses de evolución. A la exploración física se objetiva pérdida de fuerza en extremidades superiores con sensibilidad conservada. La auscultación pulmonar muestra hipofonesis generalizada. Se realiza una radiografía de tórax en la que se aprecian unos pulmones poco inspirados y atelectasias laminares en las bases pulmonares. La gasometría muestra pH 7.39, PCO₂ 48 mmHg, PO₂ 63 mmHg, HCO₃ 28 mmol/L, SatO₂ 93%. La combinación de mecanismos fisiológicos que mejor explican esta gasometría es:

1. Disminución de la FiO₂ (fracción inspirada de oxígeno) y alteración de la difusión.
2. Alteración de la difusión y trastorno de la relación ventilación/perfusión.
3. Hipoventilación alveolar y disminución de la FiO₂.
4. Trastorno de la relación ventilación/perfusión e hipoventilación alveolar.
5. Aumento de la presión de la arteria pulmonar y disminución de la difusión.

63. Hombre de 70 años, presenta disnea progresiva y tos no productiva de varios años de evolución. En la Rx de tórax se observan placas pleurales en pleura mediastínica y diafragmática. En la TC se confirman dichas placas apreciando además la presencia de afectación reticulonodulillar de predominio en campos inferiores. De entre las siguientes, ¿qué actitud recomendaría en primer lugar?

1. Completar su historia tabáquica.
2. Indagar sobre exposición ocupacional.
3. Solicitar analítica de sangre para descartar eosinofilia.
4. Hacer pruebas funcionales respiratorias completas.
5. Proponer una biopsia transbronquial.

64. La práctica de una radiografía posteroanterior de tórax en espiración forzada es de gran utilidad para el diagnóstico de:

1. Derrame pleural loculado.
2. Neumotórax mínimo.
3. Hemotórax.
4. Atelectasia pulmonar.
5. Pericarditis.

65. Un hombre de 38 años acude a urgencias por disnea progresiva y tos seca de una semana de evolución. No tiene antecedentes de interés. Las constantes vitales son: temperatura 37,8°C, presión arterial 110/70 mmHg, frecuencia cardiaca 105 lpm y frecuencia respiratoria 30 rpm. En la exploración respiratoria destaca matidez a la percusión, disminución del frémito táctil (vocal) y disminución de los ruidos respiratorios en la base del hemitórax derecho. El resto de la exploración física es normal. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

1. Derrame pleural.
2. Neumonía lobar.
3. Bronquitis aguda.
4. Tuberculosis pulmonar.
5. Neumotórax.

66. Paciente de 68 años tiene una masa tumoral diagnosticada de carcinoma pulmonar no células pequeñas en el bronquio principal derecho a 1 cm de la carina traqueal. En la mediastinoscopia se aprecian adenopatías contralaterales que son positivas. El tratamiento recomendado sería:

1. Quimioterapia previa neumectomía derecha.
 2. Cirugía y radioterapia posterior de todas las cadenas ganglionares afectas.
 3. Neumectomía derecha y quimioterapia posterior.
 4. Quimioterapia y radioterapia.
 5. Radioterapia.
67. **Un paciente que refiere dolor torácico y cervicobraquial. A la exploración física se advierte miosis y enoftalmos unilateral. En la radiografía de tórax se observa opacidad en vértice y erosión de las primeras costillas. ¿Cuál es su diagnóstico?**
1. Tumor de Pancoast.
 2. Tumor de mediastino.
 3. Mesotelioma pleural localizado.
 4. Tumor bronquioloalveolar.
 5. Cáncer microcítico de pulmón con metástasis cerebrales.
68. **Mujer de 24 años con dos episodios semanales de cefalea de entre uno y tres días de duración, hemicraneal, intensa, acompañada de sono y fotofobia y náuseas. Como tratamiento preventivo NO consideraría uno de estos fármacos:**
1. Propranolol.
 2. Flunaricina.
 3. Carbamacepina.
 4. Topiramato.
 5. Nadolol.
69. **Una mujer de 30 años, previamente sana, presenta en el curso de unas 20 horas un cuadro de debilidad facial derecha, de forma que no puede cerrar el ojo derecho y se le ha torcido la boca. Refiere ver doble con la mirada lateral derecha. ¿Cuál de las siguientes posibilidades diagnósticas le parece más probable?**
1. Parálisis de Bell.
 2. Síndrome de Ramsay-Hunt (parálisis facial herpética).
 3. Sarcoidosis.
 4. Infarto silviano izquierdo con afectación del opérculo rolándico.
 5. Afectación protuberancial por un brote de esclerosis múltiple.
70. **Hombre de 50 años, mecánico, consulta por cuadro de dos años de evolución de dificultad en manejar la mano derecha y sensación de rigidez en el brazo. Su mujer le nota la cara inexpresiva y refiere que tiene pesadillas nocturnas muy vívidas que le despiertan agitado. En la exploración destaca rigidez en extremidades derechas y marcha lenta y sin braceo derecho. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?**
1. Infarto lacunar talámico izquierdo.
 2. Esclerosis lateral amiotrófica.
 3. Enfermedad de Parkinson.
 4. Plexopatía cervical.
 5. Degeneración corticobasal.
71. **Un niño de 7 años presenta un cuadro subagudo de ataxia cerebelosa e hipertensión endocraneal. La resonancia magnética demuestra una lesión expansiva en el vérmix cerebeloso que capta contraste y obstruye el cuarto ventrículo. El diagnóstico más probable es:**
1. Meningioma.
 2. Metástasis cerebelosa.
 3. Glioblastoma multiforme.
 4. Meduloblastoma.
 5. Linfoma.
72. **Paciente de 70 años con el único antecedente de ser ex-alcohólico desde hace 3 años y diagnosticado de gastritis atrófica. Consulta por cuadro de 4 meses de evolución que se inició con parestesias distales y simétricas en miembros inferiores y progresivamente fue añadiéndose dificultad para la marcha, siendo esta imposible sin ayuda, y episodios confusionales de presentación paroxística. A la exploración neurológica los pares craneales son normales, presenta una ligera bradipsiquia, fallos en sensibilidad profunda en cuatro miembros, actitud pseudodistónica en miembros superiores, dismetría dedo-nariz y talón rodilla bilateral con ojos cerrados, reflejos osteotendinosos exaltados, Babinski bilateral y paresia distal en miembros superiores. Señale la respuesta correcta:**
1. Realizar un hemograma y determinación de B12 ante la sospecha de una mielosis funicular.
 2. Realizar una RM buscando una atrofia de vermis y de folias cerebelosas ante la alta sospecha de degeneración cerebelosa alcohólica.
 3. Se debería administrar de inicio 100 mg de tiamina intravenosa por la sospecha de una encefalopatía de Wernicke-Korsakoff.

4. Lo primero a realizar sería una determinación de natremia para descartar una mielinolisis central pontina.
5. Realizar un estudio electromiográfico ante la alta sospecha de una esclerosis lateral primaria.
73. **Un varón de 52 años presenta de forma aguda un síndrome confusional, paresia de ambos músculos rectos externos oculares y ataxia de la marcha pensaría en**
1. Encefalopatía hiperglucémica.
 2. Encefalopatía de Korsakoff.
 3. Infarto cerebeloso.
 4. Administrar inmediatamente tiamina.
 5. Intoxicación por plomo.
74. **Estudiante de historia de 24 años que a las tres semanas de un catarro de vías respiratorias altas acude al médico por sensación de acorchamiento en manos y pérdida de fuerza en extremidades en los últimos días. El cuadro se precedió de dolor lumbar. En la exploración destaca, disminución de fuerza muscular asimétrica en extremidades superiores e inferiores, pérdida de reflejos osteotendinosos. En este paciente el diagnóstico más probable es:**
1. Miastenia gravis.
 2. Primer brote de esclerosis múltiple.
 3. Polirradiculopatía desmielinizante inflamatoria aguda.
 4. Dermatomiositis.
 5. Esclerosis lateral amiotrófica.
75. **Un hombre de 68 años con antecedentes de diabetes de 20 años de evolución, hipertensión arterial y prostatismo en tratamiento, consulta por episodios repetidos de síncope. Los episodios han ocurrido estando de pie, tras las comidas y se han precedido de un dolor opresivo en nuca, cuello y cintura escapular. ¿Cuál de estas pruebas complementarias es imprescindible?**
1. RM cerebral y cervical.
 2. Angio-RM de los troncos supra-aórticos.
 3. Estudio de medicina nuclear del transportador de dopamina (SPECT con ioflupano) cerebral.
 4. Medición de la presión arterial en decúbito y bipedestación.
 5. Registro Holter de 24 horas del electrocardiograma.
76. **¿Cuál de los siguientes síntomas NO está presente en el síndrome de Wallemborg, producido habitualmente por isquemia de la región dorso-lateral del bulbo?**
1. Disfonía.
 2. Disfagia.
 3. Piramidalismo.
 4. Ataxia.
 5. Síndrome de Horner.
77. **En relación a la Esferocitosis Hereditaria es cierto que:**
1. Es una anemia hemolítica congénita de herencia ligada al cromosoma X que es causa anemia severa.
 2. Se caracteriza por una disminución de la fragilidad osmótica.
 3. Se manifiesta como episodios de anemia aguda medicamentosa.
 4. El tratamiento de elección cuando es sintomática es la esplenectomía.
 5. Raramente se asocia a colelitiasis.
78. **Paciente de 45 años que acude a urgencias por malestar general, cefalea y cansancio progresivo en las últimas semanas. A la exploración física se detecta un ligero tinte icterico de piel y mucosas y se palpa esplenomegalia de 2 cm bajo el reborde costal. La analítica presenta hemoglobina 8,6 g/dL, VCM 100 fL. La cifra de reticulocitos está elevada y en el frotis de sangre se observa anisopoiquilocitosis. En la bioquímica destaca LDH 1300 UI/L, bilirrubina 2,2 mg/dL y haptoglobina indetectable. ¿Qué prueba es la más apropiada para orientar el diagnóstico de la paciente?**
1. Test de sangre oculta en heces.
 2. Test de Coombs.
 3. Determinación de hierro, cobalamina y ácido fólico.
 4. Ecografía abdominal.
 5. Aspirado de médula ósea.
79. **Mujer de 35 años de edad en tratamiento hormonal por infertilidad. Acude a Urgencias por síndrome constitucional y parestesias en hemicerpo izquierdo. En análisis de sangre se detecta: Hb 7.5 gr/dL, reticulocitos 10% (0.5-2%), plaquetas 5.000/uL, leucocitos normales, LDH 1.200 UI/L, test de Coombs directo negativo, haptoglobina indetectable. Morfología de sangre periférica con abundantes esquistocitos. Pruebas de coagulación normales. ¿Cuál es la sospecha diagnóstica y el**

tratamiento más adecuado?

1. Anemia hemolítica autoinmune. Iniciar esteroides.
2. Enfermedad de von Willebrand. Administración de desmopresina.
3. Púrpura trombocitopénica. Iniciar esteroides y transfusión de plaquetas.
4. Síndrome de Evans. Iniciar esteroides.
5. Púrpura trombótica trombocitopénica. Tratamiento con plasmaféresis.

80. Un hombre de 70 años se debe someter a una cirugía de extracción de cataratas. Tiene una prótesis mecánica mitral desde hace 10 años y está en tratamiento con acenocumarol. El electrocardiograma muestra un ritmo sinusal. ¿Cuál de las siguientes recomendaciones le parece más adecuada?

1. Realizar la cirugía ocular sin suspender el acenocumarol.
2. Suspender el acenocumarol 5 días antes de la cirugía y reiniciarlo el día posterior a la misma.
3. Suspender el acenocumarol 5 días antes de la cirugía, iniciar heparina de bajo peso molecular 3 días antes de la cirugía y suspenderla 24 horas antes de la misma.
4. Suspender el acenocumarol 1 día antes de la intervención y utilizar plasma fresco congelado durante la misma.
5. Suspender el acenocumarol 1 día antes de la intervención y dar vitamina K justo antes de la misma.

81. Mujer de 29 años de edad con antecedentes de reglas abundantes y anemia ferropénica de larga evolución que ha precisado tratamiento con ferrotterapia desde los 17 años. Consulta porque tras una extracción dental tiene hemorragia que ha precisado tratamiento hemostático local. Relata que una tía materna presenta epistaxis frecuentes. En analítica presenta: 8000 leucocitos/uL, Hb 10,7 g/dL, VCM 76 fL, 380.000 plaquetas/uL; la bioquímica es normal. Actividad de protrombina 90%; INR 0,9; Tiempo de Tromboplastina Parcial Activado (TTPA) 48 seg (39 seg) con un TTPA ratio de 1,3 y fibrinógeno derivado 340 mg/dL.

¿Cuál es la sospecha diagnóstica más probable y cómo lo confirmaría?

1. Hemofilia A y prueba de mezclas.
2. Anticoagulante lúpico y estudio de ANAS.
3. Anemia sideroblástica y aspirado medular.
4. Trombocitopatía congénita y estudio de

agregación plaquetaria.

5. Enfermedad de von Willebrand y determinación de factor vW.

82. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA con respecto al mieloma múltiple?

1. Son datos importantes para el pronóstico la citogenética y los niveles séricos de albúmina y beta2-microglobulina.
2. El bortezomib, la talidomida, la lenalidomida y la poli quimioterapia son herramientas terapéuticas muy útiles.
3. El trasplante autogénico de progenitores hematopoyéticos proporciona una larga supervivencia libre de progresión.
4. El trasplante alogénico se debe considerar un procedimiento experimental (de eficacia no probada).
5. La radioterapia no tiene ningún papel en el tratamiento de la enfermedad o sus complicaciones.

83. Paciente de 74 años de edad, asintomático, que en una analítica de rutina presenta plaquetas 40.000 plaquetas/ μ L, siendo el resto del hemograma normal y la bioquímica completa normal. Señale la respuesta correcta:

1. El diagnóstico más probable es una Púrpura Trombocitopénica Idiopática y se debe iniciar tratamiento esteroideo lo antes posible.
2. Se trata de una trombopenia grave con alto riesgo de sangrados espontáneos.
3. Se debería realizar un frotis de sangre periférica para descartar una pseudotrombocitopenia o trombopenia espúrea antes de realizar medidas adicionales.
4. El diagnóstico más probable es el de un síndrome mielodisplásico, por lo que la prueba inicial a realizar sería un estudio de médula ósea.
5. Se debe realizar un estudio inicial con serologías virales, estudio de autoinmunidad y ecografía abdominal. Si todas estas pruebas fueran normales se debería completar el estudio con un frotis de sangre periférica.

84. El prurito es una manifestación típica de todas las siguientes enfermedades, salvo:

1. Linfoma de Hodgkin.
2. Policitemia vera.
3. Micosis fungoide.
4. Mastocitosis sistémica.
5. Leucemia aguda mieloblástica.

85. Una mujer de 34 años ingresa en el hospital por una embolia pulmonar confirmada mediante angio-TC. No tiene antecedentes de cirugía reciente, traumatismos o viajes. Refiere fenómeno de Raynaud desde hace 2 años, y el año anterior tuvo un aborto a las 12 semanas de gestación. No tiene historia familiar de enfermedad tromboembólica venosa. El tiempo de tromboplastina parcial activado es de 56 sg (normal 25-35 sg) y la cifra de plaquetas de 120000/uL. ¿Cuál de las siguientes pruebas diagnósticas le ayudaría más en el diagnóstico?

1. Antitrombina III.
2. Anticoagulante lúpico.
3. Factor V de Leiden.
4. Proteína C.
5. Proteína S.

86. Paciente que presenta diabetes mellitus, pérdida de peso, anemia y eritema migratorio necrolítico. El diagnóstico más probable es:

1. Somatostatina.
2. Insulinoma.
3. Vipoma.
4. Gastrinoma.
5. Glucagonoma.

87. Una mujer de 78 años de edad ha sido recientemente diagnosticada de diabetes mellitus tipo 2. Tiene historia de trombosis venosa profunda hace 5 años, hipertensión arterial, depresión y ansiedad generalizada. Toma hidroclorotiazida, lisinopril, citalopram y aspirina. Vive sola en unos apartamentos tutelados. Come poco, típicamente café y tostada para desayunar, fruta y medio sándwich para comer y ensalada para cenar. Camina 1,5 Km diariamente. Mide 152 cm y pesa 39 Kg. La presión arterial es 130/80 mmHg y la frecuencia cardiaca es 82 lpm. Los análisis de laboratorio incluyen glucemia basal de 147 mg/dL (hace 1 mes tenía 152 mg/dL), creatinina 1,0 mg/dL (filtrado glomerular estimado 28 ml/min), urea 32 mg/dL y hemoglobina glicosilada es 9,5%. ¿Cuál de los siguientes es el mejor tratamiento inicial para la diabetes?

1. Insulina glargina subcutánea 8 U al día.
2. Metformina oral a dosis de 850 mg cada 12 horas.
3. Glibenclamida oral 10 mg al día.
4. No necesita tratamiento farmacológico, solo dieta.
5. Pioglitazona 15 mg al día.

88. La metformina se recomienda como tratamiento inicial en la mayoría de consensos de tratamiento de la diabetes tipo 2, por eficacia, seguridad y precio; no obstante su utilización tiene algunas limitaciones y es obligado suspenderla en algunas situaciones clínicas. ¿En cuál de las siguientes situaciones NO consideraría suspender este tratamiento?

1. Introducción de análogo de insulina de acción prolongada por mal control metabólico.
2. Ingesta de alcohol superior a 50 g/día de forma habitual.
3. Realización de TC con contraste intravenoso.
4. Cuadro diarreico con elevación de Cr plasmática a 2,5 mg/dL.
5. Isquemia aguda de extremidades inferiores con importante hipoxia tisular.

89. En relación con los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares, ¿cuál de las siguientes afirmaciones NO es correcta?

1. En cuanto al colesterol LDL, el objetivo terapéutico depende del riesgo cardiovascular global.
2. Los pacientes diabéticos tipo 2 deben considerarse de alto riesgo cardiovascular y el objetivo en cuanto a colesterol LDL debe ser <100 mg/dL.
3. No hay evidencia suficiente de que niveles bajos de colesterol HDL supongan un factor de riesgo cardiovascular.
4. Lo importante en el riesgo asociado a hipertensión arterial es que mejora cuando se reduce la presión arterial independientemente del tipo de fármaco utilizado.
5. La existencia de enfermedad coronaria en la familia es un factor de riesgo para el paciente.

90. Joven de 24 años con hipogonadismo de origen hipotalámico secundario a craneofaringioma intervenido, en tratamiento sustitutivo con undecanoato de testosterona cada 12 semanas de forma intramuscular, que nos es remitido desde otro centro para seguimiento. El paciente nos interroga en la visita inicial acerca del seguimiento de su patología de base, posibles eventos adversos del tratamiento hormonal y probabilidades de tener descendencia en un futuro. ¿Cuál de las siguientes aseveraciones NO es correcta?

1. Las concentraciones de testosterona sérica deberían medirse justo antes de cada

inyección subsiguiente.

2. El objetivo de tratamiento es mantener las concentraciones de testosterona sérica en rango medio de normalidad.
3. Está indicado revisar el hematocrito de forma anual.
4. El tratamiento con testosterona intramuscular de forma prolongada aumentará las probabilidades de concepción con su pareja.
5. El tratamiento con testosterona no requiere la monitorización de las concentraciones de hormona luteinizante.

91. Joven de 25 años sin ningún antecedente personal ni familiar de interés, que ingresa en Neurocirugía por fractura craneal por accidente de moto. Tres días después comienza de forma brusca con poliuria, polidipsia y sed intensa tanto diurna como nocturna. En el estudio realizado se objetiva un volumen urinario de 7 litros con osmolaridad urinaria de 190 mOsm/L (90-1200) y osmolaridad plasmática de 292 mOsm/L (275-295). El Na plasmático es 143 mmol/L. Se realiza prueba de restricción hídrica y tras comprobar que no hay aumento en la osmolaridad urinaria, se administra una dosis de 2 microgramos de desmopresina subcutánea. La osmolaridad urinaria posterior es de 410 mOsm/kg. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

1. Polidipsia primaria.
2. Diabetes insípida central.
3. Insuficiencia suprarrenal aguda.
4. SIADH.
5. Diabetes insípida nefrogénica.

92. De los siguientes enunciados, uno NO es un desencadenante de las crisis abdominopsiconeurológicas en la porfiria aguda. Indique cuál:

1. La fase lútea del ciclo menstrual.
2. Los fármacos inductores enzimáticos hepáticos.
3. Las infecciones.
4. Una dieta restrictiva en proteínas.
5. Los inhibidores de la proteasa empleados en la infección por el VIH.

93. La dieta sin gluten es el pilar fundamental en el tratamiento de la enfermedad celíaca. Al respecto, son numerosos los productos manufacturados con una composición incierta en cuanto al gluten, siendo frecuente encontrar etiquetados engañosos. De los siguientes grupos de alimentos ¿Cuál podemos considerar completamente seguro en la dieta de un paciente

celíaco?

1. Conservas de carne: Hamburguesas, albóndigas
2. Leche y derivados: yogur, queso, nata, cuajada.
3. Salsas, condimentos y aditivos alimentarios
4. Pasta integral: fideos, macarrones, tallarines
5. Productos de charcutería, embutidos, patés.

94. Respecto a la pérdida de masa ósea en pacientes tratados con glucocorticoides, ¿qué afirmación considera correcta?

1. Si la dosis de prednisona recibida por el paciente, es inferior a 15 mg al día, durante un tiempo inferior a 6 meses, no es un problema realmente y no se debe tomar ninguna medida preventiva.
2. Las tiazidas han demostrado disminuir el riesgo de fracturas, tanto de cadera, como de columna vertebral, en pacientes tratados con glucocorticoides. Por eso, su uso debe recomendarse en estos pacientes como medida preventiva.
3. Se recomienda realizar una densitometría ósea después del primer año de tratamiento con glucocorticoides, puesto que antes no se produce pérdida de masa ósea.
4. Todos los pacientes en tratamiento con glucocorticoides deben recibir un aporte adecuado de calcio y vitamina D, que puede proceder de la dieta o de suplementos farmacológicos.
5. La pérdida de masa ósea se observa, sobre todo, en cadera, por eso la densitometría de columna vertebral no tiene ninguna utilidad en su valoración.

95. Mujer de 33 años con cuadro de pérdida de 6 Kg de peso en los últimos 4 meses, astenia y anorexia. Amenorrea desde hace 2 meses. Los resultados hormonales indican una concentración sérica de cortisol basal de 108 nmol/l (valor normal basal 115-550) y de 123 nmol/l tras estimulación con ACTH. La concentración plasmática basal de ACTH es de 48 pmol/l (valor normal: 2-12). ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

1. Insuficiencia suprarrenal primaria.
2. Insuficiencia suprarrenal secundaria.
3. Insuficiencia suprarrenal terciaria por lesión hipotalámica.
4. Tumor hipofisario productor de ACTH (corticotropinoma).
5. Se deben practicar más pruebas dado que el diagnóstico no es concluyente.

96. **¿Cuál de los siguientes cuadros clínicos es compatible con el diagnóstico de tiroiditis subaguda?**

1. Mujer de 38 años con antecedentes de 2 semanas de dolor en tiroides, elevación de la T4 y de la T3, TSH baja y aumento de la captación de tecnecio en la gammagrafía.
2. Hombre de 42 años de edad con antecedentes de dolor en glándula tiroidea hace 4 meses, fatiga, malestar general, concentraciones bajas de T4 libre y elevadas de TSH.
3. Mujer de 31 años de edad con glándula tiroidea aumentada de tamaño, indolora a la palpación, TSH baja, T4 y T3 libres elevadas y aumento de la captación de tecnecio en la gammagrafía.
4. Mujer de 30 años de edad en tratamiento con anticonceptivos orales, con molestias en el cuello y nódulo tiroideo palpable que en la ecografía se comporta como sólido. Aumento de la T4 total con TSH normal.
5. Hombre de 46 años de edad que consulta por fatiga durante los últimos 3 meses. En la analítica se objetivan concentraciones bajas de T4 y T3 libres y de TSH.

97. **Qué enunciado referente al tratamiento sustitutivo con L-tiroxina en un paciente con hipotiroidismo es correcto?**

1. Se determinará la función tiroidea a las 48 horas de su inicio para valorar la eficacia
2. En los pacientes ancianos y con el fin de mejorar la sintomatología de manera rápida, se inicia tratamiento con L-T4 a una dosis de 150-200 microgramos al día
3. En el embarazo los requerimientos de hormona tiroidea suelen aumentar en unos 50 microgramos al día, sobre la dosis previa
4. Debe tomarse la medicación en medio de las comidas
5. Conviene administrar un protector gástrico simultáneamente para evitar una gastritis

98. **¿Cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA en relación a las alteraciones del equilibrio ácido-base?**

1. El pH arterial se regula por la ecuación de Henderson-Hasselbach y es de 7.35-7.45.
2. La hipercapnia (aumento de la PaCO₂) es consecuencia del aumento de producción de CO₂.
3. La acidosis metabólica ocurre por aumento de producción endógena de ácidos,

acumulación de ácidos y/o pérdida de bicarbonatos.

4. En los pacientes con acidosis láctica es frecuente encontrar una brecha o diferencia aniónica superior a 12 mmol/L.
5. El uso de soluciones alcalinizantes debe reservarse para casos de acidemias graves con ph < 7.20.

99. **Hombre de 47 años de edad que consulta por edemas en miembros inferiores de 3 semanas de evolución. En la analítica sanguínea presenta creatinina 1.3 mg/dL, colesterol total 270 mg/dL y albúmina 2.4 g/dL. En el sedimento de orina presenta 15-20 hematíes por campo y en orina de 24 horas se detecta proteinuria 3.7 g/día. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?**

1. Enfermedad de cambios mínimos.
2. Glomerulosclerosis focal y segmentaria.
3. Nefropatía membranosa.
4. Glomerulonefritis membranoproliferativa tipo I.
5. Glomerulonefritis proliferativa mesangial.

100. **Mujer de 68 años de edad que es diagnosticada de una tuberculosis pulmonar. Se instauró tratamiento con Isoniacida, Rifampicina y Etambutol. A los 12 días de iniciado el tratamiento consulta por fiebre de 38°C, exantema cutáneo, adenopatías, artralgia, dolor lumbar, oliguria y eosinofilia con deterioro agudo de la función renal. En el examen de orina se identificó hematuria, leucocituria con eosinofilia en la tinción de Wright y proteinuria en rango no nefrótico (1,2 gramos diarios). Con estos datos clínicos el diagnóstico más probable es:**

1. Necrosis tubular aguda por nefrotoxicidad a fármacos.
2. Necrosis tubular aguda de etiología isquémica.
3. Enfermedad ateroembólica.
4. Oclusión trombótica de la arteria renal principal.
5. Nefritis tubulointersticial aguda.

101. **¿En cuál de los siguientes tipos de glomerulonefritis existe una mayor indicación de IECAS o ARA-II como tratamiento antiproteinúrico?**

1. Glomerulosclerosis segmentaria y focal secundaria a hiperfiltración.
2. Glomerulonefritis aguda postinfecciosa.
3. Glomerulonefritis extracapilar.

4. Glomerulonefritis por cambios mínimos
5. Glomerulonefritis membranoproliferativa

4. GNF proliferativa difusa.
5. GNF membranosa.

102. ¿Cuál de las siguientes situaciones clínicas conlleva un mayor riesgo de progresión de la enfermedad renal crónica y requeriría un control más estricto por parte del nefrólogo?

1. Paciente diabético con un filtrado glomerular de 46 mL/min y un cociente albumina/creatinina en orina de 25 mg/g.
2. Paciente diabético con filtrado glomerular de 89 mL/min y cociente albumina/creatinina en orina de 475 mg/g.
3. Paciente hipertenso con filtrado glomerular de 65 mL/min y cociente albumina/creatinina en orina de 150 mg/g.
4. Paciente hipertenso de 70 años con 1 quiste simple en cada riñón, filtrado glomerular de 35 mL/min y cociente albumina/creatinina en orina de 10 mg/g.
5. Paciente hipertenso de 87 años con filtrado glomerular de 30 mL/min y cociente albumina/creatinina en orina de 5 mg/g.

103. Las nefropatías intersticiales crónicas afectan a las estructuras tubulares y al intersticio renal. Si analizamos los defectos funcionales que estas patologías pueden producir, NO esperaremos encontrarlos:

1. Isostenuria.
2. Alcalosis metabólica hipoclorémica.
3. Atrofia tubular y fibrosis intersticial en el estudio histológico renal.
4. Sedimento urinario normal o poco expresivo.
5. Proteinuria de cuantía menor de 2 gramos por día.

104. Chica de 18 años de edad que acude al Hospital por edemas en miembros inferiores de 1 semana de evolución, destacando en la analítica una proteinuria en rango nefrótico con hipoproteinemia e hipoalbuminemia. En la anamnesis refiere aftas orales recidivantes, artritis de pequeñas articulaciones de las manos, rash malar y fotosensibilidad. En el estudio etiológico destaca la presencia de ANA y anti-DNA con hipocomplementemia. La determinación de ANCA es negativa. Se realiza una biopsia renal en la que podríamos encontrar cualquiera de estos tipos de glomerulonefritis, EXCEPTO:

1. GNF mesangial.
2. GNF necrotizante paucimmune.
3. GNF proliferativa focal.

105. ¿Cuál de las siguientes combinaciones de fármacos se utiliza habitualmente en el tratamiento de mantenimiento de los pacientes portadores de un trasplante renal?

1. Tacrolimus, ciclosporina y micofenolato mofetilo.
2. Tacrolimus, micofenolato mofetilo y glucocorticoides.
3. Tacrolimus, sirolimus y micofenolato mofetilo.
4. Tacrolimus, azatioprina y micofenolato mofetilo.
5. Ciclosporina, azatioprina y micofenolato mofetilo.

106. Hombre de 78 años de edad al que se realizó cateterismo cardiaco con revascularización de la arteria coronaria derecha hace 3 semanas y que consulta por náuseas y vómitos de 3 días de evolución. Presenta presión arterial de 185/85 mm Hg y lesiones purpúreas en los dedos de ambos pies. En la analítica se objetiva urea 230 mg/dL y creatinina 5.8 mg/dL. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

1. Hipertensión arterial maligna.
2. Necrosis tubular aguda por contraste.
3. Insuficiencia renal rápidamente progresiva.
4. Enfermedad ateroembólica renal.
5. Estenosis de arteria renal bilateral.

107. Hombre de 65 años sin antecedentes médicos de interés que consulta por chorro miccional fino, sensación de vaciado incompleto, frecuencia miccional diurna cada 3 horas y nicturia 1-2 veces. Al tacto rectal se aprecia próstata mediana-grande sin nódulos. Antígeno prostático específico (PSA) 0,5 ng/mL. Aporta ecografía reno-vésico-prostática que nos indica un volumen prostático de 35 g, con ausencia de residuo postmiccional y sin otras alteraciones valorables. ¿Cuál será nuestra actitud ante este paciente?

1. Ofrecer prostatectomía radical como tratamiento de su cáncer de próstata.
2. Solicitar estudio gammagráfico para descartar la presencia de metástasis óseas y viscerales secundarias al cáncer de próstata.
3. Iniciar tratamiento con bloqueo androgénico con análogos LHRH dada la eficacia demostrada de este medicamento en el tratamiento del paciente con HBP.

4. Indicar tratamiento desobstructivo quirúrgico (resección transuretral de próstata) como tratamiento de elección de la hiperplasia de próstata.
5. Plantear tratamiento con alfa-bloqueantes como tratamiento inicial de la hiperplasia benigna de próstata (HBP).

108. Mujer de 31 años con antecedentes de cólico nefrítico hace 4 años que consulta en urgencias por dolor lumbar izquierdo de características cólicas desde hace 3 días con aparición de fiebre durante las últimas 12 horas. En el análisis de sangre destacan la presencia de 15.000 leucocitos/uL, 85% neutrófilos, creatinina 0,8 mg/dL y PCR 20 mg/dL. El sedimento de orina informa de incontables leucocitos/campo. ¿Cuál de las siguientes aseveraciones es cierta?

1. Dado que se trata de una infección urinaria no complicada, debemos tratarla con antibioterapia oral y control evolutivo.
2. Es recomendable realizar un estudio de imagen urgente para descartar obstrucción de la vía urinaria alta que requiera drenaje.
3. Esta paciente tiene una infección del tracto urinario complicada y lo más probable es que el germen causante sea *S. aureus*.
4. Lo más indicado es iniciar tratamiento con fluconazol y controlarla en consulta externa en 1 semana.
5. La paciente tiene una pielonefritis aguda y el tratamiento óptimo es la combinación de sondaje vesical con antibioterapia endovenosa.

109. ¿Cuál de los siguientes fármacos indicaría como tratamiento de primera línea en un paciente de 53 años diagnosticado de cáncer renal de células claras metastásico?

1. Sunitinib.
2. Cetuximab.
3. Fluoropirimidina.
4. Panitumumab.
5. Bleomicina.

110. Hombre de 78 años de edad con artritis reumatoide (AR) de larga evolución mal controlada. Antecedentes de 2 ingresos por insuficiencia cardiaca y fibrilación auricular en los últimos 6 meses. En tratamiento actual con infliximab, prednisona, furosemida, enalapril, carvedilol y acenocumarol. Ingresa nuevamente por clínica de insuficiencia cardiaca biventricular. En el ECG se objetiva fibrilación auricular a 102 lpm y bloqueo de rama izquierda avanzado. Un ecocardiograma

muestra dilatación biauricular, engrosamiento de la pared del ventrículo izquierdo con fracción de eyección del 45% y patrón restrictivo. En la analítica destaca: Hb 10 gr/dL, creatinina 2,1 mg/dL (FG 20 mL/min), PCR 124 mg/L, factor reumatoide 240 U/L, BNP 980 ng/L, proteinuria 4,8 g/24h. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

1. Síndrome cardio-renal tipo 2.
2. Amiloidosis AA.
3. Miocarditis de células gigantes.
4. Toxicidad por infliximab.
5. Glomerulonefritis membranosa asociada a AR.

111. Un varón de 40 años acude al servicio de urgencias por inflamación de la rodilla derecha de unas 24 horas de evolución. El paciente no refiere traumatismo previo y es el primer episodio de artritis que presenta. A la anamnesis dirigida refiere que hace 4 semanas ha regresado de un viaje por Marruecos y que estando allí presentó escalofríos y diarreas que remitieron tras una semana. A la exploración se evidencia además inflamación del tendón de Aquiles derecho. ¿Cuál es la actitud a seguir?

1. Se trata de una espondiloartropatía, iniciaría tratamiento con metotrexato.
2. Inmovilizar la rodilla con un vendaje durante 15 días y dar antiinflamatorios no esteroideos.
3. Practicar una artrocentesis para realizar cultivo, análisis de microcristales y recuento celular del líquido sinovial.
4. Realizar una artroscopia.
5. Se trata de una artritis gotosa, iniciaría tratamiento con alopurinol.

112. Una mujer de 36 años diagnosticada de esclerodermia sistémica forma difusa 2 años antes, es tratada con 30 mg de prednisona en su centro de salud por un problema ocular. La enferma consulta por cefalea y en el examen clínico se constatan cifras de presión arterial elevadas y un deterioro de la función renal que no era conocida. La enferma es derivada a urgencias con la sospecha de una crisis renal esclerodérmica. Señale cuál de las siguientes afirmaciones es la correcta:

1. La crisis renal esclerodérmica es más frecuente en la forma limitada de la esclerodermia.
2. La utilización de esteroides a dosis moderadas puede precipitar su aparición.
3. El diagnóstico requiere una biopsia renal.
4. Los inhibidores de la enzima convertidora de

la angiotensina se utilizan de forma rutinaria para prevenir su aparición.

5. El tratamiento de elección sería un calcioantagonista dihidropiridínico.

113. ¿Cuál de los siguientes NO se considera un criterio clasificatorio del lupus eritematoso sistémico?

1. Vasculitis cutánea.
2. Fotosensibilidad.
3. Anemia hemolítica.
4. Pericarditis.
5. Concentración elevada de anticuerpos antinucleares.

114. En relación con la artrosis, ¿qué afirmación es correcta?

1. Hay una estrecha correlación entre los hallazgos radiológicos y la sintomatología de los pacientes.
2. La afectación sintomática de la cadera es mucho más frecuente que la afectación de la rodilla.
3. La obesidad no se ha demostrado que sea un factor de riesgo para su desarrollo.
4. La presencia de una velocidad de sedimentación elevada apoya fuertemente el diagnóstico.
5. La rigidez matutina habitualmente dura menos de 30 minutos.

115. Una mujer de 35 años consulta por la aparición de unas lesiones máculo-papulosas en miembros superiores sin otros síntomas. La biopsia de una de ellas demuestra la presencia de granulomas no caseificantes. Los análisis de sangre son normales salvo una elevación de los niveles de enzima convertidora de la angiotensina (ECA). En la radiografía de tórax se detectan adenopatías hiliares bilaterales. ¿Cuál de las siguientes considera la actitud más adecuada?

1. Iniciar tratamiento con corticoides por vía oral.
2. Iniciar tratamiento con hidroxicloroquina por vía oral.
3. Iniciar tratamiento con azatioprina por vía oral.
4. Iniciar tratamiento con leflunomida por vía oral.
5. Continuar estudio sin iniciar tratamiento.

116. ¿Cuál de las siguientes lesiones traumáticas precisa, para evitar complicaciones locales, un tratamiento más precoz?

1. Luxación traumática posterior de la cadera.
2. Fractura desplazada del cuello femoral del anciano.
3. Fractura trocantérea del anciano.
4. Fractura de cotilo.
5. Fractura subtrocantérea

117. La complicación más frecuente de las fracturas del cuello del astrágalo es:

1. Algodistrofia refleja.
2. Consolidación viciosa.
3. Pseudoartrosis.
4. Osteonecrosis.
5. Lesión neurológica del tibial posterior.

118. En un paciente de 14 años con Síndrome de Down que presenta nalgias (exploración neurológica normal) y va a ser sometido a anestesia general (intubación orotraqueal) para cirugía abdominal electiva debe descartarse:

1. Inestabilidad atloaxoidea.
2. Fístulas traqueoesofágicas.
3. Tumor cerebral.
4. Hiperplasia de cuerdas vocales.
5. Hidrocefalia.

119. Chico de 23 años de edad, que al realizar un salto jugando al baloncesto, cae sobre su extremidad inferior derecha con la rodilla en hiperextensión aplicando un giro brusco a su rodilla mientras que mantiene el pie fijo en el suelo. El paciente, percibe un chasquido y dolor agudo en su rodilla, no pudiendo continuar jugando. Nota sensación de inestabilidad al realizar el apoyo de dicha extremidad. En la exploración clínica se aprecia derrame articular intenso por lo que se practica artrocentesis que muestra importante hemartrosis aguda sin presencia de gotitas de grasa sobrenadando en el líquido extraído. La movilidad de la rodilla está libre y la maniobra de Lachman resulta positiva. ¿Cuál es la sospecha diagnóstica?

1. Rotura en asa de cubo del menisco interno.
2. Rotura aislada del ligamento colateral lateral.
3. Fractura por arrancamiento de la espina tibial anterior.
4. Fractura unicondílea del cóndilo medial.
5. Rotura del ligamento cruzado anterior.

120. Un joven de 20 años acude a Urgencias por fiebre de 39°C, escalofríos, pápulas y pústulas hemorrágicas en las superficies extensoras distales de las extremidades y artritis de la rodilla. ¿Cuál es su diagnóstico de sospecha inicial?

1. Artritis reumatoide.
2. Síndrome de Reiter.
3. Gota úrica.
4. Artritis gonocócica.
5. Vasculitis de Cogan.

121. ¿Cuál de las siguientes especies de *Candida* spp. suele ser resistente o como mínimo tener una sensibilidad disminuida a fluconazol?

1. *C. albicans*.
2. *C. tropicalis*.
3. *C. parapsilosis*.
4. *C. krusei*.
5. *C. glabrata*.

122. A un paciente de Bolivia diagnosticado de enfermedad de Chagas se le realiza un hemograma que muestra 1.100 eosinófilos/ μ L (12% de los leucocitos). ¿Cuál de los siguientes diagnósticos es el MENOS probable?

1. Infestación por *Schistosoma haematobium*.
2. Infestación por *Ancylostoma duodenale*.
3. Infestación por *Strongyloides stercoralis*.
4. Infestación por *Ascaris lumbricoides*.
5. Infestación por *Necator americanus*.

123. Respecto a la etiología de las infecciones urinarias, señale la respuesta FALSA.

1. Aunque los virus rara vez causan cistitis, puede observarse viruria sintomática en el curso de muchas infecciones víricas.
2. La presencia de *Candida* spp. en la orina suele observarse en pacientes diabéticos y/o portadores de una sonda vesical permanente y habitualmente indica colonización simple.
3. *Corynebacterium urealyticum* origina infección en pacientes inmunodeprimidos, entre ellos los sometidos a trasplante renal y los portadores de sonda vesical.
4. *E. coli* es el microorganismo responsable más frecuente de las infecciones urinarias no complicadas pero sólo lo es en un porcentaje mínimo de las infecciones complicadas.

5. La infección urinaria es polimicrobiana en cerca del 5% de los casos, especialmente en pacientes con vejiga neurógena, sonda vesical o fístula vesicorrectal o vesicovaginal, entre otras causas.

124. Paciente de 60 años que acude a urgencias del hospital por cuadro de dolor torácico izquierdo, con tos y expectoración amarillenta, temperatura de 38.7°C, sensación de falta de aire. Saturación arterial de O₂ 80%. Hemograma leucocitos 12000/uL con 86 % de polimorfonucleares. Rx de tórax: infiltrado alveolar en base izquierda con broncograma aéreo. Ante la sospecha de neumonía, se hace Ag de neumococo en orina que es positivo y se envía cultivo de esputo al servicio de Microbiología. ¿Qué tratamiento antibiótico empírico de los indicados es más correcto en espera de resultados microbiológicos?

1. Ceftazidima.
2. Claritromicina.
3. Azitromicina.
4. Ceftriaxona.
5. Doxiciclina.

125. Una mujer de 73 años es traída a Urgencias acompañada por la familia por un cuadro de escalofríos y tos productiva de moco purulento de unos 2 días de evolución; además refieren tendencia a la somnolencia con disminución de la ingesta oral tanto a líquidos como a sólidos. Como antecedentes nos informan que la paciente está diagnosticada de HTA, DM tipo 2 y demencia incipiente. A la exploración física destaca una paciente delgada, con discreta sequedad mucosa, somnolienta pero reactiva a órdenes verbales. No se objetiva meningismo ni focalidad motora ni sensitiva. Temperatura 35,9°C. Frecuencia cardíaca 118 lpm, TA 84/50 mmHg, frecuencia respiratoria 22 rpm. Saturación O₂ 93%. Auscultación cardíaca taquIRRÍtmica sin soplos. Auscultación respiratoria con crepitantes en base derecha. Señale la respuesta VERDADERA:

1. Entre las medidas a tomar cuando se sospecha una sepsis, se encuentra la administración de antibioterapia en la 1ª hora de su llegada, aunque no se ha conseguido relacionar esta actitud con una disminución de la mortalidad.
2. La administración precoz de fluidos iv es esencial para mantener adecuada perfusión tisular, siendo la meta a conseguir mantener una presión arterial media > 65 mmHg.
3. Entre las pruebas complementarias que se reciben observamos un lactato > 5,6 mmol/L;

hay que tenerlo en cuenta pero mientras mantenga estabilidad hemodinámica no debemos preocuparnos.

4. En realidad no es correcto el diagnóstico de sepsis ya que la ausencia de fiebre la descarta.
5. La paciente presenta hipotensión a pesar de administración intensiva de fluidoterapia endovenosa; es el momento de administrar drogas vasoactivas, siendo de elección el isoproterenol.

126. La principal indicación para utilizar 4 fármacos en el tratamiento inicial de la tuberculosis es:

1. Afectación del sistema nervioso central.
2. Alta prevalencia de resistencia primaria a isoniacida.
3. Tuberculosis pulmonar cavitada y extensa con gran carga bacilar.
4. Tuberculosis diseminada asociada a la infección por VIH.
5. Tuberculosis extrapulmonar en inmunodeprimidos de cualquier origen.

127. ¿Cuál de las siguientes determinaciones analíticas es menos útil para la toma de decisiones en el seguimiento y control de una persona infectada por VIH?

1. Recuento de linfocitos CD4 en sangre periférica
2. Cuantificación de inmunoglobulina
3. Medición de la carga viral
4. Estudios de resistencia del VIH a fármacos antirretrovirales
5. Análisis del tropismo de correceptores

128. En relación con el tratamiento de las infecciones por virus del grupo herpes, señalar la respuesta FALSA:

1. El tratamiento con aciclovir de la infección genital primaria causada por virus herpes simplex 2 reduce drásticamente el número de recidivas.
2. La mononucleosis infecciosa en un adulto sano es un enfermedad autolimitada que no requiere tratamiento antiviral específico.
3. Se ha demostrado que aciclovir acorta significativamente la duración y la intensidad de los síntomas en los pacientes con gingivoestomatitis herpética.
4. Tanto ganciclovir IV como valganciclovir oral son útiles para el tratamiento de una coriorretinitis por citomegalovirus en un paciente con SIDA.

5. En los pacientes adultos con varicela actualmente está indicado iniciar tratamiento precoz con aciclovir o valganciclovir.

129. El análisis de los datos obtenidos de los casos de enfermedad por el virus del Ébola en Guinea y Sierra Leona, nos permite afirmar que:

1. La mortalidad de la infección supera el 85 %.
2. El tratamiento está basado en medidas de soporte (reposición hidroelectrolítica i.v. y antibióticos).
3. Más de la mitad de los casos corresponde a personal sanitario.
4. La hemorragia gastrointestinal es una causa habitual de mortalidad.
5. La mortalidad es mayor en adolescentes.

130. A un paciente de 40 años, clasificado como ASA I según la escala de la American Society of Anesthesiologists, se le está practicando una colecistectomía laparoscópica por una coledolitiasis. La intervención transcurre inicialmente sin complicaciones, pero a los cincuenta minutos de iniciada la misma se observa un incremento significativo de los niveles de dióxido de carbono (CO₂) teleespiratorios, sin alteración de la saturación arterial de oxígeno por pulsioximetría ni elevación de las presiones de ventilación. ¿Cuál sería su diagnóstico de presunción y su actitud ante este hallazgo?

1. Con estos hallazgos hay que sospechar la existencia de un enfisema subcutáneo, por lo que hay que explorar al paciente y solicitar que se disminuya la presión de insuflación del neumoperitoneo o incluso la interrupción del mismo.
2. El diagnóstico más probable es un neumotórax secundario a dióxido de carbono o capnotórax, por lo que hay que solicitar una radiografía de tórax urgente y preparar la inserción de un drenaje torácico.
3. La elevación de los niveles de dióxido de carbono es normal en el marco de una intervención laparoscópica. La única actitud a tomar es aumentar el volumen minuto en la máquina anestésica.
4. Hay que revisar la colocación del tubo orotraqueal por la posibilidad de que haya progresado y que estemos ante una intubación endobronquial, lo que resulta relativamente frecuente en esta cirugía por causa de la elevación del diafragma secundaria al neumoperitoneo.
5. La elevación del dióxido de carbono teleespiratorio, sin afectación de las presiones de ventilación, es típico del embolismo

pulmonar masivo. Hay que interrumpir la intervención, ventilar con oxígeno puro y preparar drogas vasoactivas por la posible inestabilidad hemodinámica.

de la cama.

131. Un paciente acude a consulta por malestar general y coloración amarillenta de la piel y su médico sospecha que se trata de un cuadro de hepatitis A. ¿Cuál de las siguientes respuestas constituye el factor que de forma más exacta y segura permite determinar la probabilidad preprueba (antes de realizar ningún estudio) de que se trate de dicho cuadro?

1. Intensidad de la ictericia.
2. Frecuencia de la hepatitis A en el entorno.
3. Días de duración del cuadro.
4. Experiencia del profesional sobre cuadros de ictericia.
5. Enfermedades previas del paciente.

132. JMC paciente de 14 años de edad que ingresa en el servicio de Urgencias. El médico que le atiende considera necesaria una transfusión sanguínea. Los padres del paciente manifiestan su negativa a que se le administre sangre, firmando el correspondiente documento de denegación a la transfusión. El facultativo le advierte que de no llevarse a cabo la transfusión peligra su vida. Insisten en su negativa, el motivo alegado para el rechazo es básicamente religioso. ¿Cual de las siguientes opciones sería la más correcta?

1. Transfundir al paciente.
2. Transfundir al paciente, pero sólo cuando hubiera perdido la conciencia.
3. Trasladar el caso al comité de ética asistencial para que adopte la decisión.
4. Respetar la preferencia manifestada y atenderle sin realizar la transfusión
5. Lo pondría en conocimiento del juez y no administraría tratamiento alguno hasta que éste lo indicara.

133. En la entrevista clínica:

1. El facultativo tiene que mostrarse amigo antes que profesional.
2. El médico debe evitar advertir al paciente del tiempo que dispone para atenderle.
3. El profesional debe verificar que el paciente ha comprendido la información.
4. Es conveniente realizar pausas prolongadas para no fatigar al paciente.
5. El médico, durante la entrevista, debe permanecer de pie o situado tras la cabecera

134. Una joven de 24 años sufre una caída de la bicicleta con traumatismo en la zona abdominal con el manillar. A las pocas horas del traumatismo comienza con dolor intenso en hipocondrio izquierdo por lo que acude a consultar a un servicio de urgencias. A su llegada el paciente se encuentra pálida y sudorosa, las cifras de presión arterial son 82/54 mmHg y la frecuencia cardiaca es de 120 latidos por minuto. ¿Que tipo de shock es el que más probablemente padece esta paciente?

1. Hipovolémico.
2. Séptico.
3. Cardiogénico.
4. Anafiláctico.
5. Neurogénico.

135. Joven que acude a urgencias por quemadura por llama de segundo grado del 10 % de la superficie corporal, afectando al brazo derecho de forma extensa y circular. No se halla pulso arterial en la mano medido por doppler. ¿Cuál es el tratamiento de elección?

1. Curas con sulfadiacina argéntica oclusivas y evaluación de la profundidad a la semana.
2. Drenajes linfáticos y valorar un by-pass vascular.
3. Escarotomía o incisiones de descompresión de urgencia.
4. Conducta expectante.
5. Amputación de la extremidad.

136. Ingresamos en nuestra planta desde Urgencias para estudio un paciente de 80 años refiriendo pérdida de peso y malestar inespecífico centroabdominal, junto a pérdida de apetito.

El proceso diagnóstico que debemos desarrollar durante su ingreso será guiado por los siguientes principios EXCEPTO:

1. Se realizarán todas aquellas pruebas que puedan aportar luz al proceso sospechado por el médico cubriendo el más amplio diagnóstico diferencial desde el comienzo.
2. El proceso asistencial se adaptará al contexto clínico individual del paciente y se buscará que éste sea participe de las decisiones relativas al diagnóstico y tratamiento.
3. Es importante pensar en primer lugar en lo más corriente, para sólo después, una vez descartadas con certeza las entidades más frecuentes, considerar lo raro.

4. Algunas pruebas complementarias pueden ser redundantes y no aportar valor al proceso diagnóstico, pero sí al coste sanitario. Así, ante dos pruebas complementarias de rendimiento similar, se decidirá siempre por la más económica y de menor riesgo.
5. Es imprescindible que el médico no añada nuevas incomodidades con la práctica de exploraciones complementarias que no sean estrictamente necesarias.

137. Un paciente consulta por desarrollo reciente y progresivo de acropaquias y deterioro general. Se inicia la búsqueda de posible neoplasia subyacente. ¿Cuál de los siguientes tumores tiene más posibilidad de ser diagnosticado?

1. Adenocarcinoma gástrico
2. Epidermoide esofágico
3. Timoma mediastínico
4. Folicular de tiroides
5. Mesotelioma pleural

138. Con respecto al carcinoma microcítico de pulmón, una de las siguientes afirmaciones es FALSA

1. Se emplea un sistema simplificado de estadificación.
2. La mayoría de los casos se diagnostican en estadios avanzados.
3. El derrame pericárdico corresponde a la enfermedad avanzada.
4. La definición del estadio limitado o avanzado depende de que todo el tumor conocido pueda ser contenido en un campo tolerable de radioterapia.
5. Las adenopatías supraclaviculares contralaterales se consideran generalmente enfermedad avanzada.

139. Asistimos en Urgencias a una mujer de 87 años hipertensa, diabética y con insuficiencia cardiaca clase D y un grado funcional basal 3-4 de la NYHA. En los últimos seis meses ingresó desde Urgencias en nuestro servicio 6 veces. La última vez fue un ingreso de evolución tórpida en la que se valoró su posible asistencia intensiva en UCI, pero se descartó dada su situación basal y el deseo de la paciente de evitar medidas de soporte de dudosa efectividad e invasivas. Acude nuevamente a las 48 horas tras el alta de su último ingreso por clínica de incremento de su disnea hasta grado 4 en el contexto de tos y expectoración purulenta. Se encuentra mal perfundida y su saturación con oxigenoterapia mediante mascarilla reservorio

de O₂ es de 85%.

En relación con la actitud diagnóstica y terapéutica a adoptar es preciso tener cuenta que:

1. Es crucial el diagnóstico preciso e inmediato mediante TAC de tórax y obtención de muestras microbiológicas, incluso de carácter invasivo, para ajustar el tratamiento.
2. Dada la avanzada edad y situación clínica es recomendable la abstención terapéutica, "primun non nocere", dado lo evolucionado del cuadro.
3. Es fundamental definir explícitamente los objetivos terapéuticos, simplificándolos y evitando tratamientos innecesarios, así como respetar los valores y preferencias del paciente y de su familia.
4. Se trata de una neumonía adquirida en la comunidad (NAC) de alto riesgo que precisa de tratamiento intensivo con soporte ventilatorio, incluso mecánico, y antibioterapia de alto espectro por el riesgo de multirresistencia bacteriana.
5. Se trata de un proceso de fin de vida en situación agónica a quien prioritariamente se debe realizar sedación para paliar su sufrimiento.

140. El tumor maligno más frecuente de la glándula submaxilar es:

1. Carcinoma mucoepidermoide.
2. Carcinoma ex-adenoma pleomorfo.
3. Linfoma.
4. Cilindroma o carcinoma adenoide quístico.
5. Cistoadenolinfoma papilomatoso.

141. Ante un paciente con una otitis externa difusa ¿Cuál es el tratamiento inicial?

1. Cirugía.
2. Antibióticos más analgésicos, ambos vía endovenosa.
3. Antibióticos y analgésicos, ambos vía oral.
4. Limpieza del conducto auditivo externo, antibioticoterapia tópica más analgésicos orales.
5. Antibióticos tópicos.

142. Dentro de los carcinomas de cabeza y cuello, ¿qué tipo de tumor se relaciona de forma más evidente con el virus del papiloma humano?

1. Carcinoma epidermoide de laringe.

2. Carcinoma epidermoide de orofaringe.
3. Carcinoma epidermoide de hipofaringe.
4. Adenocarcinoma nasosinusal.
5. Carcinoma indiferenciado de cavum.

143. Niño de 1 año de edad, que no pasó las pruebas de cribado auditivo al nacimiento y que presenta unos potenciales evocados auditivos del tronco cerebral que determinan una hipoacusia bilateral leve-moderada en el oído derecho y moderada-grave en el oído izquierdo. ¿Cuál es la actitud más correcta a seguir en el momento actual?

1. Realizar una audiometría en el plazo de 6 meses para confirmar el diagnóstico.
2. Cirugía para adaptar un implante coclear en el oído derecho.
3. Esperar hasta los 3 años para comprobar si desarrolla el lenguaje.
4. Adaptación de audioprótesis bilateral y rehabilitación logopédica.
5. Cirugía para adaptar un implante coclear en el oído izquierdo.

144. Acude a urgencias un lactante con 39° C de temperatura axilar, edema del párpado izquierdo y rinorrea del mismo lado. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

1. Pansinusitis.
2. Sinusitis maxilar izquierda.
3. Sinusitis etmoidal izquierda.
4. Sinusitis esfenoidal izquierda.
5. Sinusitis frontal izquierda.

145. ¿Cuál de las siguientes enfermedades cutáneas está asociada con la enfermedad celíaca?

1. Dermatitis atópica.
2. Dermatitis herpetiforme.
3. Moluscum contagioso.
4. Granuloma anular.
5. Rosácea.

146. ¿Cuál de los siguientes contextos clínicos debe hacernos sospechar un proceso paraneoplásico y, por tanto, nos obliga a realizar un despistaje de neoplasia maligna?

1. Niño de 13 años con púrpura palpable en miembros inferiores y nalgas, artralgias y dolor abdominal.
2. Hombre de 36 años con maculo-pápulas con

ampolla central "en diana" en dorso manos, palmas y antebrazos con erosiones y ulceraciones en mucosa oral.

3. Mujer de 44 años con eritema en ambas regiones malares y dorso nasal, fotosensibilidad y eritema palmar en yemas de dedos de las manos.
4. Hombre de 27 años con máculas despigmentadas bien delimitadas de forma simétrica en región peribucal, periorbitaria y en la parte distal de dedos de manos y pies junto con alopecia en placa en región occipital con tallos pilosos cortos y rotos sin descamación ni eritema.
5. Mujer de 68 años con debilidad muscular progresiva en raíz de miembros, edema y exantema periorbitario violáceo y pápulas queratósicas en cara dorsal de las articulaciones interfalángicas.

147. Las siguientes entidades pueden acompañarse de inflamación ocular (uveítis) excepto una. Indique cuál:

1. Sarcoidosis.
2. Artritis Idiopática Juvenil.
3. Enfermedad de Behçet.
4. Enfermedad de Marfan.
5. Esclerosis múltiple.

148. Mujer de 30 años que acude a urgencias por pérdida de visión, dolor, ojo rojo y fotofobia de OI de 5 días de evolución. En el diagnóstico diferencial debes incluir todas estas patologías EXCEPTO una:

1. Uveítis anterior.
2. Úlcera corneal.
3. Iritis traumática.
4. Esclerouveítis.
5. Coriorretinopatía central serosa.

149. Hombre de 75 años que refiere disminución de agudeza visual central en su ojo derecho de dos semanas de evolución. En el examen de fondo de ojo se aprecian drusas blandas y desprendimiento seroso a nivel de la mácula. ¿Qué tratamiento es actualmente el más indicado para esta enfermedad?

1. Fotocoagulación focal con láser.
2. Terapia fotodinámica.
3. Inyecciones intravítreas de fármacos antiangiogénicos.
4. Vitrectomía posterior.
5. Observación.

150. ¿Qué análisis deben ser controlados en los tratamientos de mantenimiento con sales de litio?

1. Enzimas hepáticas.
2. Anticuerpos antinucleares.
3. Ferritina y sideremia.
4. Función tiroidea y renal.
5. Tirocalcitonina.

151. ¿Cuál de las siguientes características NO es típica de los contenidos de las ideas obsesivas?

1. Pensamientos sexuales.
2. Fonemas.
3. Necesidad de simetría.
4. Duda patológica.
5. Contaminación.

152. Hombre de 42 años, casado, con tres hijos menores de edad. Sin antecedentes psiquiátricos. Tras un ERE en el banco en que trabajaba, es finalmente despedido y lleva 5 meses de paro. No encuentra otra actividad laboral. Acude a consulta con el siguiente cuadro clínico: desánimo general, inapetencia, nerviosismo, insomnio, preocupaciones recurrentes sobre su futuro y evitación de actividades socio-familiares. ¿Qué opción diagnóstica de las siguientes es la más adecuada?

1. Trastorno obsesivo.
2. Trastorno adaptativo con síntomas ansioso-depresivos.
3. Fobia social.
4. Distimia.
5. Ansiedad con agorafobia.

153. Se denomina esterotipia a:

1. Gestos bucolinguales extraños.
2. Repetición reiterada e innecesaria de un acto.
3. Movimientos muy aparatosos que aumentan la expresividad de los gestos.
4. Agitaciones psicóticas muy intensas.
5. Gestos aparatosos acompañados de palabras soeces.

154. Hombre de 28 años que es traído a urgencias, un sábado en la madrugada, en estado de agitación psicomotriz y con ideas delirantes. Su acompañante refiere abuso previo, por parte del

paciente, de cocaína. ¿Qué signo/síntoma NO esperaría encontrar?

1. Hipotermia.
2. Taquicardia.
3. Midriasis.
4. Diaforesis.
5. Dolor torácico.

155. Acude a la consulta un hombre de 67 años de edad acompañado de dos de sus hijos que comentan que su padre viene presentando los últimos dos meses unas pérdidas de memoria cada vez mayores. Previamente a ello pasó por una temporada en la que presentaba estado de ánimo bajo. A lo largo de los últimos meses además ha comenzado a dar un “no se” o un “no me importa” como contestación a la mayoría de las preguntas que se le formulan al tiempo que han aumentado sus manifestaciones de queja y malestar por sus olvidos, especialmente por las mañanas. A pesar de todo ello parece desenvolverse con relativa comodidad en el día a día. Uno de los siguientes sería el fármaco más indicado para el tratamiento de éste paciente, señálelo.

1. Quetiapina.
2. Lamotrigina.
3. Tacrina.
4. Donepezilo.
5. Sertralina.

156. En el transcurso de la entrevista de un paciente, usted cae en la cuenta de que no está entendiendo lo que el paciente le dice. Decide centrar su atención en el discurso y se da cuenta de que éste no tiene una idea directriz a pesar de que fragmentos concretos del mismo resultan comprensibles. Esta alteración del lenguaje-pensamiento, típica por otro lado de la esquizofrenia, es lo que en psicopatología se conoce como:

1. Disociación del pensamiento
2. Fuga de ideas
3. Lenguaje perseverante
4. Desorganización del pensamiento
5. Bloqueo del pensamiento

157. Hombre de 28 años de profesión violinista, que consulta por haber presentado en los últimos 3 meses crisis de pánico durante sus actuaciones públicas. Las crisis se acompañan de intenso miedo a quedar bloqueado y no poder continuar con la actuación, algo que sería humillante para él. Este miedo le ha hecho cancelar sus próximas

actuaciones. En el resto de sus actividades diarias no experimenta este temor, ni tampoco le sucede cuando ensaya con sus compañeros de la orquesta. ¿Qué diagnóstico consideraría más probable para este caso?

1. Fobia simple.
2. Trastorno de pánico.
3. Fobia social de ejecución.
4. Trastorno de ansiedad generalizada.
5. Agorafobia.

158. Mujer de raza caucásica de 28 años de edad, nulípara, acude para revisión ginecológica anual y solicitando la posibilidad de reducir el riesgo de cáncer de ovario dado que su madre falleció a causa de esta neoplasia a los 64 años de edad. En el interrogatorio detallado no se identifican otros antecedentes familiares de cáncer ovárico ni mamario. ¿Cuál de las siguientes estrategias es la más idónea para reducir el riesgo de cáncer de ovario en esta paciente?

1. Oclusión tubárica bilateral.
2. Salpingooforectomía bilateral por laparoscopia.
3. Administración diaria continuada de aspirina a baja dosis.
4. Aconsejarle que utilice lactancia artificial si queda gestante.
5. Tratamiento con anticonceptivos orales combinados.

159. El virus del papiloma humano se ha relacionado con la neoplasia cervical intraepitelial y el cáncer de cuello uterino. ¿Qué genotipo es el más oncogénico?

1. Genotipo 16.
2. Genotipo 11.
3. Genotipo 6.
4. Genotipo 23.
5. Genotipo 55.

160. ¿Cuál de los siguientes datos NO corresponde a una vulvovaginitis por hongos?:

1. El embarazo aumenta el riesgo de esta infección.
2. Puede presentarse en mujeres que nunca tuvieron relaciones sexuales.
3. Es típica la secreción vaginal con placas o grumos blancos adheridos a las paredes de la vagina.
4. Se puede diagnosticar en un frotis en fresco

de la secreción vaginal sin necesidad de tinción.

5. Al añadir una gota de potasa a la secreción vaginal se desprende un fuerte olor a pescado.

161. Primigesta de 41 años, en la 38 semana, con diabetes gestacional en tratamiento con dieta de 2200 Kilocalorías e hipertensión arterial esencial. Acude a urgencias por dolor hipogástrico de inicio brusco, con afectación de su estado general, acompañado de una metrorragia escasa de sangre oscura. En la Monitorización No Estresante (MNS) detectamos un patrón de frecuencia cardiaca fetal no reactivo. La principal sospecha diagnóstica será:

1. Descompensación de su diabetes gestacional.
2. Desprendimiento prematuro de la placenta.
3. Preeclampsia grave.
4. Rotura de "vasa previa".
5. Placenta previa.

162. Una gestante de 31 semanas acude a Urgencias refiriendo pérdida de líquido por vagina. La exploración con espéculo objetiva salida de líquido claro por el orificio cervical externo. Está apirética. El registro cardiotocográfico no revela contracciones y la frecuencia cardiaca fetal es normal. La exploración ecográfica no revela malformaciones y el cuello uterino no está acortado. ¿Qué combinación terapéutica indicaría?

1. Tocolíticos, corticoides y antibióticos.
2. Tocolíticos y antibióticos.
3. Tocolíticos y corticoides.
4. Oxitocina, corticoides y antibióticos.
5. Corticoides y antibióticos.

163. Una mujer de 26 años acude a Urgencias por dolor abdominal y escasas pérdidas hemáticas vaginales. Refiere una amenorrea de 7 semanas. Le realiza un test de embarazo, con resultado positivo. ¿Cuál es el siguiente paso?

1. Realizar un examen ecográfico vaginal.
2. Recomendar reposo domiciliario y repetir el test de embarazo en una semana.
3. Evacuar el útero mediante legrado por aspiración.
4. Pautar progesterona natural micronizada por vía vaginal hasta la semana 14 de gestación.
5. Evacuar el útero mediante la administración intravaginal de prostaglandinas.

164. Con respecto a la conducta ante pacientes obstétricas expuestas a la Varicela, es FALSO:

1. Se debe separar a las mujeres infectadas de otras pacientes obstétricas.
2. Todas las pacientes obstétricas expuestas, sin certeza de inmunidad previa, deben realizarse una determinación serológica de su estado de inmunización.
3. Se debe administrar inmunoglobulina específica a las pacientes obstétricas expuestas no inmunes.
4. El plazo máximo para administrar la inmunoglobulina específica tras el contacto es de 96 horas.
5. Las gestantes sin inmunidad al virus Varicela-Zóster pueden vacunarse durante la gestación para prevenir la primoinfección.

165. Con ecografía vaginal, ¿a partir de cuánto tiempo desde de la concepción es posible ver un embrión con latido cardiaco?

1. Entre 14 y 21 días.
2. Entre 21 y 28 días.
3. Entre 28 y 35 días.
4. Entre 35 y 42 días.
5. Entre 42 a 49 días.

166. Una de las siguientes respuestas es FALSA respecto al cáncer de mama.

1. La mayoría de los tumores (70%) tienen receptores para hormonas.
2. El estadio medido según el sistema TNM es uno de los factores pronóstico de la enfermedad.
3. La presencia de adenopatías axilares contraindica la cirugía de la mama.
4. Las antraciclina y los taxanos son los quimioterápicos más empleados en el tratamiento complementario.
5. La cirugía conservadora de la mama asociada a la radioterapia tiene resultados comparables a la mastectomía.

167. ¿Qué gen se asocia con mayor frecuencia a mutaciones adquiridas en el cáncer de mama?

1. p53.
2. PTEN.
3. BRCA-2.
4. BRCA-1.
5. Her2/neu.

168. Respecto al abuso de sustancias por el adolescente señale la respuesta correcta:

1. Suele ser un consumo individual lo cual indica un mejor pronóstico.
2. El inicio del abuso en la adolescencia no ha demostrado un mayor riesgo de convertirse en adicto.
3. Es independiente del riesgo de contagio por el VIH.
4. La droga más popular entre los adolescentes es el cannabis.
5. Debe considerarse en adolescentes que llegan a la Urgencia con una crisis comicial.

169. ¿Cuál de las siguientes cardiopatías congénitas NO se considera como cardiopatía que produce sobrecarga de volumen?:

1. Comunicación interauricular.
2. Comunicación interventricular.
3. Defectos del tabique aurículo-ventricular.
4. Coartación de la aorta.
5. Conducto arterioso persistente.

170. En el tipo más frecuente de atresia de esófago:

1. La ecografía prenatal realizada en el tercer trimestre permite el diagnóstico en un 60-80% de casos.
2. Se asocia en un 50% de casos a microgastria y defectos del tubo neural.
3. La distancia entre los bolsones atrésicos proximal y distal es mayor que en los otros tipos de atresia.
4. Debe realizarse una gastrostomía en las primeras 48 horas de vida para permitir la alimentación enteral.
5. La presencia de aire en el estómago e intestino delgado en la radiografía de abdomen confirma la existencia de una fistula distal.

171. Para decidir postponer el alta a un niño en la maternidad a las 48 horas del parto se tendrá en cuenta los siguientes criterios EXCEPTO uno, indíquelo.

1. Ictericia evidente en el primer día de vida.
2. VDRL positivo.
3. Pérdida de peso del 7%.
4. Lactancia materna no establecida.
5. Falta de evacuación de meconio.

172. ¿Cuál de los siguientes datos NO es propio de la estenosis hipertrófica del píloro?

1. Alcalosis metabólica.
2. Vómitos proyectivos de contenido bilioso.
3. Incidencia familiar.
4. Predominio del sexo masculino.
5. Masa mesoepigástrica palpable.

173. La diabetes mellitus tipo MODY (maturity-onset diabetes of the young) se caracteriza por todo lo siguiente EXCEPTO:

1. Es un trastorno autosómico dominante.
2. Se caracteriza por un defecto genético de la función de las células beta del páncreas.
3. Comparte el mismo HLA de riesgo que la Diabetes Mellitus tipo 1.
4. Los pacientes presentan una hiperglucemia leve en ayunas.
5. Pueden precisar tratamiento con insulina para su control.

174. ¿Cuál es la complicación evolutiva más frecuente en las meningitis bacterianas en la edad pediátrica?

1. Hipoacusia.
2. Epilepsia residual.
3. Retraso mental.
4. Hidrocefalia.
5. Defectos visuales.

175. Un recién nacido prematuro presenta a los 2 días de vida un cuadro de mal estado general, petequias y equimosis subcutáneas y sangrado persistente por las zonas de punción. La radiografía de tórax es compatible con una hemorragia pulmonar. En el estudio de coagulación los tiempos de protrombina y parcial de tromboplastina están alargados. El recuento de plaquetas es de 105.000/uL. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

1. Coagulación intravascular diseminada secundaria a una sepsis neonatal.
2. Trombocitopenia neonatal autoinmunitaria.
3. Trombocitopenia neonatal aloinmunitaria.
4. Enfermedad hemorrágica del recién nacido por déficit de vitamina K.
5. Hemorragia neonatal por disfunción plaquetaria.

176. ¿Cuál de las siguientes se correlaciona con la retinopatía del recién nacido prematuro?

1. La bilirrubina.
2. La gentamicina.
3. Los corticoides.
4. El oxígeno.
5. El fentanilo.

177. Los padres de una niña de 2 años consultan porque están preocupados por el desarrollo de su hija. Han observado que aproximadamente desde los 18 meses, su comportamiento es diferente al de otros niños de su edad. Hasta entonces habían atribuido su escasa interacción a que se estaba haciendo más independiente, y la falta de desarrollo del lenguaje, a que aún no estaba escolarizada. En la consulta usted observa que la niña no responde cuando la llama por su nombre, muestra escaso contacto ocular, realiza vocalizaciones sin intención comunicativa, y no mira hacia donde los padres le señalan. Ante estos hallazgos, todas las siguientes afirmaciones son ciertas, EXCEPTO una:

1. Se debe tranquilizar a los padres, recomendando la escolarización tan pronto como sea posible, y concertar un seguimiento en 3 meses.
2. El diagnóstico más probable es de trastorno del espectro autista.
3. Se ha de realizar una evaluación diagnóstica por un equipo con experiencia en autismo.
4. Es recomendable una intervención temprana apropiada.
5. El origen del trastorno es multifactorial.

178. Si se quisiera estudiar la eficacia y seguridad de un nuevo citostático para un determinado proceso oncológico y, al mismo tiempo, contrastar la eficacia que añade a dicho tratamiento un nuevo anticuerpo monoclonal, ¿cuál sería el diseño de estudio más apropiado?

1. Ensayo paralelo.
2. Ensayo cruzado.
3. Ensayo factorial.
4. Ensayo secuencial.
5. Ensayo de $n = 1$.

179. ¿Cuál de estos enunciados NO es una característica de los ensayos clínicos fase I?

1. Suelen tener objetivos no terapéuticos.
2. Pueden realizarse en voluntarios sanos.
3. Pueden realizarse en pacientes.
4. Suelen ser aleatorizados.
5. Suelen ser abiertos.

180. Al comparar las características de los estudios clínicos pragmáticos o confirmatorios respecto de los estudios clínicos explicativos o exploratorios, ¿cuál de las siguientes es una ventaja de los primeros?

1. Información sobre subgrupos de pacientes representativos de la práctica clínica habitual.
2. Muestra muy homogénea, con escasa variabilidad.
3. Mayor capacidad para detectar diferencias en la eficacia de las intervenciones.
4. Mayor validez interna.
5. Menor tamaño muestral.

181. Le presentan un estudio de cohortes en el que han participado 1000 mujeres fumadoras y 2000 mujeres de la misma edad no fumadoras. Si al cabo de 5 años, han presentado un ictus 30 mujeres fumadoras y 20 mujeres no fumadoras, ¿cuál sería el riesgo relativo y el riesgo atribuible?

1. Riesgo relativo = 3, riesgo atribuible = 10 de cada 1000.
2. Riesgo relativo = 3, riesgo atribuible = 20 de cada 1000.
3. Riesgo relativo = 1.5, riesgo atribuible = 10 de cada 1000.
4. Riesgo relativo = 1.5, riesgo atribuible = 30 de cada 1000.
5. Riesgo relativo = 10 de cada 1000, riesgo atribuible = 3.

182. En un centro de salud se está realizando un estudio para determinar el efecto de la exposición al humo del tabaco en hijos de padres fumadores. Para ello, se selecciona a un grupo de niños sanos entre 3 y 7 años cuyos padres son fumadores y al mismo tiempo se selecciona en el mismo centro un igual número de niños cuyos padres no son fumadores. Un año después se investigará en ambos grupos la aparición de enfermedades respiratorias durante ese año. Indique la respuesta correcta:

1. El diseño del estudio es una cohorte prospectiva.
2. El diseño del estudio es casos y controles.
3. El diseño del estudio sigue una metodología cualitativa.

4. El estudio es experimental.
5. El tipo de diseño utilizado es eficiente para estudiar enfermedades raras.

183. Se ha llevado a cabo un estudio con el fin de determinar el riesgo de hemorragia digestiva alta (HDA) asociado con el uso de diferentes anti-inflamatorios no esteroideos (AINE). Para ello se incluyeron 2.777 pacientes con HDA y 5.532 pacientes emparejados con los anteriores por edad y mes de ingreso o consulta, en los mismos hospitales, pero por razones que no tuvieron nada que ver con el uso de AINE. Se calculó el riesgo comparativo de sufrir una HDA asociado a la exposición previa a diferentes AINE. ¿De qué tipo de estudio se trata?

1. Estudio de cohortes.
2. Estudio de casos y controles.
3. Estudio transversal.
4. Estudio experimental.
5. Estudio ecológico.

184. Se ha determinado en un grupo de sujetos la presencia ($x=1$) o ausencia ($x=0$) de bacteriuria. ¿De qué tipo de variable se trata?

1. Ordinal.
2. Numérica.
3. Categórica.
4. Cuantitativa continua.
5. Cuantitativa discreta.

185. Se realiza una estimación poblacional de los niveles de creatinina en sangre, en un grupo de mujeres embarazadas, obteniéndose los siguientes resultados: media (\bar{x}) 0,8 mg/dL; desviación típica (s) 0,62 mg/dL; tamaño muestral (n) 85 mujeres. Según los datos anteriores el intervalo de confianza para la media poblacional (μ) con un nivel de confianza de 95% ($Z=1,96$), es:

1. $0,8 \pm 0,04$.
2. $0,8 \pm 0,13$.
3. $0,8 \pm 0,62$.
4. $0,8 \pm 1,96$.
5. $0,8 \pm 0,07$.

186. Algunos trabajos muestran indicios de que existe relación entre la calidad del sueño de las personas y la tendencia a la depresión. Para obtener los anteriores resultados, los investigadores usaron dos cuestionarios distintos, uno sobre la calidad del sueño y otro

sobre los síntomas de depresión que asignaban una puntuación a cada paciente en cada uno de ellos. ¿Qué prueba estadística cree usted que utilizaron para contrastar su hipótesis?

1. Prueba "t de Student".
2. Análisis de regresión logística.
3. Análisis de la varianza.
4. Prueba de "Chi cuadrado".
5. Coeficiente de correlación.

187. En evaluaciones económicas, ¿cuál de los siguientes costes corresponden a costes indirectos no sanitarios?

1. Hospitalización del paciente.
2. Cuidados en casa del paciente.
3. Pérdida de productividad del paciente.
4. Gastos de desplazamiento del paciente.
5. Rehabilitación del paciente.

188. En un estudio farmacoeconómico, el fármaco A produce una esperanza de vida de 5 años con un coste total de 5.000 euros, mientras que el fármaco B produce una esperanza de vida de 6 años con un coste total de 15.000 euros (valores medios por paciente). El criterio de decisión se basa en escoger la intervención más efectiva con un umbral de coste-efectividad de 30.000 euros por año de vida adicional ganado por paciente, ¿qué fármaco es coste-efectivo respecto del otro y por qué?

1. El fármaco B, porque el coste-efectividad incremental con respecto al A está por debajo del umbral de coste-efectividad.
2. El fármaco A, porque cuesta mucho menos que el B y solo hay un año de diferencia en esperanza de vida.
3. El fármaco A, porque el coste-efectividad incremental de B con respecto a A está por encima del umbral de coste-efectividad.
4. El fármaco B, porque cada año de vida tiene un coste de 29.500 euros por debajo del umbral de coste-efectividad.
5. El fármaco A, porque el coste-efectividad incremental con respecto al B está por encima del umbral de coste-efectividad.

189. Se realiza un estudio para investigar la asociación existente entre el factor X y la enfermedad Z. Para ello se seleccionan 120 sujetos con la enfermedad y 420 controles (sin la enfermedad) emparejados por edad y sexo. En ambos grupos se encuentra que 20 sujetos estaban expuestos al factor X. ¿Cuál es la razón de ventaja ("Odds Ratio", OR) entre el factor X

y la enfermedad Z?

1. OR = 1 (no hay asociación).
2. OR = 2.
3. OR = 4.
4. OR = 6.
5. OR = 8.

190. En un ensayo clínico se evaluó la no-inferioridad del inhalador HDP-MDI (experimental) frente al inhalador FDC-ELIPTUS (control). El límite clínicamente relevante inferior se fijó en -50 ml en el volumen espiratorio forzado en el primer segundo (VEF1). Los resultados mostraron una diferencia absoluta en VEF1 entre tratamientos de +8 mL a favor del inhalador HDP-MDI (intervalo de confianza al 95%: -59 ml a +67 ml). Señale la respuesta CORRECTA:

1. El nuevo inhalador HDP-MDI es superior al inhalador control.
2. El inhalador FDC-ELIPTUS es no-inferior al inhalador experimental.
3. El estudio no es concluyente.
4. Ambos inhaladores son equivalentes.
5. El inhalador HDP-MDI es no-inferior al inhalador control.

191. ¿La vacunación con vacuna antipoliomielítica inactivada genera inmunidad de grupo? (señale la respuesta correcta).

1. Sí.
2. No.
3. Solo cuando se utilizan vacunas con adyuvantes.
4. Solo frente al virus polio tipo 3.
5. Solo si se administra con vacuna DTP.

192. Respecto a la vacunación con vacuna de rubeola en embarazadas, señale la respuesta correcta:

1. Debe de estimularse ya que es muy conveniente para la Salud Pública.
2. Es el procedimiento de elección para el control del síndrome de rubeola congénita.
3. No se considera ya como una indicación de aborto.
4. Es permitida en el caso de las vacunas de la cepa RA 27/3, pero no en el caso de las vacunas de la cepa Cendehill.
5. Se debe administrar conjuntamente con inmunoglobulina específica

193. En un ensayo clínico que evalúa la eficacia de un hipolipemiente en la prevención primaria de la cardiopatía coronaria, si los investigadores han planificado análisis de resultados intermedios y a la vista de ellos suspenden el estudio antes de su finalización tienen que saber que:

1. Sólo puede ser interrumpido el estudio cuando en algún análisis intermedio hay una diferencia entre los resultados de las intervenciones, $p < 0,05$.
2. Sólo está justificada la interrupción en aquellos estudios que tienen como variable de resultado la mortalidad.
3. Si la intervención es segura el estudio no puede interrumpirse antes de que haya finalizado.
4. Cuando se interrumpe precozmente un ensayo clínico es frecuente que se sobrestime el efecto de la intervención evaluada.
5. La realización de análisis intermedios disminuye el error tipo I.

194. Cuando se realiza un cribado para una enfermedad, dirigido a grupos de riesgo elevado, buscando enfermedad en su estadio inicial, se denomina:

1. Cribado simple, no selectivo, precoz.
2. Cribado simple, selectivo, precoz.
3. Cribado múltiple, no selectivo, tardío.
4. Cribado múltiple, selectivo, precoz.
5. Cribado simple, selectivo, tardío.

195. A una mujer de 52 años le detectan en una mamografía un nódulo y se le aconseja hacer una biopsia mediante punción con control ecográfico. La paciente le pregunta a Vd. sobre la probabilidad de tener cáncer si la prueba sale positiva. Como Vd. no tiene experiencia en este tema busca y encuentra un estudio que incluye a 112 pacientes, 18 con cáncer y 94 sin cáncer. De los 18 pacientes con cáncer la punción dio un resultado positivo en 16 y de los 94 pacientes sin cáncer la punción dio un resultado negativo en 88. Con estos datos la respuesta correcta es:

1. 0,727.
2. 0,93.
3. 0,645.
4. 0,56.
5. No puede calcularse porque no se conoce la prevalencia de la enfermedad.

196. Un grupo de investigadores realizó un estudio prospectivo para evaluar la eficacia de tres alternativas en el tratamiento de la otorrea

aguda en niños con tubo de timpanostomía. De forma aleatorizada, 76 niños recibieron amoxicilina-ácido clavulánico oral, 77 recibieron gotas óticas con hidrocortisona-bacitracina-colistina y otros 77 niños no recibieron tratamiento farmacológico alguno, sólo observación. La variable principal fue la presencia de otorrea. ¿De qué tipo de estudio se trata?

1. Estudio de cohortes.
2. Estudio postautorización de seguimiento prospectivo.
3. Estudio postautorización ligado a la autorización.
4. Ensayo clínico.
5. Estudio transversal.

197. Disponemos del registro de sujetos que se vacunan de la gripe en una región y campaña determinada, que incluye la información en el momento de la vacunación sobre antecedentes patológicos, edad, sexo y tipo de vacuna. Para los mismos sujetos disponemos también del registro con los diagnósticos de alta hospitalarios, ocurridos con posterioridad a la fecha de la vacunación, y existe un identificador personal común a ambos registros. Indique cuál de estos estudios sería posible realizar usando solo las citadas fuentes de información:

1. Un estudio analítico de cohorte para determinar si la vacunación aumenta el riesgo de desarrollar un síndrome de Guillain-Barré en las 16 primeras semanas tras la vacunación antigripal.
2. Un análisis descriptivo para estimar la incidencia de infarto agudo de miocardio en las primeras 16 semanas tras la vacunación antigripal.
3. Un análisis descriptivo para estimar la incidencia de fiebre en la primera semana posterior a la vacunación antigripal.
4. Un ensayo clínico que compare el riesgo de reacciones post-vacunales graves (que supongan ingreso hospitalario) con dos de los tipos de vacunas antigripales utilizados en esa campaña.
5. Un estudio de casos y controles para determinar si la vacunación aumenta el riesgo de desarrollar un infarto agudo de miocardio.

198. En un estudio de cohorte la población tratada con un fármaco anticoagulante tuvo una incidencia de hemorragia grave del 3%, mientras que en la población no tratada la incidencia de hemorragia grave fue del 1%, siendo el NNH ("Number Needed to Harm") de 50. ¿Cuál es la interpretación correcta de este

dato?

1. En el grupo tratado con el anticoagulante 50 personas presentaron una hemorragia grave.
2. En el grupo tratado con anticoagulante hubo 50 casos de hemorragia grave más que en el grupo no tratado.
3. El riesgo de presentar una hemorragia grave en los tratados con el anticoagulante fue 50 veces mayor que en los no tratados.
4. Fue necesario tratar a 50 personas con el anticoagulante para producir 1 caso de hemorragia grave atribuible al fármaco.
5. De cada 100 pacientes tratados con el anticoagulante 50 presentaron una hemorragia grave.

199. En un meta-análisis de 15 estudios, la incidencia de infarto de miocardio con el nuevo medicamento Tromboclean es del 10,8% en comparación con un 8% con heparina. El riesgo relativo es de 1,35, con un intervalo de confianza al 95% de 1,15 a 1,50 y ausencia de heterogeneidad significativa entre estudios (valor de p de heterogeneidad = 0,95). Señale la respuesta CORRECTA:

1. La heterogeneidad no es significativa, lo cual sugiere que los resultados no son concluyentes.
2. Tromboclean presenta un riesgo de infarto de miocardio similar al de la heparina.
3. No puede descartarse con un 95% de confianza que Tromboclean reduzca el riesgo de infarto de miocardio en un 50%.
4. Tromboclean incrementa el riesgo absoluto de infarto de miocardio entre el 15% y el 50%.
5. La heparina presenta un riesgo de infarto de miocardio significativamente menor que Tromboclean.

200. Respecto al meta-análisis de ensayos clínicos señale la respuesta FALSA:

1. Lo más correcto es incluir los estudios publicados y no publicados.
2. Es apropiado aplicar el modelo de efectos fijos cuando los resultados de los estudios incluidos son homogéneos.
3. El gráfico en embudo (funnel plot) se utiliza habitualmente en los análisis de sensibilidad.
4. Los modelos de efectos al azar suelen proporcionar intervalos de confianza más amplios que los modelos de efectos fijos.
5. La heterogeneidad de los estudios incluidos disminuye la precisión y exactitud del resultado agregado.

201. Después de un fuerte golpe en la rodilla y sobre todo si la extremidad inferior afectada está apoyando sobre el suelo, puede llegar a producirse la llamada "triada desgraciada" que afecta a tres elementos de los componentes anatómicos de la articulación de la rodilla. ¿Cuáles son éstos?

1. Ligamento colateral peroneo, ligamento cruzado posterior y menisco lateral.
2. Ligamento colateral tibial, ligamento cruzado anterior y menisco medial.
3. Ligamento colateral tibial, ligamento cruzado posterior y cruzado anterior.
4. Ligamento cruzado anterior, ligamento cruzado posterior y menisco medial.
5. Ligamento colateral peroneo, ligamento colateral tibial y cruzado anterior.

202. ¿Cuál de los siguientes pares craneales tiene el recorrido de mayor longitud a través de un conducto óseo?

1. El trigémino
2. El patético o troclear
3. El óptico
4. El facial
5. El olfatorio

203. Revisando la angio-TC de un hombre de 70 años en estudio por aneurisma de aorta abdominal el radiólogo informa de la presencia de una oclusión completa de la arteria mesentérica inferior. El paciente se encuentra completamente asintomático. La oclusión de la arteria mesentérica inferior cursa de manera asintomática en muchas ocasiones ya que el territorio que irriga puede recibir flujo proveniente de:

1. La arteria cólica media.
2. La arteria gastroduodenal.
3. La arteria epigástrica inferior izquierda.
4. La arteria esplénica.
5. La arteria gastroepiploica.

204. ¿Cuál es el tumor maligno más frecuente del tiroides?

1. Carcinoma oxifilico.
2. Carcinoma papilar.
3. Carcinoma folicular.
4. Carcinoma anaplásico.

5. Carcinoma medular.
205. ¿En cuál de las siguientes entidades NO está implicado el Virus de Epstein-Barr?
1. Mononucleosis infecciosa.
 2. Linfoma de Burkitt.
 3. Linfoma de células grandes B en pacientes inmunodeprimidos.
 4. Carcinoma nasofaríngeo.
 5. Carcinoma de cérvix.
206. Entre los factores exógenos que favorecen la aparición de gota están los fármacos. De los siguientes indicados ¿cuál considera Vd. que NO favorece la hiperuricemia?
1. El ácido acetilsalicílico a dosis inferiores a 1g diario.
 2. La hidroclorotiacida.
 3. La ciclosporina A.
 4. El etambutol.
 5. Los estrógenos.
207. En las infecciones del sistema nervioso central la elección de un antibiótico debe tener en cuenta no solo la sensibilidad de microorganismo responsable sino también su capacidad de atravesar la barrera hematoencefálica. La inflamación de las meninges favorece el paso de algunos antibióticos que no la atraviesan normalmente. ¿Cuál de los siguientes fármacos no debe usarse por vía sistémica por no atravesar esta barrera, ni en el caso de meningitis?
1. Penicilina G.
 2. Vancomicina.
 3. Rifampicina.
 4. Cloramfenicol.
 5. Sulfametoxazol.
208. El desarrollo de los fármacos genéricos se basa en la evaluación de la bioequivalencia del genérico en comparación con un producto de referencia ya comercializado. Este concepto se refiere a:
1. La evaluación de la equivalencia en ensayos clínicos de eficacia.
 2. La evaluación de la similitud en ensayos clínicos de tolerancia.
 3. La equivalencia en el proceso de distribución de un fármaco y por tanto, a la comprobación de que se encuentra con las mismas concentraciones en el lugar de acción.
 4. La evaluación de la equivalencia farmacocinética.
 5. La comprobación de un efecto similar de los factores que influyen en la biodisponibilidad de un fármaco.
209. En un hombre de 60 años, con una moderada insuficiencia renal, se inicia el tratamiento, sin administración de dosis de carga, con un medicamento digitálico. En estas condiciones, la semivida o vida media plasmática del digitálico se estima en 72 horas. Señale cuanto tiempo de tratamiento en días debe transcurrir desde el inicio del tratamiento para que se alcance la concentración de equilibrio o concentración media en estado estacionario.
1. En 3 días.
 2. Entre 3 y 9 días.
 3. Entre 12 y 15 días.
 4. Más de 30 días.
 5. Más de 60 días.
210. De los siguientes anticoagulantes cual es un inhibidor directo de la trombina:
1. Dabigatran.
 2. Apixaban.
 3. Ribaroxaban.
 4. Acenocumarol.
 5. Clopidogrel.
211. ¿Cuál de las siguientes condiciones provoca un descenso de la saturación de O₂ de la hemoglobina que no es debido a una disminución de la presión parcial de oxígeno?
1. Cociente ventilación-perfusión menor de lo normal.
 2. Anemia.
 3. Intoxicación por monóxido de carbono.
 4. Hipoventilación.
 5. Shunt venoarterial.
212. Señalar la respuesta VERDADERA en relación al metabolismo de la vitamina B12:
1. La vitamina B12 se absorbe en el duodeno
 2. El factor intrínseco se combina con la vitamina B12 en el estómago protegiéndola de la digestión y de su paso por el intestino delgado

3. El complejo vitamina B12-factor intrínseco se une a receptores de la superficie epitelial yeyunal
4. Aún en ausencia del factor intrínseco, la cantidad de vitamina B12 de la dieta es suficiente para el proceso de maduración de los eritrocitos jóvenes
5. El factor intrínseco proviene de la dieta.

213. ¿Cual de las sustancias vasoactivas mencionadas contrae preferentemente las arteriolas eferentes glomerulares en la mayoría de estados fisiológicos?

1. Adrenalina.
2. Noradrenalina.
3. Endotelina.
4. Angiotensina II.
5. Bradicinina.

214. ¿Qué estudios se deben realizar en un adenocarcinoma con diferenciación mucinosa prominente de colon ascendente diagnosticado en un hombre de 32 años?

1. Reordenamiento del gen MYC.
2. Análisis de inestabilidad de microsatélites.
3. Estudio de mutaciones del gen RET.
4. Estudio de mutaciones de BRCA1-2.
5. Estudios de mutaciones de TP53.

215. Una pareja sana tiene una hija de 8 años con hepatoesplenomegalia. El laboratorio de genética bioquímica ha detectado en ella un déficit de la enzima beta-glucosidasa ácida (glucocerebrosidasa) y molecularmente presenta la mutación N370S en homocigosis. ¿Qué diagnóstico es el correcto?

1. Enfermedad de Fabry (Xq22.1).
2. Enfermedad de Huntington (4p16.3).
3. Ataxia cerebelosa autosómica dominante SCA1 (6p22.3).
4. Adrenoleucodistrofia (Xq28).
5. Enfermedad de Gaucher (1q22).

216. ¿Cuál de los siguientes en un oncogen cuyo producto de transcripción es un receptor de membrana con actividad tirosin kinasa de un factor de crecimiento?

1. HER2/neu.
2. p53.
3. myc.

4. APC.
5. Ras

217. Señale la respuesta correcta respecto a los linfocitos B.

1. Sus dos principales subpoblaciones se denominan B-helper y B-citotóxicos.
2. Son las células encargadas de la producción de anticuerpos en el rechazo de un trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos.
3. Son las células diana del anticuerpo monoclonal anti-CD20 (rituximab).
4. Requieren la co-estimulación CD20-CD19 para la expresión de la molécula CD3 en su superficie.
5. Es el tipo de linfocito mayoritario en la sangre periférica de pacientes afectos de enfermedad de Bruton.

218. En las reacciones de hipersensibilidad mediada por IgE:

1. Juegan un papel importante los eosinófilos y los mastocitos.
2. No intervienen elementos celulares.
3. Juegan un papel fundamental las reacciones de citotoxicidad mediadas por anticuerpos.
4. No intervienen elementos del sistema inmune implicados en la atopía.
5. No interviene el receptor de la inmunoglobulina IgE.

219. Una niña de 8 meses cumple criterios de diagnóstico de síndrome hemofagocítico/linfocitosis hemofagocítica -fiebre, hepatoesplenomegalia, anemia, trombopenia, hipetransaminasemia, aumento de sCD25- y presenta un defecto en la capacidad de degranulación de sus linfocitos (expresión de CD107a). Señale la actitud terapéutica correcta en este caso:

1. Iniciar rápidamente tratamiento inmunosupresor y tipaje HLA para la búsqueda de donante (trasplante de progenitores hematopoyéticos).
2. Tratamiento biológico con Daclizumab (anti-CD25) como única terapia hasta obtener el diagnóstico molecular de la enfermedad
3. Tratamiento sintomático y de soporte (transfusión de hematíes y plaquetas) y evitar cualquier fármaco inmunosupresor.
4. Antibioterapia de amplio espectro via iv para el tratamiento de un eventual microorganismo desencadenante del cuadro

de hemofagocitosis.

5. Tratamiento con gammaglobulinas intravenosas, a mantener de por vida.

220. Un hombre de 43 años consulta por síndrome diarreico, y refiere entre sus antecedentes 3 neumonías en la edad adulta. Cual de las siguientes estudios inmunológicos debemos solicitar?:

1. Recuento de inmunoglobulinas séricas y test de capacidad de producción de anticuerpos.
2. Test de fagocitosis y metabolismo oxidativo de los neutrófilos.
3. Test de apoptosis (muerte celular programada) en los linfocitos circulantes del paciente
4. Estudio del repertorio y clonalidad de los linfocitos T (alfa/beta).
5. En este paciente no procedería solicitar estudio inmunológico alguno.

221. ¿En qué situación clínica emplearía un tratamiento antimicrobiano combinado?

1. En una faringoamigdalitis aguda en un niño.
2. En una neumonía comunitaria por *Mycoplasma pneumoniae* en un adolescente.
3. En una meningitis aguda en un paciente anciano.
4. En una paciente postmenopáusica con una infección urinaria recidivante.
5. En un absceso cutáneo en una paciente joven.

222. Niño de 8 años que acude a Urgencias porque le ha mordido un niño mientras jugaban, hace unas 6 horas. Presenta una leve herida inciso-contusa en el antebrazo derecho. Además de plantearse otras medidas, ¿qué antimicrobiano pautaría usted?

1. Ciprofloxacino, pensando en que la flora oral está compuesta por flora mixta con predominio de flora anaerobia.
2. Aztreonam, pensando en que la flora oral está compuesta por flora mixta con predominio de enterobacterias.
3. Amoxicilina-clavulánico, pensando en que la flora oral está compuesta por flora mixta con predominio de flora gram positiva y anaerobia.
4. Fluconazol, pensando en que la flora oral está compuesta por flora mixta con predominio de las levaduras como *Candida albicans*.
5. Metronidazol, pensando en que la flora oral está compuesta por flora mixta con predominio de flora anaerobia.

223. ¿Cuál de las siguientes especies bacterianas no es una enterobacteria?

1. *Escherichia coli*.
2. *Proteus vulgaris*.
3. *Klebsiella pneumoniae*.
4. *Pseudomonas aeruginosa*.
5. *Salmonella enteritidis*.

224. Mujer de 69 años que consulta por disuria y polaquiuria, síntomas que ha sufrido en numerosas ocasiones en los últimos dos años. Cuenta que desde hace 3 meses está tomando cotrimoxazol en dosis diaria nocturna, recetado por su médico de cabecera. En el servicio de Urgencias del hospital se le cursó un sedimento y un cultivo de orina. El sedimento urinario fue patológico (piuria significativa, nitritos positivos). Se le prescribió ciprofloxacino, y se le citó de nuevo con su médico de Atención Primaria. El urocultivo resultó positivo (*Escherichia coli*, >10 (5) UFC/ml) y el resultado del antibiograma informaba de resistencia a ampicilina, cotrimoxazol y quinolonas, pero sensibilidad a fosfomicina, antimicrobiano que usted le prescribe. ¿Cuál de las siguientes respuestas es FALSA?

1. El cambio de ciprofloxacino por norfloxacino hubiera sido correcto, según los resultados del antibiograma.
2. Cotrimoxazol estaba siendo empleado como una profilaxis.
3. La elección de fosfomicina constituye un tratamiento dirigido.
4. La elección de ciprofloxacino constituye un tratamiento empírico.
5. El cambio de ciprofloxacino por fosfomicina fue correcto, según los resultados del antibiograma.

225. Ante una niña de 7 meses de edad que acude a urgencias con un cuadro sugerente de bronquiolitis, ¿cuál sería el agente etiológico más probable?

1. Adenovirus.
2. Virus parainfluenza 1.
3. Virus de la gripe B.
4. Bocavirus.
5. Virus respiratorio sincitial.

226. ¿Cuál de los siguientes fármacos NO se emplea

en el tratamiento de la hepatitis autoinmune?

1. Prednisona.
2. Azatioprina.
3. Budesonida.
4. Lamivudina.
5. Micofenolato mofetil.

227. El síndrome aórtico agudo incluye entidades como la disección aórtica, el hematoma intramural aórtico y la úlcera aterosclerótica penetrante. Respecto a las consideraciones diagnósticas y terapéuticas de esta entidad, señale la afirmación CORRECTA:

1. Actualmente, en nuestro medio, el diagnóstico de esta patología se establece rutinariamente mediante arteriografía percutánea.
2. La tomografía computarizada no es una buena técnica de imagen para su diagnóstico.
3. Las técnicas ecocardiográficas no suelen aportar datos de interés en el diagnóstico y estudio de estas entidades nosológicas.
4. Se considera disección o hematoma intramural aórtico tipo A de Stanford cuando está afectada la aorta ascendente sea cual fuese el lugar de origen de la lesión o su extensión.
5. La indicación quirúrgica de una disección aórtica es independiente de la afectación de la aorta ascendente.

228. Una mujer de 58 años ingresa en la Unidad de Corta Estancia Médica por un cuadro clínico que comenzó con un episodio de síncope y a continuación presentó sensación de mareo y disnea. En la exploración física se encuentra sudorosa, afebril a 126 latidos por minuto y a 30 respiraciones por minuto, con una presión arterial de 88/46 y una saturación de oxígeno del 85% mientras respira aire ambiente. La auscultación cardíaca muestra taquicardia sin soplos ni galope y la auscultación pulmonar es limpia. ¿Cuál, de entre los siguientes, le parece diagnóstico más probable?

1. Tromboembolismo pulmonar
2. Accidente cerebrovascular agudo de territorio posterior
3. Síndrome coronario agudo
4. Shock hipovolémico
5. Edema agudo de pulmón secundario a flutter auricular

229. Mujer de 69 años que consulta por expectoración hemoptoica. En los dos meses

previos presentaba febrícula, astenia, anorexia y pérdida de peso no cuantificada. En el análisis citológico de esputo se observaron hemosiderófagos y en la radiografía de tórax infiltrados alveolares bilaterales. Análíticamente destacaba: Hb 8.2gr/dL, PO₂: 58mmHg, creatinina: 5mg/dL, orina: proteinuria +++ microhematuria, cilindros, hemáticos. ANCAp (anticuerpos contra el citoplasma de los neutrofilos perinuclear): positivos: anticuerpos antimembrana basal glomerular: negativos. Anticuerpos antinucleares: negativos. El diagnóstico más probable sería:

1. Hemosiderosis pulmonar idiopática.
2. Síndrome de Goopasture.
3. Lupus eritematoso sistémico con afectación renal severa.
4. Poliarteritis nodosa clásica.
5. Poliarteritis microscópica.

230. ¿Qué es cierto del temblor esencial?

1. Generalmente mejora con propanolol.
2. Inicialmente es en reposo.
3. Puede mejorar con levodopa a dosis bajas.
4. Es más grave en los casos de presentación familiar.
5. Suele empeorar con la ingesta alcohólica.

231. Mujer de 24 años, asintomática, con antecedentes de padre y hermana afectados de carcinoma medular de tiroides. De forma incidental se descubre en la tomografía computarizada (TC) masa adrenal de 5 cm de diámetro. ¿Cuál de las siguientes opciones debe ser la siguiente decisión clínica?

1. Dado que se halla asintomática se aconseja control semestral con TC seriadas de dicha lesión.
2. Es prioritario la búsqueda de un posible carcinoma medular de tiroides.
3. Debe sospecharse un síndrome de Cushing pre-clínico en el contexto de una neoplasia endocrina múltiple.
4. Deberá practicarse punción-aspiración de dicha lesión para elucidar la naturaleza de dicha lesión.
5. Se deberá determinar catecolaminas en orina para descartar un feocromocitoma.

232. Paciente de 45 años de edad en el 15º día postrasplante de progenitores hematopoyéticos, con una neutropenia absoluta, plaquetas de 15000/uL y una hemoglobina de 7 g/dL, que presenta un cuadro clínico de dolor ocular con

edema periorbitario con discreta secreción nasal serosanguinolenta. ¿Cuál es el diagnóstico de presunción?

1. Hematoma periorbitario.
2. Reacción alérgica, posiblemente a la medicación.
3. Sinusitis aguda bacteriana, probablemente estafilocócica.
4. Sinusitis por *Aspergillus* spp.
5. Mucormicosis.

5. La probabilidad de tener resultado positivo a la prueba teniendo la trisomía 21 (S. de Down) es del 63%.

233. En el Síndrome de Klinefelter todas las respuestas son válidas EXCEPTO:

1. La anomalía cromosómica más frecuente es el cariotipo 47XXY.
2. Se trata de un hipogonadismo hipogonadotrópico.
3. El diagnóstico es infrecuente antes de la pubertad por su escasa sintomatología clínica.
4. Es la causa más frecuente de esterilidad en varones.
5. Durante la adolescencia tardía los pacientes presentan alteraciones del aprendizaje.

234. Mujer de 76 años intervenida quirúrgicamente de catarata en su ojo izquierdo dos años antes sin complicaciones. Refiere que desde hace unos meses tiene la sensación de que se le ha reproducido la catarata. Señale el diagnóstico más probable.

1. Catarata secundaria por extracción incompleta del cristalino.
2. Opacificación de la cápsula posterior.
3. Edema macular quístico.
4. Luxación de lente intraocular a la cavidad vítrea.
5. Endoftalmitis tardía.

235. Cuando realizamos el triple test (alfafetoproteína, gonadotropina coriónica humana y el estriol no conjugado) a las embarazadas, la sensibilidad y especificidad frente a la trisomía 21 (S. de Down) son del 63 y 95% respectivamente. Ello significa:

1. El porcentaje de falsos negativos es del 5%.
2. El porcentaje de falsos positivos es del 37%.
3. El Área Bajo la Curva (AUC) ROC valdría 1.
4. La probabilidad de no tener trisomía 21 (S. de Down) siendo el resultado negativo es del 95%.



MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

PRUEBAS SELECTIVAS 2014

MÉDICOS

CUADERNILLO DE IMÁGENES

ADVERTENCIA IMPORTANTE

1. **MUY IMPORTANTE** : Compruebe que este Cuadernillo de Examen de Imágenes, integrado por 17 imágenes, lleva todas sus páginas y no tiene defectos de impresión. Si detecta alguna anomalía, pida otro a la Mesa.
2. Recuerde que el tiempo de realización de este ejercicio es de **cinco horas improrrogables**.
3. Podrá retirar su Cuaderno de Examen una vez finalizado el ejercicio y hayan sido recogidas las "Hojas de Respuesta" por la Mesa.

Imagen 1

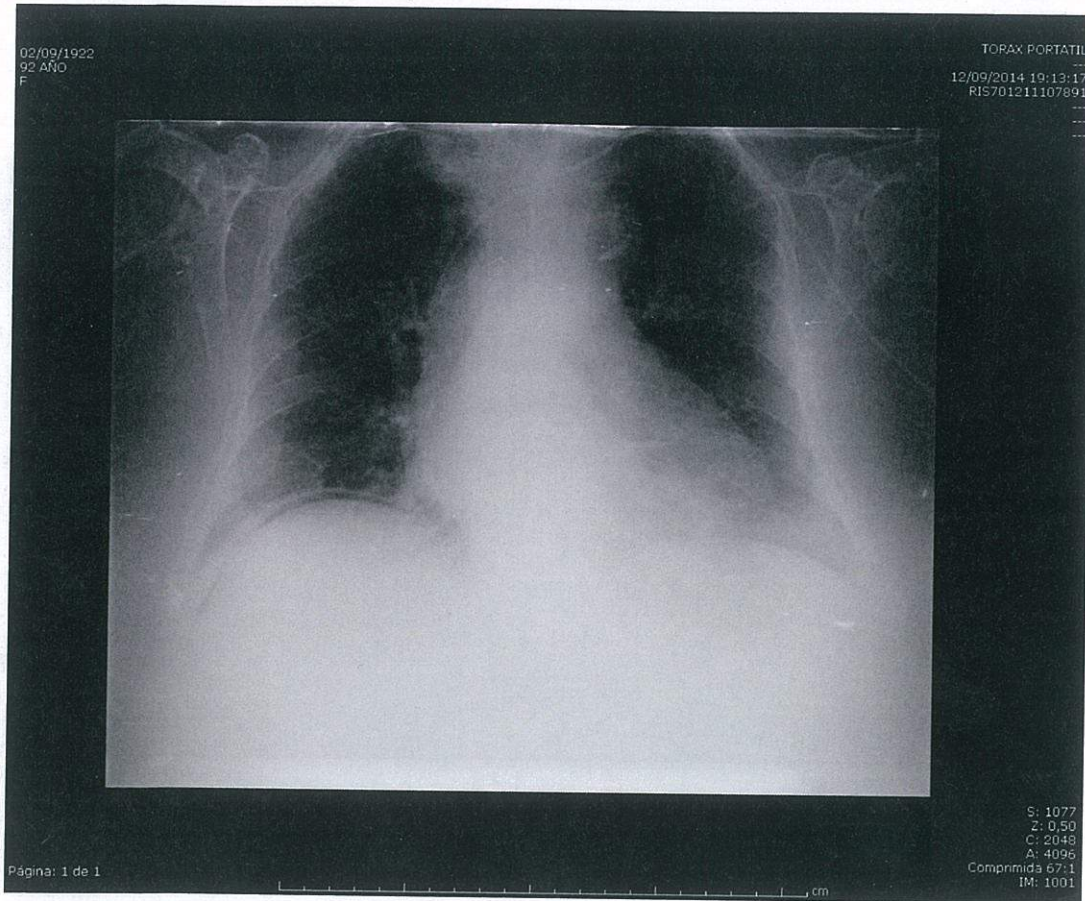


Imagen 2

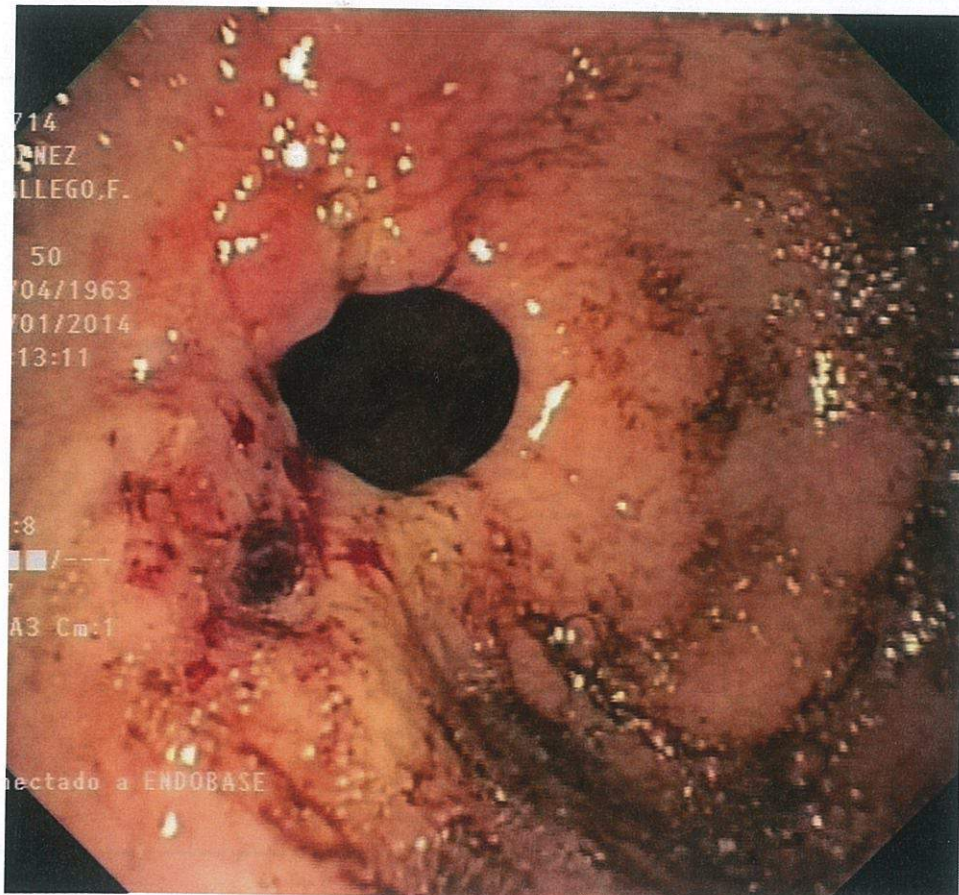


Imagen 3

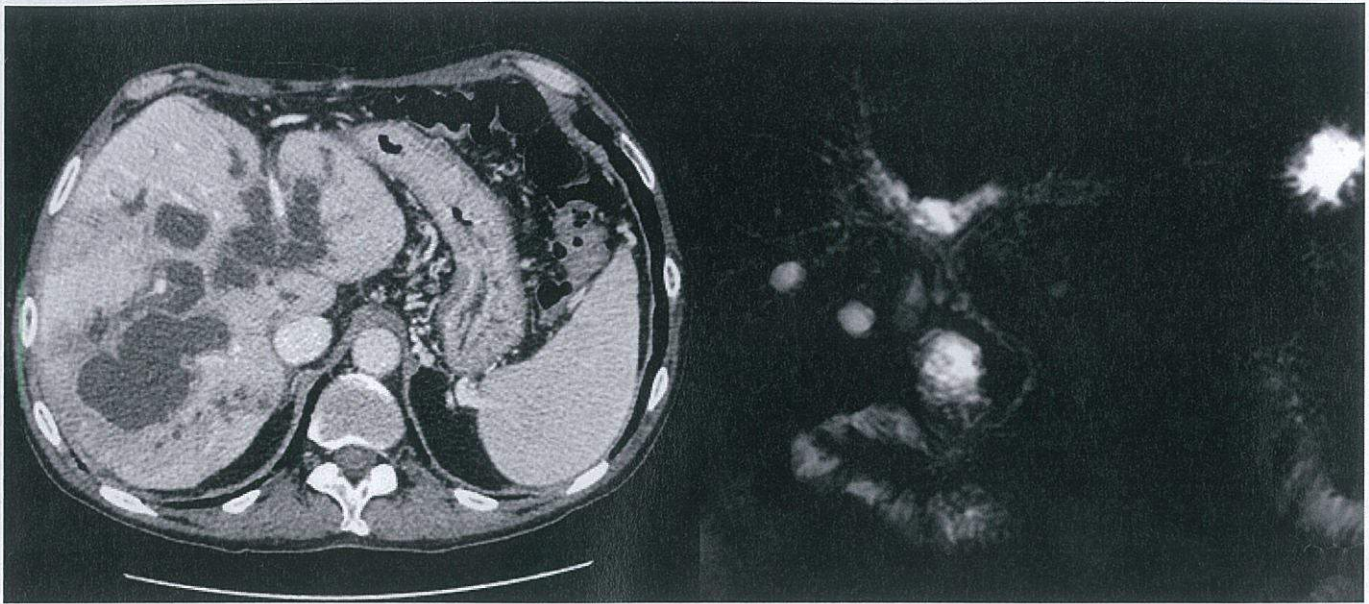
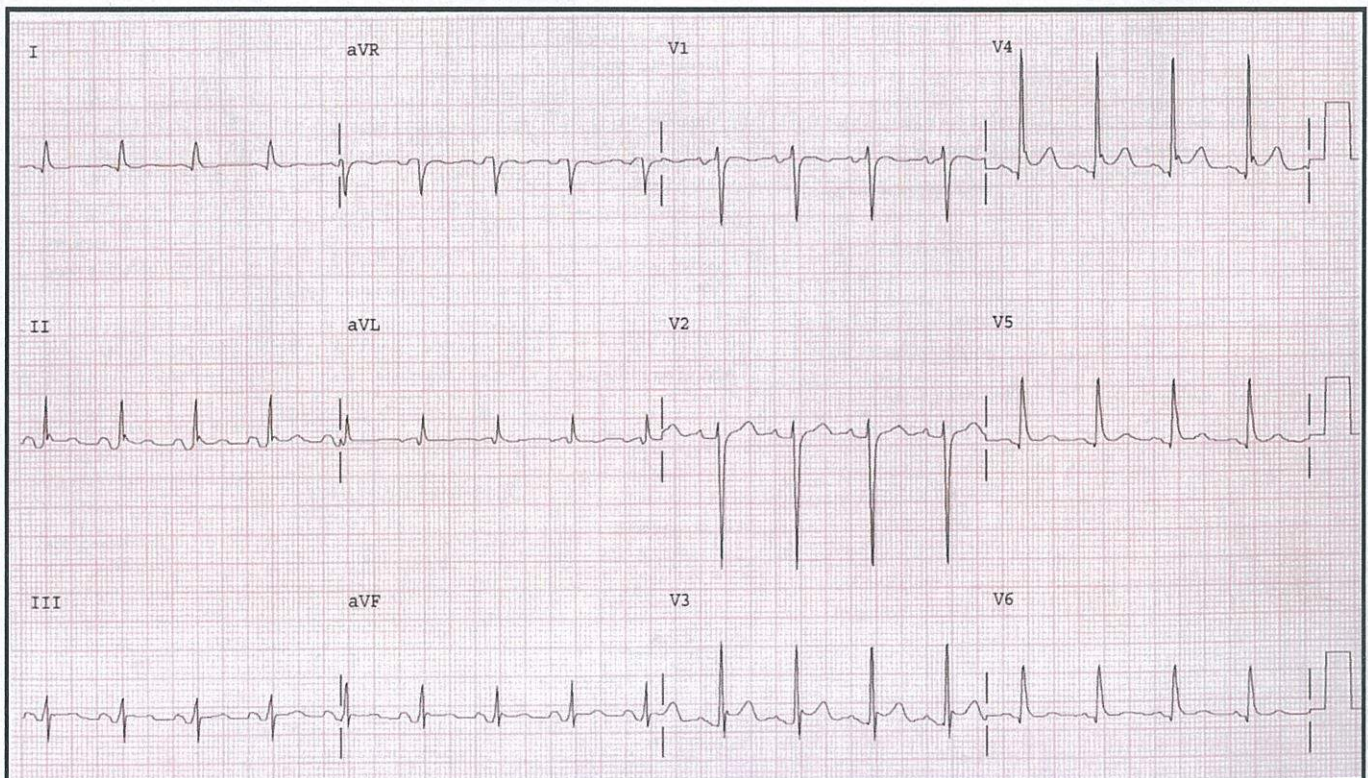


Imagen 4

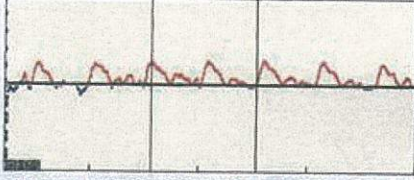


CW-DOPPLER : PRESIONES SIMPLES

RIGHT

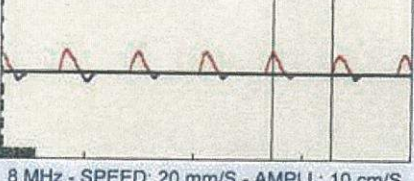
LEFT

Brachial Art. => S.-Pressure



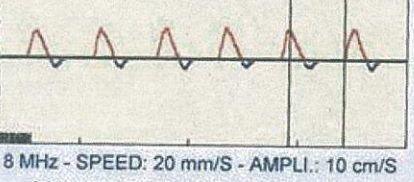
8 MHz - SPEED: 20 mm/S - AMPLI.: 10 cm/S
S/D/M: 2.9/0.4/4.9cm/S-Pi: 3.2-Ri: 1-Puls: 56-mmHg: 142

Posterior Tibial Artery



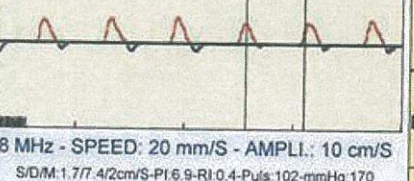
8 MHz - SPEED: 20 mm/S - AMPLI.: 10 cm/S
S/D/M: 2.5/0/2.1cm/S-Pi: 6.7-Ri: 1-Puls: 95-mmHg: 145

Segmental Pres. => Calf

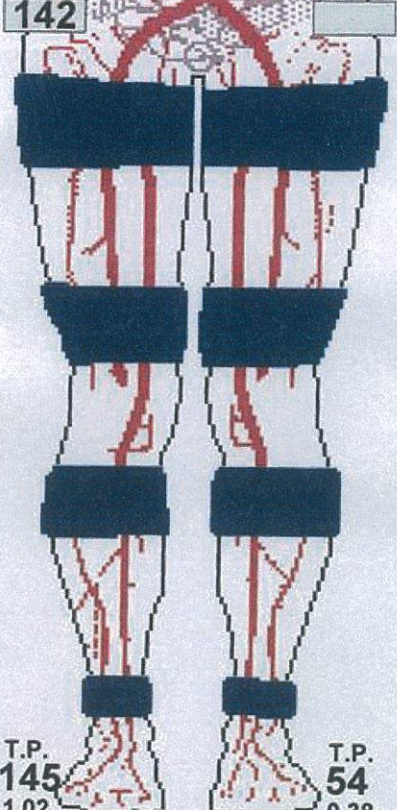


8 MHz - SPEED: 20 mm/S - AMPLI.: 10 cm/S
S/D/M: 6.8/0/3.2cm/S-Pi: 6.9-Ri: 1-Puls: 99-mmHg: 141

Segmental Pres. => lower Thigh



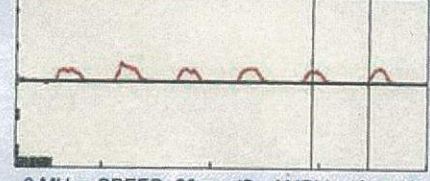
8 MHz - SPEED: 20 mm/S - AMPLI.: 10 cm/S
S/D/M: 1.7/7.4/2cm/S-Pi: 6.9-Ri: 0.4-Puls: 102-mmHg: 170



T.P. **145**
1,02

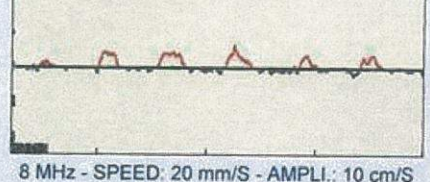
T.P. **54**
0,38

Posterior Tibial Artery



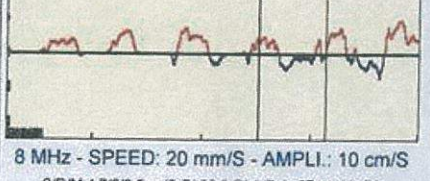
8 MHz - SPEED: 20 mm/S - AMPLI.: 10 cm/S
S/D/M: 3.3/0/0.9cm/S-Pi: 4.3-Ri: 1-Puls: 96-mmHg: 54

Segmental Pres. => Calf



8 MHz - SPEED: 20 mm/S - AMPLI.: 10 cm/S
S/D/M: 0/0/0cm/S-Pi: 0-Ri: 0-Puls: 0-mmHg: 66

Segmental Pres. => lower Thigh



8 MHz - SPEED: 20 mm/S - AMPLI.: 10 cm/S
S/D/M: 4.7/0/0.5cm/S-Pi: 20.2-Ri: 1-Puls: 87-mmHg: 73

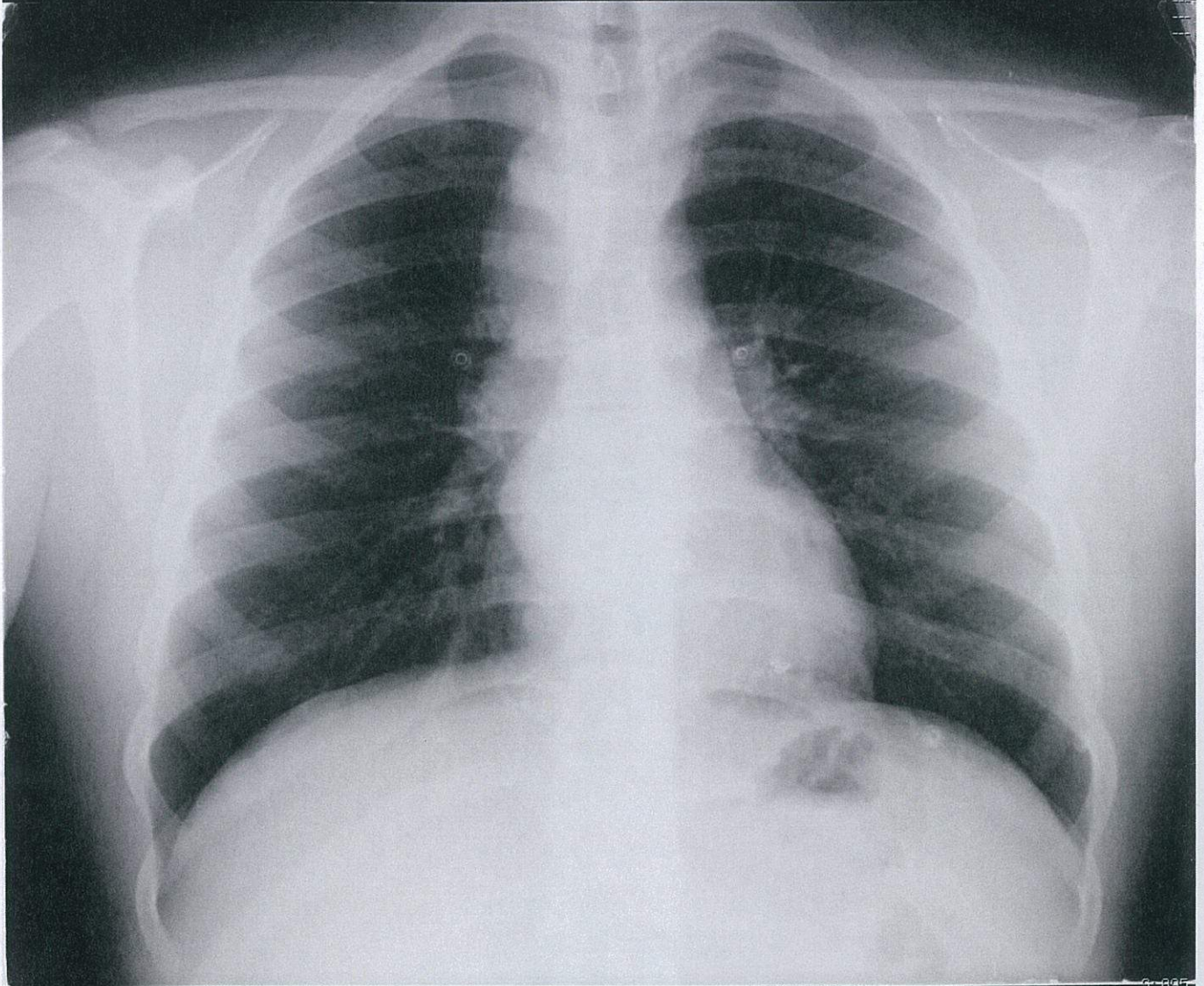
VESSELS		right	left
BRACHIAL (Ref.)	mmHg	142	
	Index		
	Delta		
Posterior Tibial Artery	mmHg	145	54
	Index	1,02	0,38
	Delta	3	-88
Segmental Pres. => Calf	mmHg	141	66
	Index	0,99	0,46
	Delta	-1	-76
Segmental Pres. => lower Thigh	mmHg	170	73
	Index	1,20	0,51
	Delta	28	-69
	mmHg		
	Index		
	Delta		

Imagen 6

24/01/1993
20 AÑO
M

TORAX, PA Y LAT

09/04/2013 2:06:35
HCU2186352



0: 895
Z: 0,48
C: 2048
A: 4096
Comprimida 69:1
IM: 1001



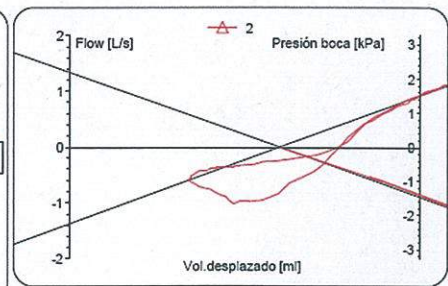
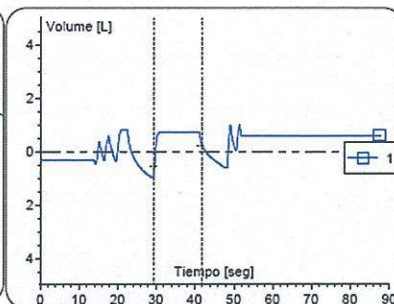
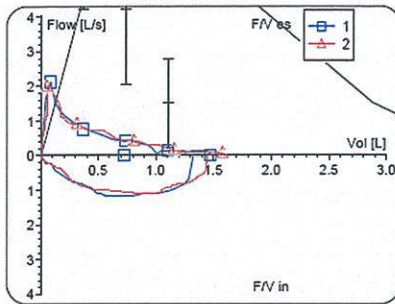
Exploración Funcional Respiratoria

Apellidos:
Nombre:

Identificación:
Grupo teóricos:

F. Nacimiento: 19/06/1954
Sexo: hombre

Edad: 60 Años
Altura: 169,0 cm
Peso: 74,0 kg



ESPIROMETRIA

		Med1	Teórico	%Med1/Teor	Med2	%Med2/Teor	%Difer
FVC	[L]	1.47	3.83	38.3	1.54	40.2	4.7
FEV 1	[L]	0.72	3.04	23.8	0.77	25.3	6.9
FEV 1 / FVC	[%]	49.16	76.41	64.4	50.00	65.4	1.7
PEF	[L/s]	2.11	7.95	26.5	2.10	26.4	-0.5
FEF 25	[L/s]	0.75	7.02	10.7	0.77	10.9	2.6
FEF 50	[L/s]	0.42	4.20	10.1	0.49	11.5	16.7
FEF 75	[L/s]	0.11	1.51	7.5	0.13	8.7	18.1
MMEF 75/25	[L/s]	0.22	3.40	6.5	0.23	6.7	4.4

Obstrucción

DIFUSIÓN DE CO

		Med1	Teórico	%Med1/Teor
TLCO SB	[mmol/min/kPa]	2.15	8.79	24.4
VA	[L]	3.96	6.27	63.2
TLCO/VA	[mmol/min/kPa/L]	0.54	1.37	39.6

PLETISMOGRAFÍA

		Med1	Teórico	%Med1/Teor
ITGV	[L]	8.52	3.40	250.3
RV	[L]	7.63	2.30	331.2
TLC	[L]	9.29	6.42	144.6
RV / TLC %	[%]	82.15	37.36	219.9

ABREVIATURAS:

FVC: Capacidad Vital Forzada, **FEV1:** Volumen Espiratorio Forzado primer segundo, **PEF:** Flujo Espiratorio Pico, **FEF:** Flujo Espiratorio Forzado al 25, 50 y 75% de la FVC, **MMEF 25/75:** Flujo Mesoespiratorio Máximo, **TLCO:** Capacidad de Difusión de CO, **VA:** Volumen Alveolar, **ITGV:** Volumen de Gas Intratorácico (equivale a la capacidad residual funcional), **RV:** Volumen Residual, **TLC:** Capacidad Pulmonar Total
Med1: medición basal, **Med2:** Medición postobroncodilatador, **%Difer:** % de diferencia entre Med1 y med2

Imagen 8

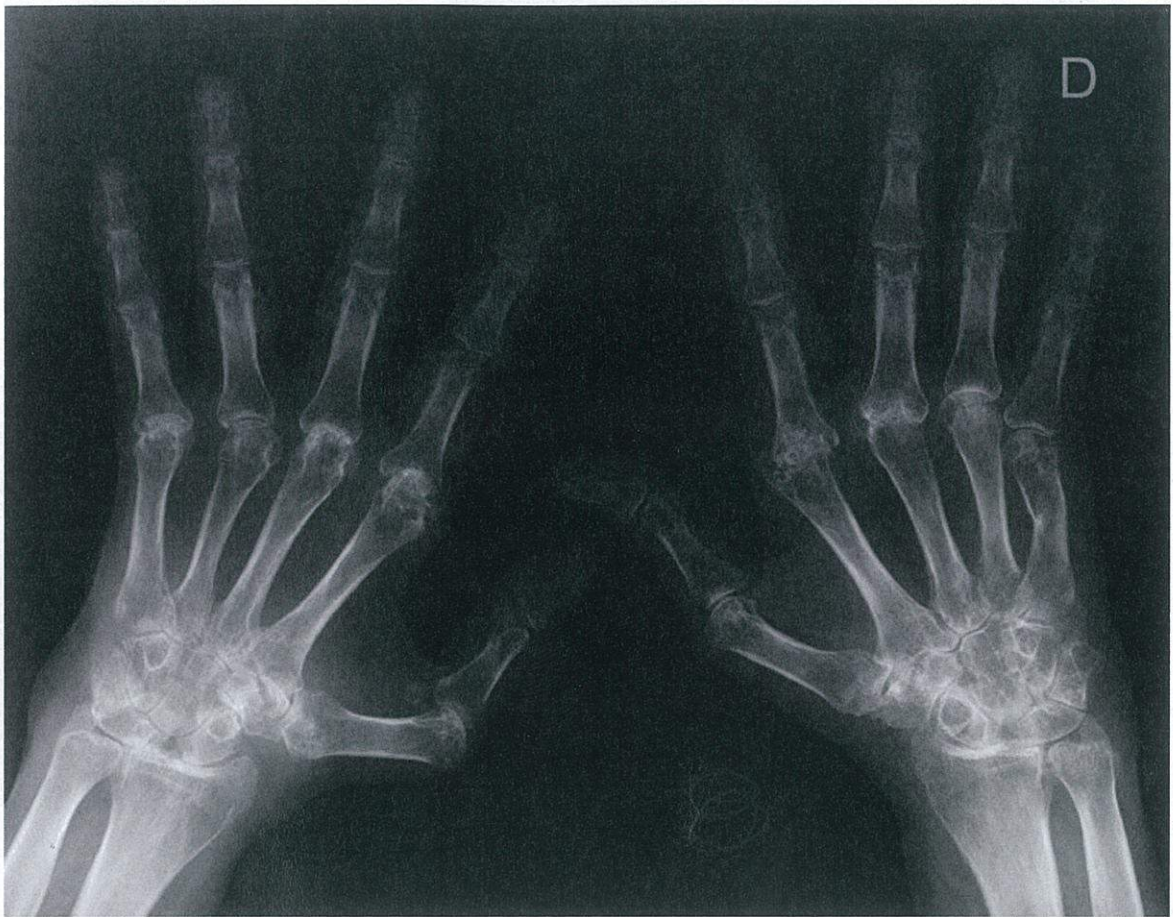


Imagen 9



Imagen 10

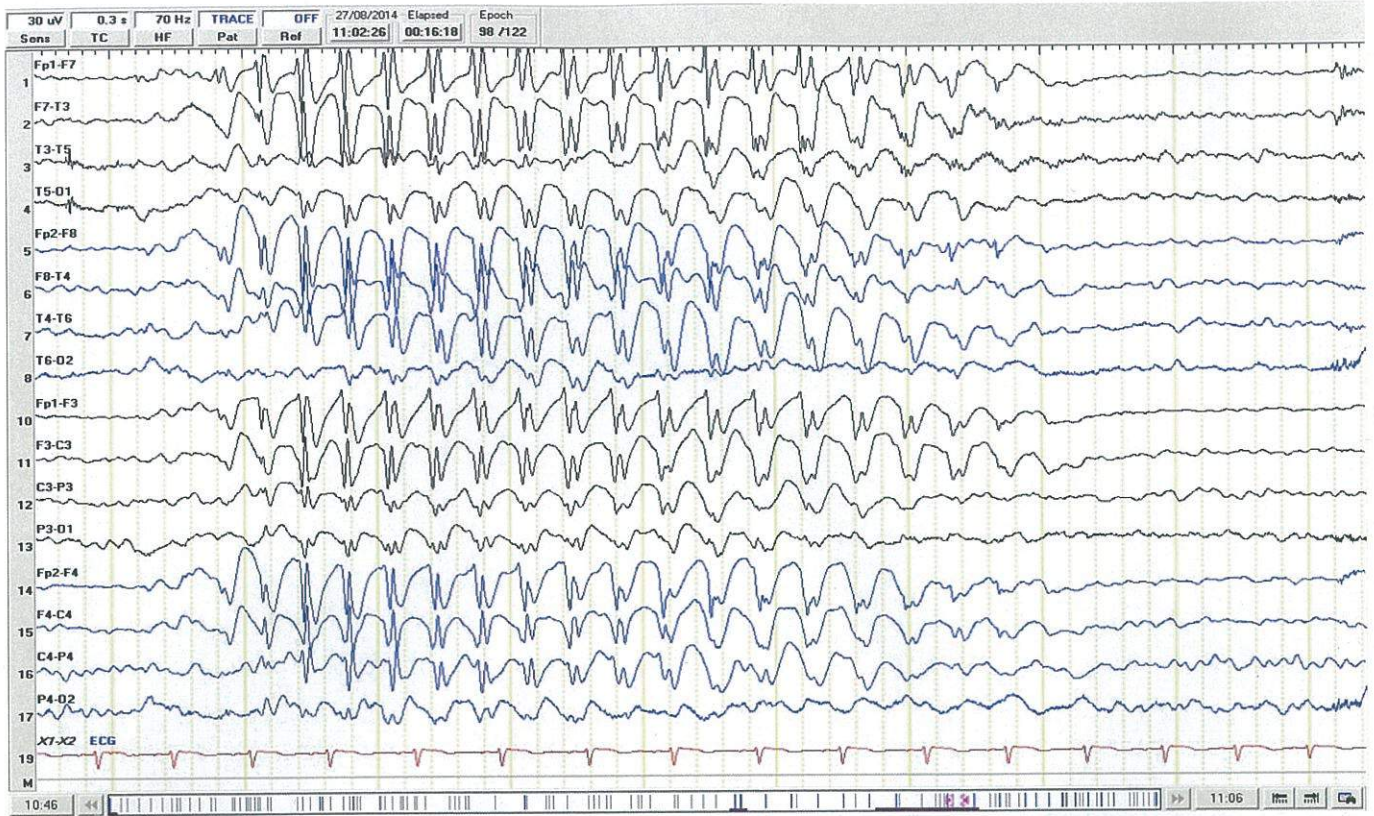


Imagen 11

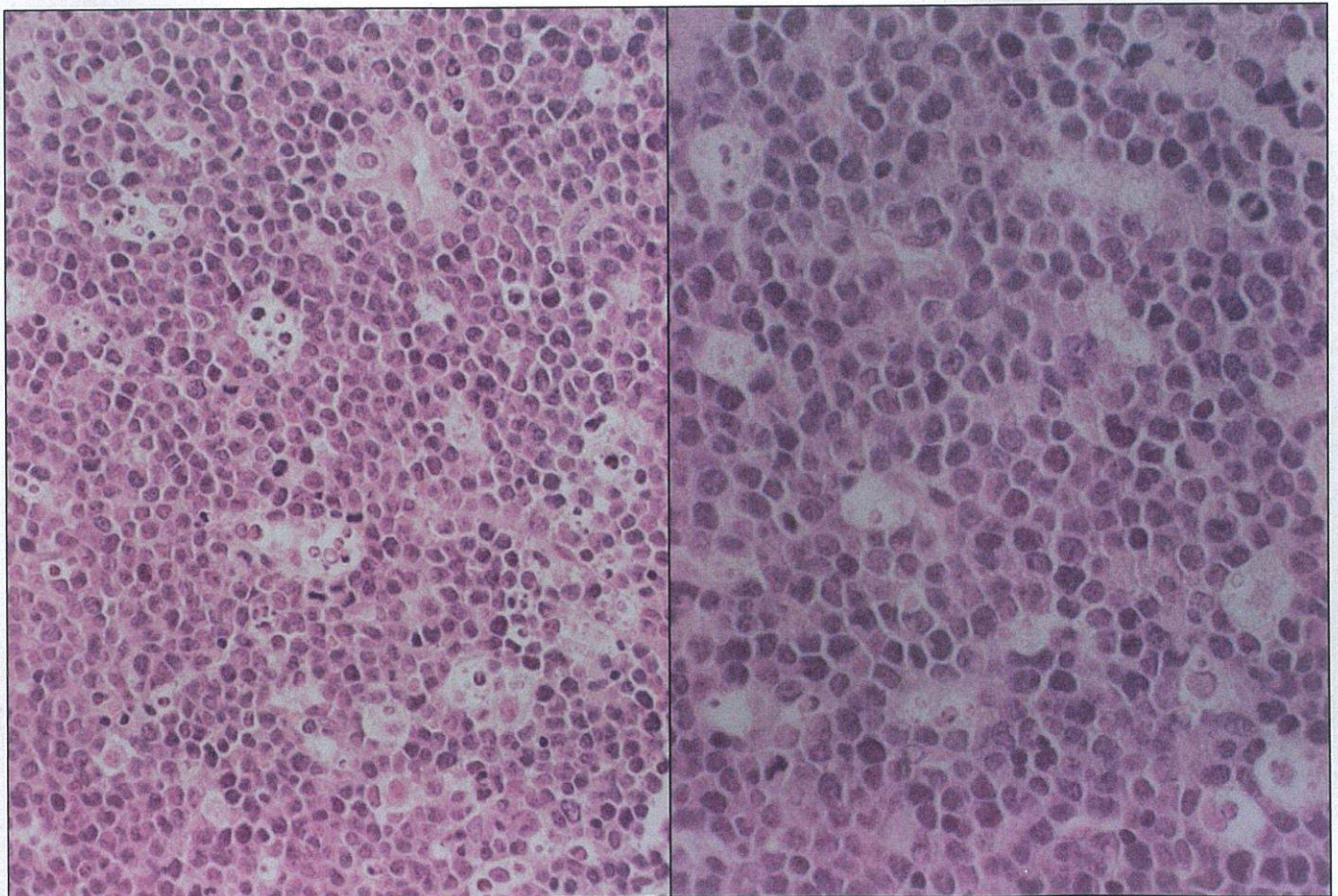


Imagen 12

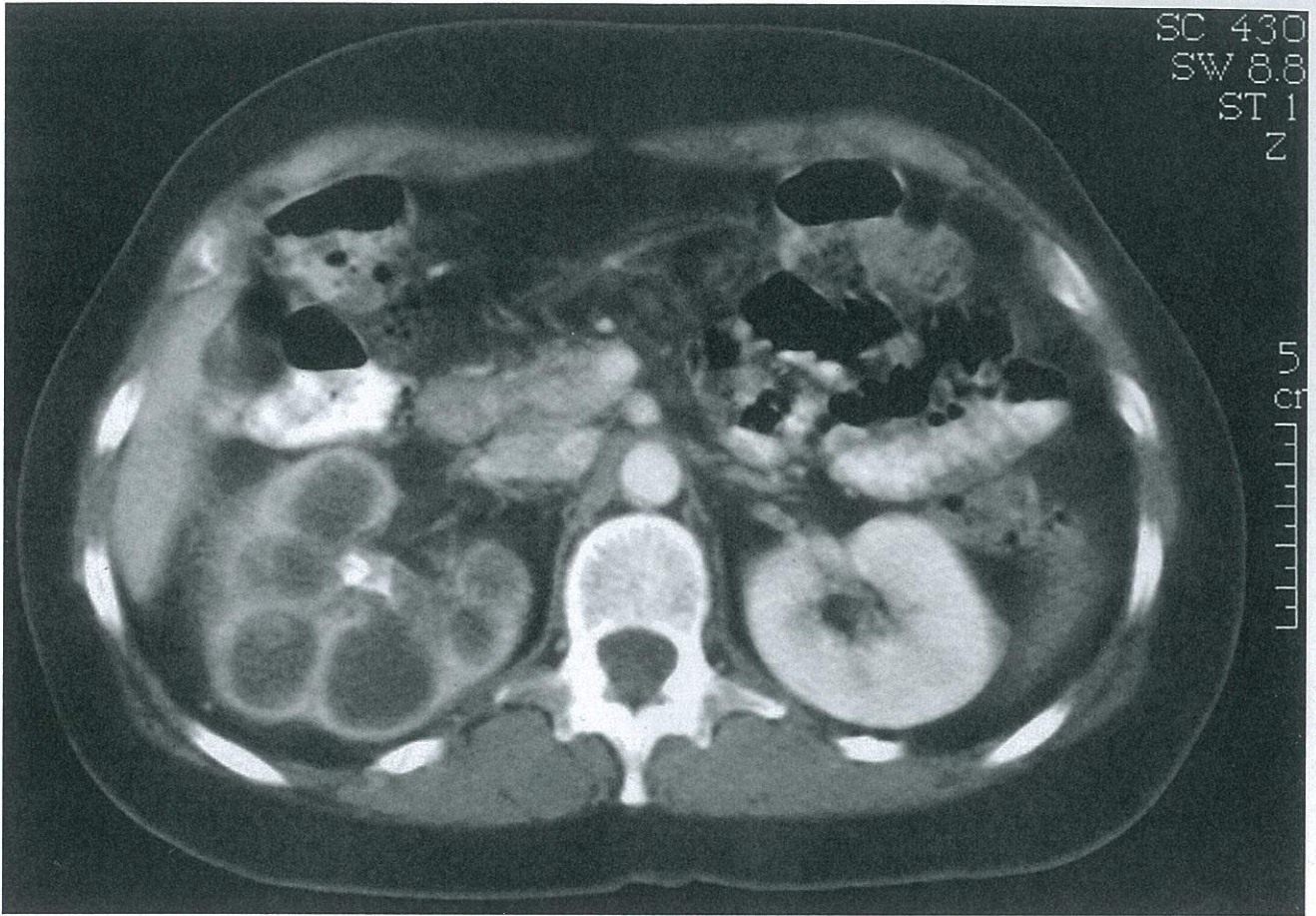


Imagen 13



Imagen 14



Imagen 15

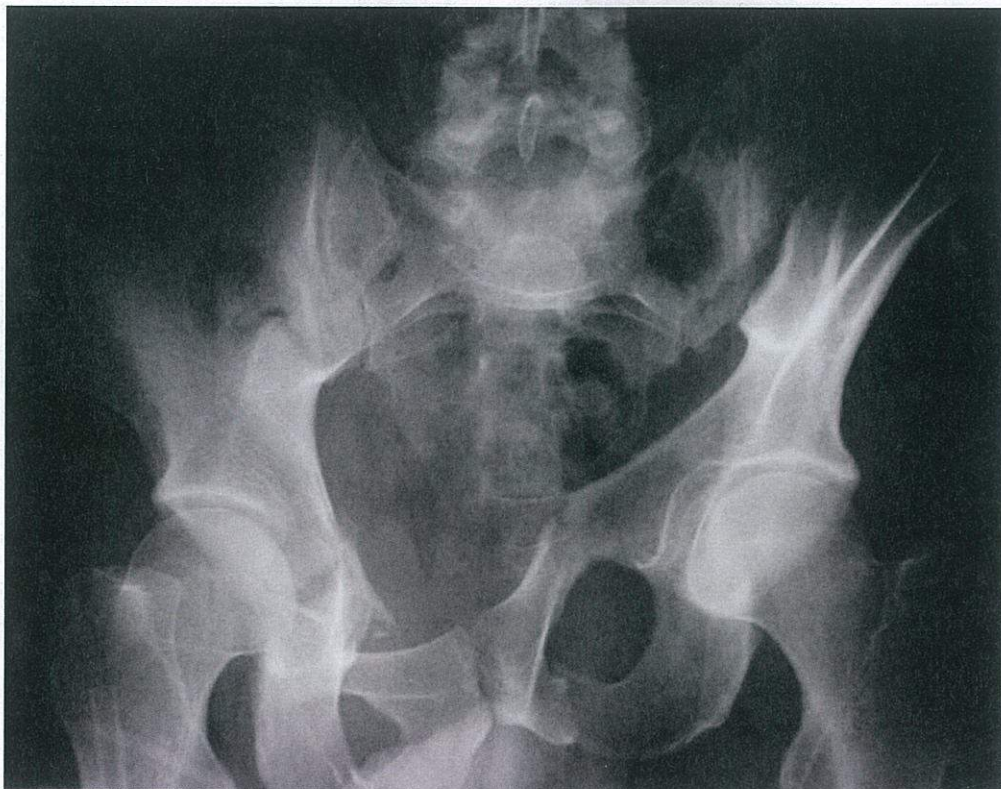


Imagen 16



Imagen 17

