



PRUEBAS SELECTIVAS 2017

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 35 **preguntas que están ligadas a una imagen**. Todas las imágenes están en un cuadernillo 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 dos 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** 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**
Un hombre de 82 años, con antecedentes de miocardiopatía dilatada, acude a urgencias por síncope recurrentes en la última semana. Se realiza un electrocardiograma que muestra:

1. Bloqueo de rama derecha con hemibloqueo posterior.
2. Bloqueo de rama derecha con hemibloqueo anterior.
3. Bloqueo completo de rama izquierda.
4. Bloqueo de rama derecha.

2. **Pregunta vinculada a la imagen n°2**
Hombre de 40 años con hipertensión arterial, en tratamiento con enalapril, amlodipino e hidroclorotiazida a dosis plenas. En consulta tiene cifras de presión arterial por encima de 150/100 mmHg y el resultado de la Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial (MAPA) de 24 horas se muestra en la imagen. La franja sombreada de la derecha indica el periodo de sueño. Asegura cumplir bien el tratamiento, hace ejercicio a diario y come con poca sal. No toma medicamentos que puedan subir la presión arterial. ¿Cuál es la actitud más correcta en este momento?

1. Mantener su tratamiento actual sin cambios y repetir la MAPA en 6 meses.
2. Asociar un antialdosterónico, suspender la hidroclorotiazida y revisar en consulta en 6 meses.
3. Asociar olmesartán y repetir la MAPA en 6 meses.
4. Plantear estudio para descartar causas de hipertensión secundaria y asociar un cuarto fármaco.

3. **Pregunta vinculada a la imagen n°3**
Mujer de 44 años intervenida de neoplasia de colon mediante laparotomía en línea media sin incidencias remarcables. Al cabo de unas horas de postoperatorio, presenta de forma progresiva mal estado general, intranquilidad y discomfort. En el momento de su exploración tiene buen estado de conciencia, está afebril pero sudorosa, taicárdica (132 l/min), con hipotensión arterial (82/52 mmHg), frecuencia respiratoria de 24 por min y una saturación arterial de oxígeno del 97%. La auscultación respiratoria es normal y está rítmica. La palpación abdominal es algo dolorosa y los drenajes quirúrgicos tienen débito escaso. Revisa una radiografía de tórax realizada para comprobación de una vía central sin apreciar patología cardiopulmonar relevante. En la analítica urgente objetiva un leve descenso de la hemoglobina respecto al preoperatorio. En este contexto Vd. realiza una ecografía ecoFAST focalizada en hipocondrio derecho (imagen 1) y ventana cardiaca subxifoidea (imagen 2). ¿Cuál

es su mejor opción terapéutica?

1. Aviso urgente a cirugía para revaloración de la paciente por probable sangrado intraabdominal como complicación de la intervención quirúrgica.
2. Oxígeno a alto débito, sueroterapia intensiva, iniciar noradrenalina endovenosa y antibioterapia por sospecha de sepsis.
3. Pericardiocentesis ecoguiada y en función del resultado, revisar posteriormente la causa del posible derrame pericárdico.
4. Considerar fibrinólisis dada la alta probabilidad clínica de tromboembolismo pulmonar agudo grave.

4. **Pregunta vinculada a la imagen n°4**
Mujer de 69 años que acude a consulta externa de cardiología refiriendo disnea limitante de moderados-pequeños esfuerzos instaurada en los últimos meses. El electrocardiograma muestra fibrilación auricular con respuesta ventricular controlada. A la exploración destaca un soplo diastólico. Realizamos un ecocardiograma transtorácico. ¿Cuál cree que es el diagnóstico más probable de esta paciente?

1. Endocarditis bacteriana.
2. Estenosis mitral.
3. Miocardiopatía hipertrófica.
4. Insuficiencia aórtica.

5. **Pregunta vinculada a la imagen n°5**
Carlos tiene 31 años y es la tercera vez que acude este año a urgencias por presentar episodios de impactación esofágica tras la ingesta de carne que han precisado de su extracción por endoscopia oral. Como antecedentes cabe reseñar que presenta asma bronquial y es alérgico a los frutos secos. Señale la respuesta verdadera en base a los hallazgos esofágicos encontrados en una nueva endoscopia oral:

1. La imagen corresponde a la tráquea, el endoscopista ha entrado a la vía respiratoria.
2. La sospecha diagnóstica debería confirmarse con histología tomando biopsias de esófago distal y proximal.
3. Si el paciente refiere dolor torácico la imagen es diagnóstica de espasmo esofágico difuso.
4. La imagen corresponde a una acalasia.

6. **Pregunta vinculada a la imagen n°6**
Mujer de 84 años con antecedente de colecistectomía que presenta dolor abdominal e ictericia. Se realizó una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). ¿Cuál es el diagnóstico correcto?

1. Síndrome de Mirizzi.

2. Neoplasia de páncreas.
3. Coledocolitiasis.
4. Estenosis postquirúrgica del colédoco.

7. Pregunta vinculada a la imagen n°7

Mujer de 42 años que acude a urgencias por dolor abdominal y fiebre. Se realiza una TC que no aporta datos sobre la posible causa del dolor, no obstante ante los hallazgos objetivados en la imagen se remite a consulta. ¿Cuál de las siguientes exploraciones considera indicada para completar el estudio?

1. Gammagrafía con meta-iodobencilguanidina.
2. Determinación de 5 hidroxindolacético en orina de 24h.
3. Punción aspiración con aguja fina con control ecográfico.
4. Resonancia magnética.

8. Pregunta vinculada a la imagen n°8

Mujer de 47 años que refiere desde hace dos semanas un cuadro de febrícula, astenia, palpitations y dolor cervical con la deglución con sensación de aumento de partes blandas. En la analítica destaca una VSG de 87 mm/h y una TSH sérica de 0,01 UI/L. Se indica realización de una gammagrafía tiroidea. ¿Cuál de las siguientes imágenes es compatible con el diagnóstico de la paciente?

1. 1.
2. 2.
3. 3.
4. 4.

9. Pregunta vinculada a la imagen n°9

Mujer de 28 años de edad que ha estado en tratamiento por un síndrome de ovario poliquístico, acude a la consulta para el control del embarazo refiriendo una amenorrea de 10 semanas. En la ecografía se objetiva un feto único, vivo, con una longitud cefalo-caudal (CRL) de 57 mm, que corresponde a 12 semanas. Señale la opción correcta:

1. Debemos asumir que la edad gestacional real son 12 semanas, reasignar una nueva FUR (Fecha de última regla) o FPP (Fecha probable de parto) y planificar el resto de los controles del embarazo en base a esta edad gestacional.
2. Seguiremos considerando que la edad gestacional real son 10 semanas, ya que coincide con la FUR de la paciente. Planificaremos el resto de los controles en función de esta edad gestacional, aunque dejaremos constancia de esta discordancia en la historia clínica.
3. Ante esta discordancia, solicitaremos una analítica de sangre para cuantificar la hormo-

na β -HCG y decidir en función de sus niveles cuál es la edad gestacional real para poder planificar el resto de los controles del embarazo.

4. Solicitaremos un nuevo control ecográfico en 2 semanas para ver la evolución y diagnosticar con más certeza la edad gestacional correcta.

10. Pregunta vinculada a la imagen n°10

Una mujer de 40 años acude al servicio de urgencias por síndrome anémico. En la exploración física se observa palidez mucocutánea con tinte icterico en conjuntivas. En los análisis de sangre periférica destacan los siguientes datos: leucocitos 7.380/ μ L, hemoglobina 7,6 g/dL, VCM 97 fl, plaquetas 78.000/ μ L, LDH 1.092 U/L, bilirrubina total 3,4 mg/dL y bilirrubina indirecta 2,9 mg/dL. Ante los hallazgos del frotis de sangre periférica, indique el diagnóstico de sospecha correcto:

1. Anemia hemolítica autoinmune.
2. Mielofibrosis.
3. Anemia hemolítica microangiopática.
4. Anemia drepanocítica.

11. Pregunta vinculada a la imagen n°11

Hombre de 68 años que consulta por astenia. Refiere dolores óseos como única sintomatología acompañante. Su función renal era normal 6 meses antes.

Se realiza analítica general que muestra: creatinina 2,0 mg/dL, urea 86 mg/dL, proteínas plasmáticas 90 g/L, VSG 120 mm/h, ratio albúmina/creatinina urinaria 4 (normal), ratio proteína/creatinina urinaria 80 (N<22). Se adjunta la imagen del sedimento de orina y de la tira reactiva de orina.

¿Qué sospecha que pueda tener el paciente y qué prueba haría en primer lugar?

1. Una amiloidosis y haría un biopsia de grasa subcutánea.
2. Un mieloma múltiple y pediría un proteino-grama y proteína de Bence Jones en orina.
3. Una enfermedad glomerular y solicitaría una biopsia renal urgente.
4. Una necrosis tubular aguda y solicitaría una ecografía renal.

12. Pregunta vinculada a la imagen n°12

Mujer de 70 años con antecedentes de hipertensión arterial, neumopatía obstructiva crónica y miocardiopatía hipertrófica septal. Ingresa en la UCI por un shock séptico de origen respiratorio. Tras estabilización mediante soporte vasomotor y 14 días de antibioterapia sigue una buena evolución clínica y analítica. Bruscamente pre-

presenta una crisis convulsiva generalizada que obliga a intubación orotraqueal por disminución del nivel de conciencia. Una TC urgente con contraste muestra una lesión cavitada parietal izquierda. Se realiza RM.

¿Cuál es el diagnóstico de presunción?

1. Absceso cerebral.
2. Tumor primario del sistema nervioso central.
3. Metástasis de tumor sólido.
4. Toxoplasmosis cerebral.

13. **Pregunta vinculada a la imagen nº13**
¿Cuál es el diagnóstico de sospecha de la siguiente imagen ecocardiográfica?

1. Disección aórtica.
2. Estenosis aórtica.
3. Endocarditis aórtica.
4. Mixoma valvular aórtico.

14. **Pregunta vinculada a la imagen nº14**
Hombre de 83 años que acude a urgencias por astenia, malestar general y diarrea. Antecedentes de HTA, diabético con enfermedad renal crónica (EFG 32 mL/min) e insuficiencia cardíaca (FE 30%). En tratamiento con digoxina, nebivolol, furosemida, alopurinol, espironolactona, enalapril, atorvastatina y sitagliptina. En la exploración destacan signos de deshidratación de mucosas. PA 90/44 mm/Hg, FC 67 lpm. Análisis: Hb 10,8 g/dL, glucosa 156 mg/dL, urea 125 mg/dL, creatinina 3,25 mg/dL, K 7,5 mEq/L, Na 138 mEq/L, pH 7,31, bicarbonato 16 mmol/L. Se realiza el siguiente ECG. ¿Cuál es la primera medida a instaurar en este paciente?

1. Administrar gluconato cálcico al 10% iv.
2. Corregir la acidosis metabólica con bicarbonato iv.
3. Retirada de fármacos y añadir resinas de intercambio iónico.
4. Hemodiálisis.

15. **Pregunta vinculada a la imagen nº15**
Hombre de 71 años que consulta por febrícula y astenia de 3 semanas de evolución, que no ha cedido a pesar de tratamiento antibiótico durante 7 días. En la tira de orina se aprecia microhematuria. Aporta un hemograma con Hb de 10,1 g/dL, VCM de 91,6 fL. Primeramente le realizan una ecografía abdominal, pero al radiólogo le plantea dudas y decide realizarle una TC. Señale la respuesta que le parece correcta:

1. La imagen es compatible con tuberculosis renal.
2. Debería haberse esperado 3 semanas más con tratamiento antibiótico antes de hacer una prueba de imagen.

3. Hay una lesión excrecente renal que sugiere un hipernefroma.
4. Existe indicación de colocación de un catéter doble J izquierdo.

16. **Pregunta vinculada a la imagen nº16**
Mujer de 45 años de edad, fumadora de 20 cig/día. Acude a urgencias por cuadro clínico de 10 días de evolución de tos mucopurulenta, dolor en hemitórax derecho, astenia y sudoración nocturna. Auscultación pulmonar con murmullo vesicular disminuido a nivel del tercio superior del pulmón derecho con roncus abundantes por ambos campos. Analítica: Hb 10 g/dL, plaquetas 629.000/ μ L y leucocitos 16.000/ μ L con 83% neutrófilos. Se realiza una RX tórax. ¿Cuál es la actitud más correcta?

1. Punción transtorácica aspirativa guiada por TC.
2. Broncoscopia con lavado broncoalveolar.
3. Antibioterapia empírica con cobertura para anaerobios.
4. Drenaje percutáneo.

17. **Pregunta vinculada a la imagen nº17**
Joven de 22 años sin antecedentes de interés que acude a urgencias por dolor torácico y abdominal inespecífico. Presión arterial de 90/50 mmHg, frecuencia cardíaca 120 latidos por minuto y saturación basal 94%. Auscultación respiratoria con hipofonesis generalizada bilateral. ¿Cuál es el diagnóstico y tratamiento inicial según la imagen?

1. Atelectasia. Fisioterapia respiratoria.
2. Neumotórax. Drenaje torácico.
3. Atelectasia. Broncoscopia.
4. Neumotórax. Videotoracoscopia.

18. **Pregunta vinculada a la imagen nº18**
Mujer de 74 años con HTA, nefrectomía izquierda por tuberculosis renal en 2004 y trastorno de depresión mayor con mutismo tratado con terapia electroconvulsiva. Última sesión hace dos semanas. Es traída a la urgencia por síncope. En la exploración PA 142/90 mmHg, FC 105 lpm, saturación de oxígeno 89%, taquipnea a 30 rpm con tiraje. ECG sin signos de isquemia aguda. Rx tórax con aumento de diámetro de la arteria pulmonar. Analítica con urea 89 mg/dL, creatinina 2,1 mg/dL, BNP 945 pg/mL, troponina 34 ng/mL (normal <0,5), dímero-D 3.200 ng/dL. Se realiza la siguiente prueba. Ante los hallazgos, ¿cuál es la actuación más correcta?

1. Confirmar el diagnóstico con una angioTC tórax.
2. Anticoagular con heparina y monitorización

estrecha de constantes vitales.

3. Administrar diuréticos de asa endovenosos, nitritos y antiagregantes.
4. Administrar fibrinolíticos ante la gravedad del cuadro.

19. Pregunta vinculada a la imagen n°19

Hombre de 77 años de edad encontrado en su domicilio con hemiplejía derecha y afasia global. Última vez visto asintomático 20 horas antes. Se realiza TC craneal que se muestra. Señale la respuesta CORRECTA:

1. La imagen no permite determinar el tiempo de isquemia; podrían haber transcurrido sólo unos minutos desde la aparición del déficit.
2. No cumple criterios para la administración de tratamiento fibrinolítico.
3. El ingreso en una unidad de ictus no está indicado en este paciente.
4. Ante el tamaño del infarto se debe plantear una craniectomía descompresiva, antes de que aparezca edema cerebral.

20. Pregunta vinculada a la imagen n°20

Niño de 3 años cuyos padres refieren que presenta lesión en cara interna de antebrazo derecho, detectada a los tres meses del nacimiento que en ocasiones se enrojece y le produce picor. ¿Cuál es el diagnóstico más probable y qué actitud llevaría a cabo?

1. Mastocitoma, observación ya que probablemente involucone.
2. Nevus sebáceo, extirpación.
3. Angiofibroma, exploración de superficie corporal completa y estudio genético.
4. Nevus melanocítico congénito, seguimiento y control fotográfico.

21. Pregunta vinculada a la imagen n°21

Una empleada bancaria de 38 años a la que se ha hecho la revisión periódica de empresa nos es remitida para valorar la radiografía de tórax. La paciente fuma 20 cigarrillos/día desde los 21 años. Refiere que durante los últimos meses, está algo más cansada de lo habitual. Los análisis básicos de laboratorio son normales a excepción de una Hb de 11,4 g/dL. Un electrocardiograma y una espirometría forzada son normales. ¿Cuál cree que es la orientación diagnóstica más plausible?

1. Enfermedad de Hodgkin.
2. Infección fúngica tipo histoplasmosis.
3. Sarcoidosis.
4. Carcinoma broncogénico.

22. Pregunta vinculada a la imagen n°22

Mujer de 68 años en tratamiento crónico por polimialgia reumática. Acude a la consulta por dolor inguinal derecho irradiado a la cara anteromedial del tercio proximal del muslo, de inicio insidioso y sin traumatismo causal. Se trata de un dolor continuo pero que va en aumento. Empeora con la bipedestación. Se hace RX simple en la que se observan leves cambios degenerativos simétricos en ambas caderas, sin pérdida de la interlínea articular en la cadera dolorosa. Se realiza una RM. ¿Qué diagnóstico considera más probable?

1. Osteomielitis aguda.
2. Artrosis de cadera.
3. Necrosis avascular de la cabeza femoral.
4. Osteosarcoma.

23. Pregunta vinculada a la imagen n°23

¿Cuál es la respuesta correcta ante un joven con un antecedente traumático hace 3 días al que se le practica esta radiografía de rodilla?

1. Rótula bipartita.
2. Fractura de rótula.
3. Osteocondritis disecante.
4. Núcleo de osificación secundario no fusionado.

24. Pregunta vinculada a la imagen n°24

Hombre de 75 años que acude a urgencias por dolor abdominal y fiebre de 24h de evolución. A la exploración física encontramos un paciente febril, obnubilado, inestable hemodinámicamente y con vientre en tabla. Se solicita TC abdominal que revela neumoperitoneo y contenido abundante en cavidad peritoneal. Se decide traslado urgente a quirófano. Iniciamos resucitación con fluidos y ante la necesidad de infusión de vasoactivos, el residente procede a canalización de catéter venoso central. Al observar el color de la sangre muestra dudas y solicita realización de gasometría. Resultados: pH 7,30; pO₂ 95 mmHg; pCO₂ 44 mmHg; HCO₃ 18 mmol/L; SO₂ 95%. Señale la respuesta FALSA:

1. La imagen mostrada se ha obtenido a través de ultrasonidos.
2. Una de las posibles complicaciones de esta técnica es la punción de la arteria carótida común.
3. Si nos atenemos a los valores gasométricos, la técnica ha sido exitosa.
4. Con esta técnica se ha demostrado disminuir la tasa de complicaciones.

25. Pregunta vinculada a la imagen n°25

De acuerdo a los resultados del ensayo clínico incluidos en la imagen vinculada a la pregunta, ¿cuál de las siguientes conclusiones es cierta?

1. Mirglistin reduce significativamente la tasa anual de eventos cardiovasculares en comparación con metformina, con una hazard ratio por debajo de 1 y una p significativa de 0,01.
2. El estudio no es concluyente, porque el límite inferior del intervalo de confianza al 95% del hazard ratio no puede descartar que la diferencia a favor de mirglistin sea menor del 30% en términos relativos.
3. Se demuestra la no inferioridad de mirglistin porque el valor de p de superioridad no es significativo.
4. Mirglistin es no inferior a metformina de acuerdo a las condiciones prefijadas en el protocolo del estudio.

26. Pregunta vinculada a la imagen n°26

Hombre de 26 años que presenta desde hace 7 años brotes de placas eritemato-escamosas en el cuero cabelludo, codos, región sacra, periumbilical y rodillas. Ha seguido diferentes tratamientos (acitretino, metotrexate, ciclosporina, fototerapia) que han sido tan solo parcialmente eficaces o le han causado efectos adversos. ¿Cuál de los siguientes fármacos tiene indicación aprobada para nuestro paciente?

1. Abatacept.
2. Ustekinumab.
3. Leflunomida.
4. Tocilizumab.

27. Pregunta vinculada a la imagen n°27

Hombre de 54 años diagnosticado de melanoma diseminado en tratamiento con vemurafenib. Seis semanas después de iniciar el tratamiento refiere la aparición de una lesión cutánea de rápido crecimiento (ver imagen). ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

1. Botón de Oriente.
2. Metástasis en tránsito de melanoma.
3. Queratoacantoma.
4. Carcinoma basocelular.

28. Pregunta vinculada a la imagen n°28

Hombre de 40 años que consulta por visión borrosa, dolor y ojo rojo derecho de 3 días de evolución. La exploración biomicroscópica se muestra en la imagen. La presión intraocular en ese ojo es 10 mmHg. El fondo de ojo no muestra alteraciones. ¿Cuál es la primera opción diagnóstica?

1. Coriorretinitis.
2. Queratitis herpetiforme.
3. Uveítis anterior.
4. Crisis glaucomatociclítica.

29. Pregunta vinculada a la imagen n°29

Mujer de 35 años con historia de cefalea de dos semanas de evolución, hipotiroidismo y un índice de masa corporal de 30 que presenta la siguiente imagen de fondo de ojo. ¿Cuál de los siguientes es el hallazgo MENOS probable que nos podremos encontrar?

1. Agudeza visual disminuida (0,1) en ambos ojos.
2. Campimetría con aumento de mancha ciega y defectos nasales.
3. Resonancia Magnética cerebral sin alteraciones significativas.
4. Composición de líquido cefalorraquídeo dentro de los límites de la normalidad.

30. Pregunta vinculada a la imagen n°30

Es tu primera guardia como médico de emergencias en una UVI móvil y asistes a un hombre de unos 50 años que acaba de desplomarse al suelo bruscamente. Cuando le exploras el paciente está inconsciente y no respira. Has comprobado que tampoco tiene pulso por lo que comienzas a realizar compresiones torácicas y ventilaciones a un ritmo 30:2. Uno de tus compañeros del equipo sanitario ha colocado las palas del monitor-desfibrilador y en la pantalla del monitor aparece la imagen que se muestra. ¿Qué actuación es la prioritaria en este caso?

1. Seguir con el masaje cardiaco y aislar la vía aérea mediante intubación orotraqueal.
2. Conseguir un acceso venoso para administrar adrenalina.
3. Cargar el desfibrilador y aplicar una descarga para continuar inmediatamente con el masaje cardiaco.
4. Avisar al centro coordinador de emergencias para que os envíen ayuda.

31. Pregunta vinculada a la imagen n°31

El paciente con el ECG 1°, recibe un fármaco. Se muestra la secuencia electrocardiográfica post-tratamiento (2° y 3°). ¿Cuál es el fármaco administrado?

1. Verapamilo.
2. Atenolol.
3. Adenosina.
4. Digoxina.

32. Pregunta vinculada a la imagen n°32

¿Cuál de las siguientes estructuras corresponde

a la arteria vertebral?

1. 1.
2. 2.
3. 3.
4. 4.

33. Pregunta vinculada a la imagen n°33
¿Cuál es el diagnóstico radiológico?

1. Lesiones líticas en palas ilíacas.
2. Abombamiento de línea renopsoas derecha sugestivo de adenopatías.
3. Esplenomegalia.
4. Sacroileítis izquierda.

34. Pregunta vinculada a la imagen n°34
De las siguientes estructuras óseas señale la apófisis odontoides:

1. 1.
2. 2.
3. 3.
4. 4.

35. Pregunta vinculada a la imagen n°35
Mujer de 25 años, sin antecedentes de interés, que presenta una adenopatía cervical indolora de 3 cm de diámetro, de crecimiento lento y de dos meses de evolución. La enferma refiere fiebre y sudoración nocturna. Se le practica biopsia de la adenopatía. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

1. Sarcoidosis.
2. Toxoplasmosis.
3. Tuberculosis.
4. Linfoma.

36. En relación con la anatomía de la vena porta una de las siguientes afirmaciones es FALSA:

1. Anatómicamente se forma por detrás del cuello del páncreas.
2. Al igual que muchas otras venas del organismo, sus paredes tienen válvulas.
3. En el hilio hepático suele estar detrás de la arteria hepática.
4. Su bifurcación presenta menos variantes anatómicas que los conductos biliares.

37. ¿Cuál de las siguientes arterias NO es rama de la arteria carótida externa?

1. Arteria lingual.
2. Arteria facial.

3. Arteria oftálmica.
4. Arteria temporal superficial.

38. ¿Qué tipo de necrosis es característica del infarto agudo de miocardio?

1. Necrosis licuefactiva.
2. Necrosis coagulativa.
3. Necrosis caseosa.
4. Necrosis fibrinoide.

39. Mujer de 58 años con antecedente de tiroiditis de Riedel. Presenta dolor abdominal, pérdida de peso e ictericia obstructiva. Ante la sospecha radiológica de carcinoma de páncreas, se realiza una duodenopancreatectomía cefálica. En el estudio anatomopatológico no encontramos un carcinoma, sino abundantes células inflamatorias con tendencia a rodear ductos, marcada fibrosis, flebitis obliterante y más de 50 células plasmáticas IgG4+ por campo de gran aumento. ¿Cuál es el diagnóstico?

1. Hamartoma pancreático.
2. Pancreatitis autoinmune.
3. Malacoplaquia.
4. Pancreatitis del surco.

40. El hallazgo histológico que permite un diagnóstico de esófago de Barrett en una biopsia es la presencia de:

1. Epitelio plano papilomatoso.
2. Epitelio columnar especializado con células caliciformes.
3. Infiltrado inflamatorio mononuclear.
4. Acantosis glucogénica.

41. ¿Cuál de estos fármacos está contraindicado en embarazadas por el riesgo de malformaciones congénitas?

1. Gentamicina.
2. Dexametasona.
3. Isotretinoína.
4. Alfa-metildopa.

42. ¿Cuál es la consecuencia de un alto volumen aparente de distribución de un fármaco?

1. Menor concentración en plasma.
2. Mayor velocidad de eliminación.
3. Mayor efecto farmacológico.
4. Mayor unión a proteínas plasmáticas.

43. Señale la respuesta CORRECTA. En pacientes metabolizadores lentos del CYP2D6 se esperaría

encontrar:

1. Una reducción de la eficacia analgésica de codeína.
2. Ineficacia del tratamiento con acenocumarol.
3. Potenciación del efecto sinérgico de codeína con paracetamol.
4. Requerimiento de una dosis superior de amitriptilina.

44. Los beta-lactámicos son el grupo más numeroso de antibióticos. Uno de los aspectos NEGATIVOS de este grupo de antibióticos es:

1. La ausencia de derivados que se absorban bien por vía oral.
2. La falta de derivados con actividad antibacteriana sobre pseudomona aeruginosa.
3. La posibilidad de cualquiera de sus derivados, de producir reacciones alérgicas graves.
4. La necesidad de asociar inhibidores de beta-lactamasas, a cualquier derivado, para evitar las resistencias bacterianas.

45. Señale cuál de los fármacos enumerados a continuación y empleados en el tratamiento de la hipertensión arterial pulmonar NO es un análogo de la prostaciclina:

1. Iloprost.
2. Riociguat.
3. Treprostinil.
4. Epoprostenol.

46. El ser humano NO puede:

1. Convertir glucosa en lactato.
2. Transformar hidratos de carbono en ácidos grasos.
3. Transformar ácidos grasos en hidratos de carbono.
4. Convertir piruvato en glucosa.

47. El glucógeno es un polisacárido ramificado de alto peso molecular formado por moléculas de glucosa unidas entre sí por enlaces alfa-1,4 que forman largas cadenas que se ramifican cada 12-18 unidades por enlaces alfa-1,6. En relación al metabolismo del glucógeno, ¿cuál es la respuesta FALSA?

1. En el proceso de glucogenolisis se produce la degradación de glucógeno hasta glucosa-1-fosfato.
2. El glucógeno se puede acumular de forma anormal en las neuronas, como en la enfermedad de Lafora.
3. Las glucogenosis que afectan al hígado se presentan normalmente con hepatomegalia e

hiperglucemia como primera sintomatología clínica.

4. La adrenalina regula el metabolismo del glucógeno.

48. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es CIERTA referente a la Angiotensina II en la filtración glomerular?

1. Angiotensina II contrae preferentemente las arteriolas eferentes en la mayoría de los estados fisiológicos, elevando la presión hidrostática glomerular.
2. Las arterias aferentes, son especialmente sensibles a la dilatación mediada por Angiotensina II en la mayoría de los estados fisiológicos asociados con la activación del sistema renina-angiotensina.
3. Las concentraciones de Angiotensina II aumentadas disminuyen la presión hidrostática glomerular, aumentando el flujo sanguíneo renal.
4. Angiotensina II, con su acción de constricción arteriolar, contribuye a la disminución de la reabsorción de sodio y agua.

49. Los principales combustibles del cerebro en caso de ayuno prolongado son:

1. Los aminoácidos procedentes del hígado.
2. Los cuerpos cetónicos procedentes del músculo.
3. Los ácidos grasos procedentes del tejido adiposo.
4. Los cuerpos cetónicos procedentes del hígado.

50. La hepcidina tiene un papel central en la homeostasis del hierro. ¿Cuál de estas afirmaciones es cierta?

1. Su ausencia determina la sobrecarga de hierro.
2. El exceso de la misma permite aumentar la absorción intestinal de hierro.
3. Se produce principalmente en el riñón.
4. Su síntesis no está influida por el hierro ingerido.

51. Respecto a los patrones de herencia de las enfermedades de origen genético, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?

1. Una característica de las enfermedades con herencia autosómica dominante es la existencia de portadores asintomáticos.
2. Las enfermedades hereditarias ligadas al cromosoma Y son más frecuentes que las ligadas al cromosoma X.

- No es posible la transmisión de una enfermedad con mutaciones del ADN mitocondrial desde un varón afectado a su descendencia.
- La herencia poligénica es una de las formas clásicas de herencia mendeliana.

52. Una pareja con un primer hijo varón (caso índice) afecto de fibrosis quística (mucoviscidosis) acude a la consulta de consejo genético. El diagnóstico molecular indica que el caso índice es homocigoto para la mutación F508del y sus padres portadores heterocigotos. El genetista clínico les informará acerca de la forma de transmisión de la enfermedad. ¿Qué afirmación es la correcta?

- La probabilidad de que el siguiente descendiente esté afecto es del 25%.
- La probabilidad de que el siguiente descendiente esté afecto es del 50%.
- Al haber tenido un hijo afecto, el siguiente descendiente también estará afecto.
- Al haber tenido un hijo homocigoto F508del, el siguiente descendiente será portador heterocigoto (67%) o de genotipo homocigoto sin la mutación (33%).

53. ¿Cuál es el mecanismo genético subyacente a la distrofia miotónica tipo 1 o enfermedad de Steinert?

- La expansión de un trinucleótido en el gen ZNF9.
- La duplicación de regiones concretas del gen CNBP.
- La presencia de mutaciones puntuales en el gen DMPK.
- La expansión de un trinucleótido en el gen DMPK.

54. Isabel tiene tres hijos varones y una hija (María), todos ellos sanos. Un hermano y un tío materno de Isabel fallecieron por estar afectados de la enfermedad de Duchenne; una enfermedad recesiva ligada al cromosoma X. Actualmente, María desea quedarse embarazada y quiere conocer el riesgo de transmitir la enfermedad a su descendencia. Con los datos recogidos, ¿cuál es la probabilidad de que María sea portadora de la enfermedad de Duchenne?

- 2/3.
- 1/2.
- 1/4.
- Menos de 1/4.

55. Señale la respuesta correcta en relación a la carcinogénesis:

- Los oncogenes se comportan de forma dominante.
- La mutación de genes supresores de tumores origina una activación de su función normal.
- El gen RB es un oncogen.
- El gen RAS es un gen supresor de tumores.

56. Respecto a la enfermedad hemolítica del recién nacido, señale la respuesta correcta:

- Es una reacción mediada por IgE.
- Está mediada por anticuerpos de la clase IgG de la madre.
- Está mediada por anticuerpos del recién nacido.
- Es una reacción mediada por células T CD8+.

57. Los receptores para el antígeno de los linfocitos se denominan clonotípicos porque:

- Cada linfocito y su descendencia (clona) expresa un único tipo de ellos con una sola especificidad antigénica.
- Cada linfocito y su descendencia (clona) expresa un único tipo de ellos con varias especificidades antigénicas.
- Varios linfocitos y sus descendencias (clonas) expresan varios tipos de ellos con varias especificidades antigénicas.
- Tras clonaje molecular y reordenamiento genético, los linfocitos adquieren especificidad antigénica clonal.

58. En el asma bronquial alérgico, una de estas moléculas es la responsable del aumento de síntesis de IgE:

- Interferón gamma.
- Interleucina 1.
- Interleucina 4.
- Interleucina 5.

59. Una urticaria inducida por fármacos puede ser causada por los siguientes mecanismos EXCEPTO:

- Una respuesta dependiente de IgE.
- Por inmunocomplejos circulantes.
- Activación no inmunológica de la vía efectora.
- Un déficit de capsaicina.

60. ¿Cuál de estos receptores de las células del sistema inmune se localizan exclusivamente en el citoplasma celular?

- Nod-like receptors (NLR).

2. Receptor del linfocito T alfa-beta (TcR alfa-beta).
3. Toll-like receptors (TLR).
4. Receptor del linfocito T gamma-delta (TcR gamma-delta).

61. Hombre de 62 años que acude a urgencias del hospital por presentar fiebre de 38,3°C y escalofríos. Está taquicárdico y taquipnéico. Analítica de sangre: leucocitosis con desviación izquierda. La presión arterial es de 90/60 mmHg. No se escuchan soplos en la auscultación cardíaca y la RX de tórax descarta una neumonía. Como historial de interés refiere infecciones del tracto urinario de repetición. Hace una semana el médico de cabecera le recetó cefuroxima, fármaco que está tomando actualmente. Se le extraen dos hemocultivos y se remite orina para examen del sedimento y cultivo microbiológico. El sedimento es patológico, con intensa piuria, pero nitritos negativos. A las 24 horas se informa desde el laboratorio de microbiología que tanto la orina como los hemocultivos remitidos son positivos y en ellos se observa cocos grampositivos agrupados en cadenas, pendientes de identificación y antibiograma. A la espera del resultado definitivo, ¿qué recomendaría usted?

1. Continuar con cefuroxima a la espera del resultado definitivo, pues el paciente ha llevado múltiples tratamientos y no deberíamos equivocarnos en su tratamiento actual.
2. Cambiar a ertapenem, pensando en la posibilidad de microorganismos multirresistentes.
3. Cambiar a un tratamiento antimicrobiano de amplio espectro que cubra Enterococcus spp.
4. Cambiar a un tratamiento antimicrobiano de amplio espectro que contenga imipenem, pensando en la posibilidad de Staphylococcus aureus, ya que nuestro hospital tiene una elevada incidencia de S. aureus resistente a metilina (SARM)

62. ¿Qué respuesta es CIERTA respecto a Candida albicans?

1. Es el principal agente causante de neumonía asociada a ventilación mecánica en las unidades de críticos.
2. Es un hongo filamentoso que requiere medios con sangre de cordero para su aislamiento en el laboratorio de microbiología.
3. Se destruye masivamente en presencia de fluorquinolonas.
4. Las infecciones causadas por este hongo suelen responder bien a los compuestos azólicos.

63. ¿Cuál de estas micobacterias NO pertenece al complejo Mycobacterium tuberculosis?

1. Mycobacterium bovis.
2. Mycobacterium kansasii.
3. Mycobacterium africanum.
4. Bacilo de Calmette-Guerin (BCG).

64. ¿Cuál es el agente bacteriano más común de la neumonía adquirida en la comunidad en la infancia?

1. Streptococcus pneumoniae.
2. Hemophilus influenzae B.
3. Mycoplasma pneumoniae.
4. Staphylococcus aureus.

65. Los antifúngicos equinocandinas poseen un mecanismo de acción basado en:

1. Inhibición de la síntesis proteica por interacción con la subunidad 30S del ribosoma.
2. Alteración de la topoisomerasa II con afectación de la replicación del ADN.
3. Inhibición de la sintasa de beta-1,3 glucano implicada en la síntesis de la pared celular fúngica.
4. Inhibición de la polimerasa fúngica implicada en la síntesis del ARN del hongo.

66. En relación con las taquicardias supraventriculares, señale la respuesta CORRECTA:

1. La más frecuente es la taquicardia por reentrada aurículo-ventricular por una vía accesoria.
2. El “signo de la rana” (ondas a visibles en el pulso yugular) es típico de la taquicardia auricular.
3. El masaje del seno carotídeo es útil para revertir un episodio de flutter auricular.
4. El tratamiento de elección de la taquicardia por reentrada intranodal recurrente es la ablación con radiofrecuencia.

67. ¿Cuál de los siguientes hallazgos NO se encuentra en la miocardiopatía restrictiva?

1. Función sistólica normal o ligeramente reducida.
2. Presiones de llenado izquierda y derecha elevadas.
3. Movimiento sistólico anterior de la válvula mitral.
4. Bajo voltaje y alteraciones de la conducción en el electrocardiograma.

68. Mujer de 87 años con antecedentes de hipertensión arterial, ingresada hace 48 horas en la unidad coronaria por infarto agudo de miocardio

con elevación de ST de localización anterior. Avisa por disnea. En la exploración destaca soplo sistólico con frémito, irradiado al borde esternal derecho que no estaba presente al ingreso. ¿Qué complicación sospecha usted?

1. Insuficiencia cardíaca por necrosis extensa.
2. Aneurisma anterior.
3. Rotura de la pared libre del ventrículo izquierdo.
4. Rotura en el tabique interventricular.

69. Señale la respuesta FALSA en relación al tratamiento quirúrgico de los aneurismas de aorta torácica:

1. La sustitución de la aorta aneurismática por un injerto está indicada cuando el diámetro de la aorta ascendente es mayor de 4,5 cm.
2. En pacientes con diagnóstico de enfermedad de Marfan o válvula aórtica bicúspide, se considerará el tratamiento quirúrgico cuando la aorta tenga entre 4 y 5 cm de diámetro.
3. Se considera necesario intervenir sobre la aorta torácica descendente aneurismática si su diámetro es superior a 6 cm.
4. Se recomienda sustituir la aorta aneurismática cuando, en un periodo de 1 año, se observa un incremento del diámetro del aneurisma de más de 1 cm.

70. En una situación de insuficiencia cardíaca, el corazón presenta distintos mecanismos adaptativos. ¿Cuál de los siguientes NO es correcto?

1. Inhibición del sistema arginina-vasopresina, que genera vasoconstricción y retención hidrosalina.
2. Desarrollo de hipertrofia miocárdica, para normalizar la sobrecarga de la pared ventricular.
3. Activación del sistema nervioso simpático, que aumenta la contractilidad ventricular.
4. Alteraciones en la producción de energía en el miocardio y modificaciones en la matriz extracelular de los miocardiocitos.

71. Hombre de 84 de edad, con insuficiencia cardíaca crónica en grado funcional II secundario a cardiopatía isquémica con disfunción sistólica grave no revascularizable, enfermedad renal crónica estadio 3 (filtrado glomerular 45-50 mL/min) y fibrilación auricular permanente con frecuencia cardíaca >80 latidos por minuto. ¿Cuál de los siguientes fármacos NO aporta beneficio al paciente según la evidencia disponible en la actualidad?

1. Ivabradina.
2. Inhibidores de la enzima convertidora de

angiotensina.

3. Anti-aldosterónicos.
4. Beta-bloqueantes.

72. Un hombre de 45 años, con antecedentes de un cuadro febril y dolor torácico, acude al hospital con disnea y taquipnea. En la exploración física las cifras de presión arterial están bajas, la presión venosa yugular elevada con un seno x descendente prominente y tiene pulso paradójico. ¿Qué diagnóstico sospecharía?

1. Miocardiopatía dilatada.
2. Derrame pericárdico con taponamiento cardíaco.
3. Pericarditis constrictiva.
4. Cardiopatía isquémica.

73. La presencia en el cateterismo cardíaco derecho de una presión media de la arteria pulmonar > de 25 mm de Hg y una presión enclavada (o capilar) pulmonar > de 15 mm de Hg, es definitorio de:

1. Hipertensión arterial pulmonar idiopática.
2. Hipertensión arterial pulmonar asociada a conectivopatía.
3. Hipertensión pulmonar secundaria a cardiopatía izquierda.
4. Hipertensión pulmonar tromboembólica crónica.

74. La localización más frecuente de la trombosis venosa profunda es:

1. Plexos venosos de los músculos sóleos.
2. Sector femoral en el muslo.
3. Sector iliaco.
4. Vena cava inferior.

75. Respecto a la cirugía de resección del adenocarcinoma de cabeza de páncreas señale cuál es la técnica más empleada:

1. La duodenopancreatectomía cefálica con linfadenectomía regional.
2. La pancreaticoyeyunostomía, que consiste en la derivación del ducto pancreático al intestino.
3. La pancreatectomía corporo-caudal por laparoscopia.
4. La enucleación del tumor sin necesidad de linfadenectomía.

76. Mujer de 78 años con demencia e institucionalizada es traída por sus cuidadores por dolor abdominal importante con deterioro del estado general y distensión abdominal. Analítica con

leucocitosis, hematocrito elevado, insuficiencia renal y acidosis metabólica. El ECG muestra fibrilación auricular. La tomografía abdominal detecta asas de intestino delgado edematizadas, con neumatosis intestinal y portal. El diagnóstico más probable es:

1. Perforación de úlcus gástrico o duodenal.
2. Íleo biliar.
3. Neoplasia obstructiva de sigma con perforación.
4. Isquemia mesentérica.

77. Mujer de 80 años que acude urgencias con dolor abdominal de inicio en epigastrio e irradiado posteriormente a fosa iliaca izquierda. Se acompaña de fiebre de 37,5°C. Se le realiza una TC abdominal, objetivando inflamación en las paredes del sigma y absceso mesentérico de 2 cm. El tratamiento de elección es:

1. Ingreso en planta con dieta absoluta y tratamiento antibiótico de amplio espectro.
2. Colostomía de descarga.
3. Drenaje mediante cirugía laparoscópica.
4. Cirugía urgente con sigmoidectomía y anastomosis colorrectal.

78. Hombre de 52 años de edad derivado al servicio de digestivo por cuadro de hematoquezia, tenesmo y reducción del diámetro de las heces. Se realizan una serie de pruebas, diagnosticándose un adenocarcinoma de sigma sin metástasis a distancia. El paciente es intervenido quirúrgicamente y remitido a la consulta de oncología médica para valorar tratamiento quimioterápico complementario. ¿Cuál de los siguientes factores es de mal pronóstico tras la resección quirúrgica y habrá que tener en cuenta a la hora de planificar el tratamiento de quimioterapia?

1. La presencia de anemia al diagnóstico.
2. La existencia de antecedentes familiares de cáncer colorrectal.
3. El tamaño de la lesión primaria y la diferenciación histológica.
4. La perforación o adhesión del tumor a órganos adyacentes.

79. En la colitis ulcerosa, ¿qué factor NO incrementa el riesgo de neoplasia colorrectal?

1. El tiempo de evolución.
2. La afectación extensa de la enfermedad.
3. La coexistencia de cirrosis biliar primaria.
4. Los antecedentes familiares de cáncer colorrectal.

80. Hombre de 56 años, fumador y bebedor, que

presenta disfagia principalmente a sólidos, regurgitaciones y dolor retroesternal. Se le realiza endoscopia, encontrando tumoración de 3 cm estenosante en esófago distal. La biopsia es informada como adenocarcinoma. En la TC torácica se observa engrosamiento de 2 cm en esófago torácico sin metástasis a distancia. En la ecografía transesofágica se observa tumoración que invade la muscular, sin observar adenopatías mediastínicas. ¿Cuál es el tratamiento de elección?

1. Quimioradioterapia neoadyuvante y posteriormente esofagectomía.
2. Radioterapia como tratamiento definitivo.
3. Colocación de prótesis de tipo stent.
4. Esofagectomía y plastia gástrica con anastomosis cervical.

81. Mujer de 39 años, diagnosticada de diabetes mellitus tipo 1 hace más de 20 años. Desde hace varios meses refiere presentar cuadros de náuseas, con algunos vómitos alimentarios y distensión abdominal. Ha perdido 6 Kg de peso. Gastroscopia: esófago normal, estómago con restos alimentarios y resto de la exploración hasta segunda porción duodenal sin alteraciones. ¿Qué prueba considera que es de mayor utilidad para su diagnóstico?

1. Ecografía de abdomen.
2. Manometría esofágica.
3. TC de abdomen.
4. Estudio isotópico de vaciamiento gástrico.

82. Hombre de 35 años de edad sin antecedentes patológicos de interés que acude a urgencias por presentar un cuadro de inestabilidad tras un episodio de deposiciones negras como el alquitrán. En la sala de urgencias se objetiva hipotensión arterial que se recupera con fluidoterapia convencional. Hemoglobina al ingreso 8 g/dL, hematocrito 25 %. En los siguientes días continúa con episodios melénicos y descenso del hematocrito que necesitan la transfusión de 3 concentrados de hematíes. Se practicó colonoscopia y endoscopia digestiva alta, no encontrando causa alguna de su cuadro hemorrágico. Tras una semana de ingreso hospitalario y la transfusión de 4 unidades de concentrados de hematíes continúa con melenas. El siguiente paso a seguir es:

1. Intervención quirúrgica inmediata.
2. Cápsula endoscópica.
3. Enteroscopia quirúrgica.
4. Continuar con tratamiento conservador y solicitar arteriografía.

83. Mujer de 30 años de edad, embarazada de 33

semanas, que consulta por prurito de una semana de evolución. Las pruebas hepáticas muestran un leve incremento en los valores de transaminasas (AST 77 UI/L y ALT 84 UI/L), así como de fosfatasa alcalina (155 UI/L) y gamma-glutamyl-transpeptidasa (125 UI/L), con una cifra de bilirrubina total de 2,3 mg/dL. El hemograma y el estudio de coagulación son normales, la ecografía abdominal no muestra alteraciones hepáticas ni biliares y la serología de virus de hepatitis, así como los autoanticuerpos son negativos. ¿Cuál de las siguientes actitudes es la correcta?

1. Realizar una biopsia hepática para establecer el diagnóstico de la enfermedad hepática.
2. Tratar a la paciente con ácido ursodesoxicólico, ya que probablemente se trata de una colestasis intrahepática benigna del embarazo.
3. Interrumpir el embarazo ya que el diagnóstico más probable es el hígado graso agudo del embarazo.
4. Realizar una resonancia magnética para descartar una colangitis esclerosante primaria.

84. Un hombre de 67 años con cirrosis alcohólica en seguimiento por el servicio de hepatología es diagnosticado de un hepatocarcinoma de 3 cm de diámetro localizado en el lóbulo izquierdo, segmento 3. Sometido a estudio para valoración del tratamiento a seguir se demuestra que el paciente no tiene hipertensión portal, presenta una función hepática normal un MELD score de 7 y un Child-Pugh grado A. La alfa-fetoproteína es inferior a 50 ng/mL y no se han objetivado metástasis a distancia. ¿Cuál es el tratamiento más indicado en este paciente?

1. Aplicar inyección de etanol percutánea.
2. Resección hepática.
3. Trasplante hepático.
4. Quimioembolización transarterial.

85. Joven de 24 años que presenta anemia ferropénica crónica de origen no filiado, con ileocolonoscopía y esofagogastroduodenoscopia sin lesiones. Se realiza estudio con cápsula endoscópica observando úlceras aisladas a nivel de yeyuno distal. ¿En cuál de las siguientes enfermedades se encuentran estas lesiones?

1. Enfermedad de Whipple.
2. Neumatosis quística intestinal.
3. Esprúe celíaco refractario.
4. Enteritis eosinofílica.

86. En el síndrome de colon irritable, es cierto que:

1. Los estudios rutinarios de laboratorio (análisis)

muestran anomalías específicas de este síndrome.

2. Dentro de los síntomas que nos hacen pensar en un colon irritable se encuentran: dolor abdominal nocturno, dolor progresivo y pérdida de peso.
3. Cursa con diarrea o estreñimiento; si se manifiestan ambos, queda descartada esta entidad.
4. En pacientes con colon irritable con predominio de diarrea, el estudio diagnóstico debe incluir: cultivo de heces, cribado de enfermedad celíaca, colonoscopia con biopsias.

87. ¿Qué afirmación sobre el cáncer de páncreas es correcta?

1. Los factores de riesgo implicados en esta neoplasia incluyen tabaquismo, obesidad y pancreatitis aguda.
2. La prueba diagnóstica de imagen más adecuada es la TC helicoidal sin contraste y doble fase.
3. Es necesaria la confirmación diagnóstica anatomopatológica preoperatoria antes de realizar el tratamiento quirúrgico con finalidad curativa.
4. La alteración genética detectada con más frecuencia es la delección del gen p16.

88. ¿Cuál es el tratamiento de elección de un hombre de 38 años diagnosticado de enfermedad de Cushing en relación con un macroadenoma hipofisario de 22 mm de diámetro?

1. Probar inicialmente tratamiento médico y, en caso de no ser efectivo, recurrir a cirugía.
2. Adrenalectomía.
3. Resección quirúrgica selectiva del adenoma.
4. Radioterapia para intentar disminuir el tamaño tumoral.

89. Una mujer de 55 años, diabética tipo 2 y obesa, en tratamiento con metformina, con Hb A1c de 8%, cuenta historia de infecciones urinarias de repetición. ¿Cuál de las siguientes opciones terapéuticas para asociar a la metformina considera la MENOS adecuada?

1. Inhibidores DPP4.
2. Análogos GLP1.
3. Insulina basal.
4. Inhibidores SGLT2.

90. ¿Cuál de los siguientes fármacos se ha demostrado eficaz en la reducción de la fibrosis en paciente con esteatohepatitis no alcohólica?

1. Pioglitazona.
2. Pentoxifilina.

3. Ácido ursodesoxicólico.
 4. Fenofibrato.
91. Una mujer de 27 años de edad consulta por presentar amenorrea secundaria de un año de evolución. No refiere antecedentes yatrogénicos. Analíticamente, la concentración de estradiol es inferior a la normalidad y el valor de prolactina es de 12 ng/mL. Indique cuál de las exploraciones que se citan a continuación solicitaría como primera medida para tratar de filiar el origen del trastorno:
1. Resonancia magnética hipotálamo-hipofisaria.
 2. Cariotipo.
 3. FSH basal.
 4. Estimulación con gonadotropina coriónica.
92. Mujer de 34 años que ingresa para estudio de poliuria y polidipsia. En las primeras 24 horas de ingreso se constata una diuresis de 8,2 litros y se obtiene una analítica que muestra una glicemia de 96 mg/dL, natremia de 148 mEq/L y osmolalidad plasmática de 309 mOsm/kg con osmolalidad urinaria de 89 mOsm/kg. ¿Qué prueba diagnóstica debe realizarse a continuación?
1. Test de infusión de suero salino hipertónico para determinación seriada de hormona anti-diurética.
 2. Test de deshidratación (test de Miller).
 3. Administración de desmopresina con control seriado de osmolalidad en orina.
 4. Determinación de hormona anti-diurética en plasma.
93. Joven de 24 años de edad, estudiante de matemáticas, que acude a la consulta para confirmar la sospecha diagnóstica después de realizar una consulta en Google. Desde la infancia tiene episodios de dolor intenso, lancinante, en manos y pies, de duración entre minutos y días. Los relaciona con el ejercicio físico, el estrés o la fiebre, y fue diagnosticado de "dolores del crecimiento". Posteriormente nota que no tiene sudoración después de hacer deporte. Además ha observado lesiones cutáneas puntiformes, de color rojo oscuro, en "la zona del traje de baño", consideradas inespecíficas. Consigue el diagnóstico después de reunir tres claves (neuropatía dolorosa, hipohidrosis y angioqueratomas). ¿Cuál cree Ud. que es el diagnóstico?
1. Enfermedad de Fabry.
 2. Enfermedad de Pompe.
 3. Polineuropatía amiloidótica hereditaria.
 4. Enfermedad de Gaucher.
94. Un paciente de 73 años presenta en el test de deglución una disfagia neurológica completa, secundaria a un ictus cardioembólico en el territorio de la arteria cerebral media izquierda. Va a precisar apoyo nutricional a largo plazo. De las siguientes modalidades de tratamiento, ¿cuál considera más indicada para este caso?
1. Nutrición enteral por sonda nasogástrica.
 2. Nutrición enteral por sonda nasoduodenal.
 3. Nutrición enteral por gastrostomía.
 4. Nutrición enteral por yeyunostomía.
95. Mujer de 45 años de edad que acude al servicio de urgencias por cuadro confusional que se acompaña de disfonía. A la exploración presenta masa palpable en el cuello y en el análisis de sangre cifras de calcio plasmático de 15 mg/dL (normal hasta 10,2 mg/dL). Ante estos hallazgos, ¿cuál de los siguiente diagnósticos debe sospecharse?
1. Carcinoma paratiroideo.
 2. Carcinoma medular de tiroides.
 3. MEN tipo I.
 4. Adenoma de paratiroides.
96. Mujer de 64 años. Menopausia a los 54 años. Dos embarazos y partos eutócicos. No toma ninguna medicación. Acude al servicio de urgencias refiriendo sangrado vaginal de dos días de duración con molestias en hipogastrio. La exploración clínica realizada por el ginecólogo no objetiva lesiones en genitales externos, vagina ni cervix. El tacto vaginal no es concluyente. ¿Cuál de las siguientes conductas le parece más adecuada como primera aproximación diagnóstica?
1. Ecografía transvaginal y medición del espesor endometrial. En función de éste tomar biopsia endometrial o no.
 2. Biopsia endometrial por aspiración en consulta. Con ella puedo obtener el diagnóstico muy fiablemente y es económica.
 3. Histeroscopia con sedación y biopsia dirigida si se ve alguna lesión.
 4. Realizaría un microlegrado, ya que es la prueba que me proporcionaría el diagnóstico definitivo.
97. Mujer de 24 años consulta por dolor abdominal bajo de dos semanas de evolución que ha empeorado con la última relación sexual. Refiere tener pareja reciente con la que sólo ocasionalmente utiliza preservativo. A la exploración presenta regular estado general. T^a de 38,6°C, leucocitos 16.000/uL (85% neutrófilos); PCR 30 mg/L. La exploración con espéculo evidencia

flujo vaginal anormal abundante y movilización cervical dolorosa. Indique la respuesta FALSA:

1. Iniciaríamos tratamiento antibiótico tan pronto como sospechemos el diagnóstico.
2. Indicaríamos como prueba complementaria preferente una histerosalpingografía para valoración tubárica.
3. El retraso en el diagnóstico y tratamiento aumenta la aparición de secuelas.
4. La presencia de absceso sería criterio de hospitalización.

98. Mujer de 21 años de edad que acude a consulta aportando un estudio hormonal con FSH 0,29 mUI/mL (normal en fase folicular = 3,50-12,50 mUI/mL) y LH < 0,1 mUI/mL (normal en fase folicular 2,40-12,60 mUI/mL). Debemos realizar un diagnóstico diferencial entre las siguientes situaciones clínicas EXCEPTO:

1. Administración de anticonceptivos orales combinados.
2. Fallo ovárico prematuro.
3. Trastorno del comportamiento alimentario.
4. Craneofaringioma.

99. Respecto a la incontinencia de orina señale la respuesta FALSA:

1. En la incontinencia urinaria de esfuerzo, un factor precipitante es el ejercicio físico.
2. En la incontinencia de urgencia la frecuencia miccional es normal.
3. La prueba más fiable para establecer un diagnóstico exacto del tipo de incontinencia es el estudio urodinámico.
4. En el tratamiento de la incontinencia de orina de urgencia se utilizan medicamentos anticolinérgicos.

100. Mujer de 34 años de edad que consulta por coitorragias de repetición. Aporta una citología con una lesión intraepitelial de alto grado (H-SIL). Posteriormente se realiza colposcopia y biopsia sobre una zona de mosaico y la histología nos habla de un foco de carcinoma escamoso invasor de 2 mm de longitud. ¿Qué opción terapéutica es la más adecuada para esta paciente?

1. Conización.
2. Histerectomía total sin anexectomía.
3. Radioterapia pélvica con intención curativa.
4. Repetir una biopsia más amplia.

101. ¿Qué características anatomopatológicas presentan, en la mayor parte de los casos, los tumores incluidos en el subtipo molecular de cáncer de mama denominado "basal-like"?

1. Positividad elevada para receptores hormonales, negatividad para HER2 y baja expresión de Ki67.
2. Positividad elevada para receptores hormonales, negatividad para HER2 y alta expresión de Ki67.
3. Ausencia de expresión de receptores hormonales y negatividad para HER2.
4. Ausencia de expresión de receptores hormonales y presencia de HER2 positivo (sobrexpresado o amplificado).

102. Mujer de 64 años, sin comorbilidades relevantes, intervenida de un cáncer de mama derecha mediante una tumorectomía ampliada y biopsia selectiva del ganglio centinela, con el siguiente resultado anatomopatológico: carcinoma ductal infiltrante pobremente diferenciado (grado 3), tamaño de 2,2 cm (pT2), receptores de estrógenos y progesterona positivos, Ki67 25%, HER2 negativo. Presenta afectación macroscópica del ganglio centinela, aunque no hay afectación del resto de ganglios axilares aislados (pN1). ¿Qué tratamiento sistémico adyuvante considera más adecuado para esta paciente?

1. Hormonoterapia adyuvante que incluya inhibidores de aromatasas.
2. Quimioterapia adyuvante, preferentemente con antraciclinas y taxanos, seguida de hormonoterapia.
3. Quimioterapia adyuvante en asociación con el anticuerpo monoclonal trastuzumab, seguida de hormonoterapia.
4. Quimioterapia adyuvante, preferiblemente con antraciclinas y taxanos.

103. ¿Cuál de los siguientes NO es un movimiento en el mecanismo de parto de cabeza?

1. Retroflexión.
2. Flexión.
3. Desprendimiento.
4. Rotación intrapélvica.

104. Mujer de 36 años que acude a la consulta por haber sufrido tres abortos espontáneos en el primer trimestre. No ha tenido ningún embarazo a término. Entre los estudios que solicitará en primer término, NO se incluye:

1. Histerosalpingografía.
2. Cariotipo en sangre periférica de ambos miembros de la pareja.
3. Determinación de anticuerpos antifosfolípidos.
4. Ecografía vaginal.

- 105. ¿Cuál de las siguientes es la secuencia de medidas CORRECTA ante una hemorragia postparto?**
1. Masaje uterino, colocación de sonda vesical, reposición de la volemia, administración de uterotónicos y revisión del canal del parto.
 2. Masaje uterino, colocación de sonda vesical, reposición de la volemia, administración de uterotónicos y ecografía transvaginal.
 3. Masaje uterino, colocación de sonda vesical, reposición de la volemia, administración de uterotónicos y taponamiento uterino.
 4. Masaje uterino, colocación de sonda vesical, reposición de la volemia, administración de uterotónicos y ligadura de arterias uterinas.
- 106. Mujer de 40 años que consulta por anemia. En la analítica destaca Hb 10,5 g/dL, ferropenia, macrocitosis e hipergastrinemia. Tiene antecedentes artropatía lúpica y enfermedad de Graves Basedow. Está en tratamiento con prednisona 15 mg/d, colchicina 0,5 mg cada 12 h y metimazol 10 mg/d. ¿Cuál considera la causa más probable de la anemia?**
1. Pérdidas hemáticas en relación con el tratamiento esteroideo.
 2. Hipoplasia medular 2° a colchicina.
 3. Hemólisis secundaria a la toma de metimazol.
 4. Gastritis tipo A.
- 107. Una mujer de 32 años de edad consulta porque desea quedar embarazada y refiere antecedentes de episodio de embolia de pulmón 7 años antes mientras estaba tomando anticonceptivos orales. Se realizó tratamiento con acenocumarol durante 6 meses. El estudio de trombofilia fue negativo. Se aconseja realizar profilaxis de trombosis venosa en el caso de que quede embarazada. Señale la respuesta correcta:**
1. Debe aconsejarse tratamiento profiláctico con heparina de bajo peso molecular durante el embarazo y hasta 6 semanas posparto.
 2. Debe aconsejarse tratamiento profiláctico con aspirina durante todo el embarazo.
 3. Debe aconsejarse realizar profilaxis con acenocumarol durante todo el embarazo.
 4. Dado que el estudio de trombofilia fue negativo solo se precisa realizar profilaxis de trombosis venosa con medias compresivas para miembros inferiores.
- 108. Respecto al tratamiento anticoagulante indique la respuesta FALSA:**
1. Dabigatran - Inhibidor directo de la trombina.
 2. Plasugrel - Inhibidor de agregación y activación plaquetaria.
 3. Edoxaban - Inhibidor directo de factor Xa.
 4. Idarucizumab - Inhibidor de la activación del plasminógeno.
- 109. Hombre de 35 años con leucemia mieloide aguda sometido a alotrasplante de progenitores hematopoyéticos con acondicionamiento mieloablativo. Se encuentra en tratamiento con tacrolimus en rango terapéutico y profilaxis con aciclovir y un azol. Estando ambulatorio y sin complicaciones previas, acude al hospital en el día +24 postrasplante con eritema cutáneo generalizado que afecta con mayor intensidad a palmas y plantas, cara, cuello, tronco, flancos y cara interna de los muslos. Es de reciente aparición (24-48 horas) y se acompaña de anorexia, náuseas, diarrea acuosa y dolor abdominal. ¿Cuál es la actitud terapéutica más adecuada?**
1. Suspender lo antes posible el tratamiento inmunosupresor con tacrolimus.
 2. Iniciar tratamiento con esteroides a dosis altas.
 3. Iniciar infusión de linfocitos del donante.
 4. Iniciar tratamiento con fotoaféresis extracorpórea.
- 110. Mujer de 64 años, con antecedente de túnel carpiano bilateral. Presenta en los últimos meses un cuadro de astenia y disnea progresiva, hasta hacerse de pequeños esfuerzos. En la analítica destaca un pro-BNP de 2.500 pg/mL, así como la existencia de un componente monoclonal (inmunofijación positiva para cadenas lambda) en suero de 0,4 g/dL. Los niveles de cadenas ligeras libres kappa y lambda son 1,2 y 67,8 mg/dL, respectivamente. Se realiza una punción esternal observándose una plasmocitosis medular del 6%. Ausencia de lesiones líticas en TC de esqueleto entero. ¿Cuál es el diagnóstico de sospecha y la prueba diagnóstica inicial para su confirmación?**
1. Macroglobulinemia de Waldenström - Análisis molecular del gen MYD88.
 2. Mieloma múltiple sintomático - PET/TC.
 3. Amiloidosis AL - Aspirado/biopsia de grasa abdominal.
 4. Síndrome POEMS - Determinación de VEGF.
- 111. Mujer de 17 años que presenta desde la primera menstruación reglas muy abundantes. Refiere epistaxis frecuentes. Hematimetría: Hb 10,5 g/dL, VCM 77 fL, leucocitos 7.200/uL con fórmula normal, plaquetas 182.000/uL. Tiempo de protrombina 12" (12"), TTPa 34" (30"), fibrinógeno 340 mg/dL. Agregación plaquetaria con ADP, colágeno y epinefrina: ausencia de res-**

puesta. Aglutina con ristocetina. En citometría se observa ausencia de Gp IIb-IIIa. ¿Cuál es el diagnóstico?

1. Tromboastenia de Glanzmann.
2. Enfermedad de von Willebrand.
3. Trombocitopenia inmune primaria.
4. Síndrome de Bernard-Soulier.

112. Una joven de 23 años es referida por su obstetra para estudio de trombocitopenia. Sus plaquetas en la primera evaluación prenatal hace un mes fueron de 42.000/uL. Está embarazada de 16 semanas y no refiere manifestaciones hemorrágicas. La exploración física es normal. Hemograma: leucocitos 8.500/uL, Hb 12 g/dL, plaquetas 51.000/uL. La revisión del frotis sanguíneo revela plaquetas en acúmulos. ¿Cuál es la sospecha diagnóstica?

1. Trombocitopenia inmune primaria.
2. Trombocitopenia del embarazo.
3. Seudotrombocitopenia por EDTA.
4. Púrpura trombótica trombocitopénica.

113. Con respecto al trasplante de progenitores hematopoyéticos señale la afirmación FALSA:

1. En pacientes que carecen de un donante familiar o no emparentado HLA-idéntico se puede emplear la sangre de cordón umbilical como fuente alternativa.
2. En pacientes que carecen de un donante familiar o no emparentado HLA-idéntico se pueden emplear células progenitoras de un donante haploidéntico.
3. En el trasplante autólogo las células se encuentran criopreservadas y han de descongelarse previo a su administración.
4. El efecto injerto contra leucemia es mayor en el trasplante autólogo que en el alogénico.

114. Hombre de 34 años que consulta en el servicio de urgencias por disuria y quemazón en el meato uretral, con presencia de una secreción blanquecina y espesa que sale a través del meato desde hace 3 días. ¿Cuál de las siguientes respuestas es FALSA?

1. Hay que obtener una muestra del exudado uretral para realizar el diagnóstico etiológico.
2. Se realizará tratamiento empírico con ceftriaxona intramuscular y azitromicina vía oral en dosis únicas, en espera de los resultados microbiológicos.
3. Hay que realizar antibiograma en los casos en que se aísle *N. gonorrhoeae*.
4. A las 2-3 semanas de la administración del tratamiento, hay que obtener nuevas muestras uretrales para confirmar la curación micro-

biológica.

115. Mujer de 65 años, sometida a trasplante de precursores hematopoyéticos hace 30 días y neutropenia grave. Comienza con tos y expectoración hemoptoica además de fiebre y disnea de moderados esfuerzos que no mejora a pesar de cinco días de tratamiento con amoxicilina-clavulánico (875/125 mg/8 h) y levofloxacino (500 mg/12 h). En la radiografía de tórax se observan múltiples nódulos pulmonares mal definidos, alguno de ellos cavitado. De entre los siguientes, ¿cuál es el diagnóstico de sospecha más probable?

1. Embolismos sépticos.
2. Aspergilosis pulmonar invasiva.
3. Neumonía por *Estafilococo aureus*.
4. Candidiasis sistémica.

116. Hombre de 38 años que acude a urgencias por cuadro de fiebre por encima de 39°C y deterioro del nivel de conciencia tras haber realizado un viaje a Guinea Ecuatorial sin profilaxis antimalárica. En la analítica destaca: creatinina de 3,4 mg/dL, AST 764 U/L, ALT 678 U/L. El laboratorio informa de la visualización en sangre de un *Plasmodium falciparum* con un nivel de parasitemia del 6%. ¿Qué tratamiento instauraría en este momento?

1. Mefloquina por vía oral.
2. Artesunato intravenoso.
3. Doxiciclina por vía oral.
4. Sulfato de quinina por vía oral.

117. Hombre de 85 años portador de catéter venoso periférico que, una semana después de estar hospitalizado por un ictus, comienza con tiritona y fiebre. Se realizan hemocultivos y desde microbiología se informa que están creciendo cocos gram positivos en racimos. En espera del antibiograma, ¿cuál es el tratamiento antibiótico más adecuado?

1. Cefazolina.
2. Cloxacilina.
3. Vancomicina.
4. Linezolid.

118. Luis es un joven de 25 años que sufrió esplenectomía tras accidente de bicicleta hace 1 año. Tiene un perro que le mordió hace 24 horas y le ha producido una pequeña herida en la mano derecha. Acude a su centro de salud (situado a 3 horas del hospital más cercano) por fiebre de 39°C, dolor en la herida y malestar general. A la exploración PA 100/60 mm Hg, FC 110 latidos por minuto, ligera inflamación en la herida sin

pus. ¿Cuál de las siguientes actuaciones está más indicada en este momento?

1. Enviar al hospital para vacunar de rabia y tétanos y mantener en observación.
2. Limpiar la herida y administrar gammaglobulina inespecífica intramuscular.
3. Dar 400 mg de moxifloxacino oral y enviar al hospital.
4. Dar clindamicina 600 mg oral cada 8 horas y observación.

119. Mujer de 38 años de edad de profesión veterinaria, encargada de la vigilancia de animales salvajes y de ayudar a partos de ganado doméstico. Comienza con un cuadro de fiebre alta con escalofríos, cefalea, mialgias y tos no productiva que interpreta como un proceso gripal. Acude por presentar dolor torácico. En la radiografía de tórax se objetivan infiltrados pulmonares bilaterales en campos inferiores. Se realiza una prueba serológica con elevación de títulos de anticuerpos frente a antígenos en fase II. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es CIERTA?

1. La forma de transmisión de esta entidad es por garrapatas.
2. Tanto la doxiciclina como la hidroxiquina son eficaces para tratar las formas agudas de esta enfermedad.
3. En su forma aguda también presenta, generalmente, elevación de anticuerpos frente a antígenos en fase I.
4. La mortalidad en las formas agudas es casi inexistente.

120. ¿Cuál es la pauta estándar actual, en nuestro medio, de tratamiento de la tuberculosis pulmonar?

1. Isoniazida + rifampicina + pirazinamida (6 meses).
2. Isoniazida + rifampicina + pirazinamida + etambutol (2 meses) seguido de isoniazida + rifampicina (4 meses).
3. Isoniazida + rifabutina + etambutol (9 meses).
4. Isoniazida + rifampicina + pirazinamida (2 meses) seguido de isoniazida + rifampicina (4 meses).

121. Hombre de 45 años que consulta por tos productiva, dolor pleurítico en costado derecho y fiebre de 48 h de evolución. Se aprecia una saturación basal de O₂ del 88% y estertores en base derecha. La RX de tórax muestra una consolidación basal derecha. Tiene antecedentes de infección por VIH bien controlada con antirretrovirales (linfocitos CD4 550 cel/uL y carga viral de VIH indetectable). ¿Cuál de los tratamientos anti-

microbianos empíricos que se citan a continuación le parece más adecuado?

1. Ceftriaxona 2 g y azitromicina 500 mg cada 24 horas.
2. Ceftriaxona 2 g, azitromicina 500 mg cada 24 horas y trimetoprim-sulfametoxazol 5 mg/kg/8 h (basado en dosis de trimetoprim).
3. Metil-prednisolona 40 mg /día, ceftriaxona 2 g IV/24 h y trimetoprim-sulfametoxazol 5 mg/kg/8 h (basado en dosis de trimetoprim).
4. Meropenem 1 g/8 h y vancomicina 1 g/12 h.

122. Con respecto a la infección por el virus de la hepatitis C (VHC), señale la respuesta correcta:

1. En el mundo, la vía de transmisión más frecuente del VHC es la vertical.
2. Si el VHC se adquiere en edad adulta, se cronifica en el 5-10% de los casos.
3. La mayoría de los pacientes con infección crónica por el VHC presentan anticuerpos anti VHC positivos.
4. La infección aguda por el VHC cursa con ictericia franca en más del 80% de los casos.

123. Mujer de 65 años que acude a su odontólogo por dolor en cuerpo mandibular derecho y lesión ulcerada en mucosa oral con exposición de hueso sobre una zona de roce por su prótesis dental, de tres meses de evolución. Entre sus antecedentes destaca una fractura vertebral por osteoporosis hace 5 años, fumadora de un paquete de cigarrillos al día, diabetes tipo 2 desde hace 15 años, polimialgia reumática en tratamiento esteroideo oral (5 mg de prednisona diariamente desde hace 5 años) y neoplasia de mama derecha tratada hace 5 años con cirugía y radioterapia local. La paciente recibe tratamiento con denosumab desde hace 5 años. ¿Cuál es el diagnóstico clínico más probable?

1. Lesión ósea mandibular secundaria a radioterapia (osteorradionecrosis).
2. Necrosis ósea vascular mandibular secundaria a vasculopatía diabética, tabaquismo y osteoporosis.
3. Carcinoma epidermoide verrucoso-ulcerado.
4. Osteonecrosis mandibular secundaria a tratamiento con denosumab.

124. ¿En cuál de las siguientes lesiones de los maxilares el tratamiento exige realizar una resección parcial o marginal, ya que la simple enucleación o curetaje de la misma NO es suficiente para erradicarla?

1. Tumor odontogénico adenomatoide.
2. Mixoma odontogénico.
3. Osteoblastoma.

4. Granuloma eosinófilo.

creatinina séricas e isostenuria.

125. ¿Qué resultado ofrecería la acumetría con un diapasón de 500 Hz, en una sordera brusca idiopática del oído derecho?

1. Rinne positivo (+) del oído derecho y Weber hacia el oído izquierdo.
2. Rinne negativo (-) del oído derecho y Weber hacia el oído izquierdo.
3. Rinne positivo (+) del oído izquierdo y Weber hacia el oído derecho.
4. Rinne negativo (-) del oído izquierdo y Weber hacia el oído derecho.

126. Hombre de 47 años, con antecedente de un adenoma pleomorfo parotídeo derecho, tratado con cirugía (parotidectomía extrafacial) hace 6 meses, que acude a nuestra consulta por presentar durante la masticación dolor con sudoración y enrojecimiento de la piel de la región preauricular. ¿Qué tratamiento sería el de elección?

1. Parotidectomía total ampliada ante la sospecha de recidiva tumoral.
2. Pregabalina.
3. Inyección de toxina botulínica intradérmica.
4. Antibioterapia de amplio espectro.

127. Considerando que la fisiopatología del vértigo posicional paroxístico benigno es la cupulolitiasis, ¿qué tratamiento indicaría en un paciente en el que los síntomas persisten pasadas dos semanas?

1. Sedantes vestibulares neurolépticos o antidopaminérgicos.
2. Corticosteroides.
3. Maniobra de reposición de partículas.
4. Neurectomía del nervio singular.

128. Sospecharemos insuficiencia renal aguda de origen pre-renal en presencia de:

1. Hipotensión, elevación de las cifras de urea y creatinina sérica, osmolaridad en orina inferior a 500 mOsm/kg y excreción fraccional de sodio superior a 1%.
2. Intolerancia digestiva, elevación de las cifras de urea y creatinina séricas, osmolaridad en orina superior a 500 mOsm/kg y excreción fraccional de sodio inferior a 1%.
3. Administración intravenosa previa de contraste yodado, elevación de las cifras de urea y creatinina séricas, osmolaridad en orina inferior a 500 mOsm/kg y excreción fraccional de sodio superior a 1%.
4. Administración previa de un antibiótico aminoglicósido, elevación de las cifras de urea y

129. La asociación de alteraciones metabólicas más característica que podemos encontrar en presencia de insuficiencia renal crónica en estadios avanzados es:

1. Hiperpotasemia, hipofosforemia, hipercalcemia y acidosis metabólica.
2. Hipopotasemia, hipofosforemia, hipocalcemia y acidosis metabólica.
3. Hiperpotasemia, hiperfosforemia, hipocalcemia y acidosis metabólica.
4. Hiperpotasemia, hiperfosforemia, hipocalcemia y alcalosis metabólica.

130. Hombre de 28 años de edad que acude a urgencias del hospital por presentar hematuria macroscópica. ¿Cuál de las siguientes alteraciones en el análisis de orina apoyaría el diagnóstico de glomerulonefritis?

1. Hematíes dismórficos y/o cilindros hemáticos.
2. Proteinuria de 1 g/día, con resultado negativo en tira reactiva y con microalbuminuria mayor de 300 mg/24 horas.
3. Coexistencia de hematuria con piuria sin bacteriuria.
4. Coágulos en la orina a simple vista.

131. Hombre de 25 años sin antecedentes conocidos de interés. Lleva 2 meses con orinas espumosas y cargadas, sin otra sintomatología. Exploración física sin hallazgos. Orina elemental: pH 5; glucosa -; hemoglobina ++; proteínas ++; esterasa leucocitaria -; proteinuria 1,5 g/24 horas; Na urinario 60 mEq/L; K urinario 30 mEq/L; Cl urinario 100 mEq/L.

Bioquímica sanguínea: creatinina 1,6 mg/dL; urea 80 mg/dL; Na 140 mEq/L; K 3,8 mEq/L.

Estudio inmunológico: antiDNA negativo; ANCA negativo; antiMBG negativo; factor reumatoide negativo; C3 20 mg/dL (normal 60-120); C4 10 mg/dL (normal 20-40).

Se realiza biopsia renal. ¿Cuál de estos diagnósticos le parece más probable encontrar en la biopsia?

1. Glomerulonefritis membranosa.
2. Glomerulonefritis de cambios mínimos.
3. Glomerulonefritis mesangial IgA.
4. Glomerulonefritis membranoproliferativa.

132. ¿Cuál de las siguientes es la forma más frecuente de presentación de la nefropatía por litio?

1. Glomeruloesclerosis.
2. Diabetes insípida nefrótica.

3. Nefropatía túbulo-intersticial crónica.
4. Nefritis intersticial aguda.

133. Hombre de 55 años al que hace 24 horas se le ha realizado un trasplante renal. Comienza con hematuria y posteriormente con un cese brusco de la diuresis. ¿Qué prueba de imagen es la indicada para aclarar el diagnóstico?

1. Renograma isotópico.
2. Ecografía-doppler.
3. Urografía intravenosa.
4. Resonancia magnética.

134. Hombre de 55 años diabético con buen control glucémico que acude por disfunción eréctil de 3 años de evolución, de inicio lento. En el tratamiento de la disfunción eréctil inicialmente se deben tratar las causas etiológicas, modificar estilos de vida que favorecen la disfunción eréctil e identificar las necesidades y expectativas del paciente y de su pareja. ¿Cuál debería ser el tratamiento complementario a considerar?

1. Inhibidores de fosfodiesterasa 5.
2. Dispositivos de vacío.
3. Alprostadilo tópico.
4. Inyecciones intracavernosas.

135. Hombre de 63 años, sin antecedentes familiares de carcinoma prostático, que consulta por leve sintomatología miccional obstructiva. Aporta una determinación de antígeno prostático específico (PSA) menor de 1 ng/mL. En el tacto rectal se aprecia una zona endurecida y fija de medio centímetro, en un lóbulo prostático. Ante este caso, la actitud correcta es:

1. Repetir la determinación de PSA en tres meses.
2. Indicar una biopsia prostática transrectal.
3. Tratar con un alfa bloqueante para mejorar la sintomatología obstructiva y repetir anualmente el PSA.
4. Programar una resección prostática retropúbica.

136. Niña de dos años diagnosticada de reflujo vesicoureteral unilateral grado II (reflujo al uréter, pelvis y cálices sin dilatación de la vía urinaria y morfología papilar normal). ¿Cuál es el tratamiento más adecuado de inicio ante esta patología?

1. Inyección endoscópica de dextranómero en el trayecto ureteral intramural.
2. Reimplantación ureteral por vía abierta.
3. Reimplantación ureteral laparoscópica.

4. Tratamiento conservador mediante observación y profilaxis antibiótica/antiséptica.

137. Hombre de 35 años que acude a urgencias por cuadro de 48 horas de evolución de fiebre de 39°C, tiritona, mal estado general, polaquiuria, disuria, tenesmo vesical y dolor perianal. En la analítica presenta valores de creatinina de 0,9 mg/dL, procalcitonina de 1,5 ng/mL, leucocitos de 20.000/uL y PSA de 45 ng/mL. ¿Cuál es la actitud a seguir en este paciente?

1. Sueroterapia, antitérmicos, toma de urocultivo, antibioterapia y TC toracoabdominal.
2. Sueroterapia, antitérmicos y antibioterapia previa a la realización de biopsia prostática.
3. Sueroterapia, antitérmicos y antibioterapia durante tres semanas y repetir niveles de PSA en tres meses.
4. Sueroterapia, antitérmicos y antibioterapia. Solicitar niveles de fosfatasa ácida prostática.

138. Una mujer acude a urgencias tres días después de ser sometido a litotricia extracorpórea por ondas de choque sobre un cálculo de 2,1 cm de diámetro máximo situado en el riñón izquierdo. Presenta mal estado general, dolor en fosa renal izquierda, náuseas y fiebre de 39,2°C. Se realiza Rx simple en la que se aprecian varios cálculos, de pequeño tamaño, en el área del uréter distal izquierdo. El radiólogo nos informa de que en la ecografía observa la existencia de dilatación grado II pielocalicial izquierda. El siguiente paso debe ser:

1. Ureteroscopia de urgencia dada la existencia de uropatía obstructiva de causa litiasica.
2. Ingreso con hidratación intravenosa, así como tratamiento antibiótico, dada la sospecha de infección urinaria.
3. Derivación urinaria urgente (cateterismo ureteral o nefrostomía percutánea) dada la sospecha de uropatía obstructiva complicada.
4. Nueva sesión de litotricia extracorpórea por ondas de choque, previo tratamiento sintomático del paciente con antiinflamatorios, tratamiento antibiótico e hidratación intravenosa.

139. Una mujer de 29 años con asma moderada persistente bien controlada con fluticasona/salmeterol cada 12 horas y terbutalina a demanda descubre que está embarazada de 5 semanas. ¿Qué actitud es la más correcta?

1. Sustituir fluticasona/salmeterol por budesonida/formoterol.
2. Suspender fluticasona/salmeterol y mantener solo salbutamol a demanda.
3. Suspender fluticasona/salmeterol e intentar

mantenimiento sólo con montelukast.

4. Retirar fluticasona/salmeterol e intentar mantenimiento sólo con budesonida a dosis medias.

140. Mujer de 23 años de edad que es traída a urgencias por el servicio de emergencias extrahospitalario tras accidente de tráfico con el resultado de 2 muertos y ella la única superviviente. A su llegada a nuestro centro la paciente está bajo intubación orotraqueal y hemodinámicamente estable. La exploración física nos revela lesiones contusas múltiples por todo el cuerpo, lesión sangrante en sábana sobre cuero cabelludo así como ligera hipofonesis generalizada bilateral. Auscultación cardiaca normal. Abdomen: blando y depresible sin signos de peritonismo. Resto de exploración física por aparatos normal. Se decide realizar TC cráneo-cervico-torácico-abdomino-pélvico. ¿Qué hallazgo radiológico NO sería compatible con una rotura de aorta contenida?

1. Derrame pleural izquierdo.
2. Enfisema mediastínico.
3. Derrame pericárdico.
4. Ensanchamiento mediastínico.

141. Dentro de la definición del síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA), señale la respuesta INCORRECTA:

1. Es debido a una alteración de la membrana capilar pulmonar.
2. Radiológicamente se objetivan opacidades bilaterales no explicadas por derrame pleural, atelectasia o nódulos pulmonares.
3. Es necesario que exista una presión de oclusión de la arteria pulmonar (POAP) > 18 mmHg.
4. El cociente PaO₂/FiO₂ debe ser menor o igual a 200 mmHg.

142. El estudio de la gravedad multifuncional de la EPOC se realiza con los índices BODEX y BODE, que tienen algunos criterios comunes. ¿Cuál de los siguientes criterios forma parte exclusivamente de uno de los dos índices?

1. Valoración de la disnea (MRC).
2. Distancia recorrida (metros).
3. Índice de masa corporal (IMC).
4. Capacidad vital forzada (FVC).

143. Recibe en su consulta a un varón de 65 años, ex fumador con un consumo acumulado de 50 paquetes/año y con diagnóstico de EPOC tipo enfisema. Refiere tos con poca expectoración y disnea de moderados esfuerzos. Solicita pruebas

funcionales respiratorias. De los siguientes resultados, ¿cuál le parece MENOS probable?

1. FEV1 (flujo espiratorio en el primer segundo) menor del 80%.
2. DLCO (capacidad de difusión) normal.
3. Relación FEV1/FVC menor del 70%.
4. TLC (capacidad pulmonar total) aumentada.

144. Hombre de 47 años, con antecedentes de síndrome depresivo, es atendido en urgencias tras haberlo encontrado en su domicilio inconsciente. En la gasometría arterial destaca: pH 6,94; HCO₃ 5 mEq/L; PaCO₂ 17 mmHg. El anión gap o hiato aniónico es de 35 (valor normal 12 ± 2). La glucemia y la creatinina fueron normales y los cuerpos cetónicos negativos. La osmolaridad calculada reveló un valor de 295 mOsm/kg, frente a una osmolaridad medida directamente de 325 mOsm/kg. Señale la afirmación correcta:

1. El paciente presenta una acidosis mixta.
2. Debe descartarse la posibilidad de intoxicación por metanol.
3. Se trata de una acidosis metabólica por pérdida de bicarbonato. Hay que descartar diarreas o pérdidas renales.
4. Dada la disminución del bicarbonato, es ineludible su reposición inmediata con el objetivo de alcanzar, en la primera hora, sus valores plasmáticos normales.

145. Una mujer de 51 años refiere disnea de esfuerzos moderados de varios meses de evolución. No tiene antecedentes de interés y la analítica elemental (hemograma y bioquímica básica) es normal. En las pruebas funcionales respiratorias, se observa una relación FEV1/FVC superior a 0,7 y una FVC y una TLC del 85% y 83% en relación a sus valores teóricos, respectivamente. La DLCO es del 40%. Ante estos datos, pensaría en:

1. Trastorno de la caja torácica o neuromuscular.
2. Enfisema.
3. Enfermedad pulmonar vascular.
4. Asma.

146. En un paciente diagnosticado de neumonía y con derrame pleural metaneumónico en 2/3 de hemitórax derecho, ¿cuál de las siguientes asociaciones de signos es frecuente observar?

1. Murmullo vesicular normal - vibraciones vocales normales-percusión mate.
2. Murmullo vesicular disminuido - vibraciones vocales aumentadas-percusión mate.
3. Estertores - vibraciones vocales aumentadas-percusión mate.

4. Murmullo vesicular disminuido - vibraciones vocales disminuidas-percusión mate.
147. **En el estudio de un hombre fumador de 65 años se aprecia una masa pulmonar de 8 cm de diámetro en el lóbulo superior derecho, con afectación ganglionar hiliar ipsilateral. El paciente es diagnosticado finalmente de un adenocarcinoma pulmonar. En base a las características citadas, señale cuál de los siguientes tratamientos es el más adecuado:**
1. Resección quirúrgica seguida de quimioterapia adyuvante.
 2. Cirugía más radioterapia postoperatoria.
 3. Quimioterapia neoadyuvante seguida de cirugía.
 4. Quimiorradioterapia combinada seguida de cirugía.
148. **Mujer de 59 años con crisis epilépticas de reciente instauración que acude a urgencias. En la exploración presenta signos piramidales izquierdos y edema de papila. Se le realiza una RM cerebral que muestra una masa hemisférica derecha con edema, desviación de la línea media y signos de herniación tentorial. Refiere que desde hace una semana sufre dolor de cabeza que ha ido progresando en intensidad. ¿Cuál de las siguientes características asociadas a la cefalea le parece más probable en esta paciente?**
1. Predominio matutino.
 2. No cambia con esfuerzos.
 3. Fotofobia.
 4. Sonofobia.
149. **En una mujer con una crisis epiléptica que presenta las siguientes características clínicas: aura epigástrica, olor desagradable, desconexión del medio, automatismos motores (chupeteo, deglución, apertura y cierre de una mano) y amnesia postcrítica, ¿cuál es su sospecha diagnóstica?**
1. Crisis generalizada no convulsiva o ausencia típica.
 2. Epilepsia parcial continua.
 3. Crisis amiotónica.
 4. Crisis parcial compleja del lóbulo temporal.
150. **Un hombre de 25 años consulta por temblor. La exploración objetiva muestra disartria y distonía. Tiene una historia familiar de enfermedad psiquiátrica y trastornos del movimiento. ¿Qué prueba diagnóstica considera más acertada?**
1. DATSCAN.
 2. Estudio de conducción nerviosa.
 3. Electroencefalograma.
4. Cobre en orina de 24 horas.
151. **Un niño de 13 años presenta un cuadro subagudo de cefalea y diplopia. La exploración neurológica muestra una parálisis de la mirada vertical y la resonancia magnética una lesión captante de contraste en la región pineal que obstruye el acueducto de Silvio. El diagnóstico más probable es:**
1. Glioblastoma.
 2. Meduloblastoma.
 3. Tumor de células germinales.
 4. Meningioma.
152. **Una mujer de 78 años presenta un cuadro clínico de amnesia episódica de 2 años de evolución al que se ha asociado en los últimos meses dificultad para el reconocimiento de caras conocidas, apraxia del vestido, anomia y desorientación temporal. La familia confirma un claro deterioro funcional en actividades instrumentales de la vida diaria respecto a su nivel previo. La paciente muestra una anosognosia muy evidente. Los estudios analíticos generales, hormonas tiroideas y vitamina B12 son normales. ¿Cuál de los siguientes hallazgos clínicos NO esperaría encontrar en esta situación?**
1. Placas neuríticas y ovillos neurofibrilares en el hipocampo, corteza temporal y núcleo de Meynert como hallazgos de anatomía patológica.
 2. Trastorno de conducta del sueño REM.
 3. Atrofia cortical temporal medial en la resonancia magnética cerebral.
 4. Genotipo heterocigoto ApoE 3/4.
153. **Una mujer de 65 años consulta por debilidad en la mano derecha que se ha extendido en pocos meses a otros territorios musculares de ambos brazos y piernas, de predominio distal. En la exploración hay atrofia y fasciculaciones en distintos territorios metaméricos con sensibilidad conservada. Existe un signo de Babinski bilateral. ¿Cuál es la prueba diagnóstica que confirmaría el diagnóstico de sospecha?**
1. TC cerebral.
 2. Estudio electromiográfico.
 3. RM cerebral.
 4. Potenciales evocados multimodales.
154. **Un hombre presenta en la exploración neurológica un déficit sensitivo termoalgésico en la pierna izquierda asociado a una pérdida de sensibilidad vibratoria y posicional en la pierna derecha. Al mismo tiempo presenta torpeza y pérdida de fuerza distal en la pierna derecha y**

un reflejo cutáneo plantar derecho en extensión. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?

1. Es un síndrome centromedular tipo siringomielia.
2. Es un síndrome hemimedular.
3. Es un patrón de lesión medular transversa.
4. Es un patrón de lesión bulbar lateral.

155. En un hombre de 70 años, hipertenso, con una hemiplejía derecha de instauración brusca con una leve disartria, sin alteraciones en la evocación ni en la comprensión del lenguaje, ¿qué tipo de ictus cree que es más probable que haya sufrido?

1. Un infarto lacunar capsular izquierdo.
2. Un infarto silviano cortico - subcortical fronto-temporal izquierdo.
3. Un infarto de tronco cerebral.
4. Una hemorragia lenticular izquierda.

156. Niña de 13 años intervenida por enfermedad de Hirschsprung a los 3 meses de vida. ¿Cuál de los siguientes tumores es más probable que presente?

1. Neuroblastoma abdominal.
2. Tumor de Wilms.
3. Nefroma mesoblástico.
4. Carcinoma medular de tiroides familiar.

157. La llamada "alimentación complementaria" o "Beikost", consiste en la introducción de alimentos diferentes de la leche materna o leche de fórmula en los niños, señale una opción incorrecta en este tipo de dieta:

1. A partir de los 4 meses yema de huevo
2. A partir de los 4 meses cereales sin gluten
3. A partir de los 4 meses fruta fresca
4. A partir de los 6 meses cereales con gluten

158. Lactante de 1 mes de vida que presenta vómitos de 24 horas de evolución. Come con apetito y llora entre las tomas. Desde el nacimiento toma biberón y no vomitaba previamente. En función de la sospecha diagnóstica más probable, ¿qué pruebas diagnósticas le parecen más adecuadas?

1. Es un reflujo gastro-esofágico fisiológico para su edad, es suficiente con posición semi-incorporada tras las tomas.
2. Puede ser una gastroenteritis, haría gasometría venosa e iones y administraría rehidratación intravenosa.
3. Probablemente tenga una estenosis hipertrófica de píloro, le pediría una ecografía.
4. Hay que descartar una malformación congé-

nita del tracto digestivo con un tránsito gastro-duodenal.

159. Señale qué perfil bioquímico en suero es sugerente de raquitismo por deficiencia de vitamina D en un lactante de 5 meses de edad:

1. Calcio normal; fosfato normal; fosfatasas alcalinas (FA) normales; hormona paratiroidea (PTH) normal; 25 OH vitamina D baja.
2. Calcio normal; fosfato bajo; FA normales; PTH normal; 25 OH vitamina D baja.
3. Calcio bajo; fosfato alto; FA elevadas; PTH normal; 25 OH vitamina D baja.
4. Calcio normal; fosfato normal; FA elevadas; PTH elevada; 25 OH vitamina D baja.

160. Un lactante de 6 meses de edad presenta episodios de espasmos en flexión, en rachas, más frecuentemente cuando tiene somnolencia. Los padres le encuentran apagado y triste y con impresión de escasos avances en el desarrollo. En la exploración física se encuentran 7 manchas hipopigmentadas en tronco y en las extremidades. Entre los estudios complementarios realizados destaca el hallazgo en la ecocardiografía de una tumoración cardiaca aparentemente asintomática. ¿Cuál de las siguientes patologías es más probable en este niño?

1. Síndrome de Sturge-Weber.
2. Neurofibromatosis tipo 1.
3. Neurofibromatosis tipo 2.
4. Esclerosis tuberosa.

161. En la hernia diafragmática congénita con defecto posterolateral, ¿qué alteración tiene mayor importancia fisiopatológica y clínica?

1. La herniación del hígado en el tórax.
2. La malrotación intestinal asociada.
3. El saco herniario peritoneal intratorácico.
4. La hipoplasia pulmonar y la hipertensión arterial pulmonar.

162. Ante un niño de 9 años con dolor testicular de 6 horas de evolución, intenso, que casi le impide caminar, sin traumatismo previo, ¿cuál es el diagnóstico más probable?

1. Hernia crural.
2. Torsión de hidátide de Morgagni.
3. Epididimitis.
4. Torsión testicular.

163. Neonato de 20 días que presenta un cuadro de regurgitaciones y vómitos desde el nacimiento. Presenta aspecto desnutrido y letárgico. Lactan-

cia artificial desde el nacimiento. En la analítica destaca leucocitosis con desviación izquierda. Se indica dieta absoluta, perfusión glucosalina y antibióticos intravenosos. Ante la mejoría clínica se reintroduce la alimentación oral a las 48 horas que es seguida de vómitos repetidos, incoercibles, más intensos que los que presentaba al ingreso, reaparición del aspecto letárgico y las mismas alteraciones analíticas. El diagnóstico más probable de este paciente es:

1. Síndrome de enterocolitis inducida por proteínas de la leche de vaca.
2. Hernia hiatal de gran tamaño.
3. Sepsis grave.
4. Enfermedad por reflujo gastroesofágico.

164. Un recién nacido presenta al minuto del nacimiento una frecuencia cardíaca de 80 latidos por minuto, una respiración lenta e irregular, ausencia de tono muscular con flacidez generalizada, respuesta ausente al golpeo enérgico de la planta del pie y coloración rosada en el cuerpo con las extremidades azuladas. ¿Qué puntuación del test de Apgar le corresponde?

1. Dos puntos.
2. Cinco puntos.
3. Tres puntos.
4. Seis puntos.

165. Niño de 7 años de edad que acude al servicio de urgencias del hospital tras caída en unas camas elásticas colocadas en la plaza del pueblo. Presenta una deformidad evidente en el antebrazo derecho, con pulsos conservados y sensibilidad normal. ¿Qué tipo de lesión presenta el paciente?

1. Fractura en tallo verde de radio y cúbito.
2. Esguince de muñeca.
3. Fractura aislada de radio.
4. Fractura espiroidea larga de cúbito aislada.

166. Hombre de 80 años de edad con artritis reumatoide desde hace 10 años e hipertensión arterial. Recibe tratamiento con paracetamol, tramadol e indapamida desde hace años y en los últimos 3 meses también con prednisona 7,5 mg al día y etanercept, con buen resultado. Consulta porque desde hace 2 semanas tiene dolor invalidante de la cadera izquierda sin fiebre. Los análisis muestran 14.000 leucocitos/uL, hemoglobina 10 g/dL, PCR 50 mg/L, creatinina 1,2 mg/dL. La radiografía de pelvis es normal. Indique la actitud CORRECTA:

1. Es un brote de artritis reumatoide insuficientemente controlado. Debe aumentarse la dosis de prednisona o asociar un antiinflamatorio

vigilando la función renal.

2. La leucocitosis y el tratamiento reciente con corticoides sugieren osteonecrosis aséptica de la cabeza femoral. Debe aumentarse la analgesia y asegurar descarga con bastones o encamamiento.
3. Requiere ingreso hospitalario por sospecha de artritis infecciosa aguda de la cadera. Debe iniciarse antibioterapia de forma precoz.
4. Se trata de una artritis gotosa aguda de la cadera. Debe asociarse alopurinol y aumentar la analgesia si precisa, recurriendo a opioides mayores.

167. Acude a su consulta una mujer de 40 años con un cuadro de inicio insidioso de 10 semanas de evolución consistente en dolor, eritema y aumento de la temperatura de las articulaciones metacarpofalángicas segunda y tercera de ambas manos y del carpo derecho. A pesar de que el dolor calma parcialmente desde que toma 3 comprimidos diarios de ibuprofeno continúa encontrándose mal. Además refiere una sensación de arenilla constante en los ojos y que éstos le lloran con frecuencia cuando sale a la calle. ¿Cuál de los siguientes síntomas es MENOS probable que se encuentre durante la anamnesis?

1. Rigidez en las manos de predominio matutino de más de una hora de duración.
2. Nódulos subcutáneos en las superficies de roce de codos, rodillas y dedos de las manos.
3. Astenia, anorexia y febrícula.
4. Dolor lumbar de ritmo inflamatorio.

168. Respecto a los anticuerpos anti Ro (SS-A) señale la respuesta INCORRECTA:

1. Se asocian con síndrome de Sjögren.
2. Se asocian con trombosis venosas y arteriales.
3. Se asocian con lupus cutáneo subagudo.
4. Se asocian con lupus neonatal con bloqueo cardíaco.

169. ¿Cuál de las siguientes NO es una característica propia de la fibromialgia?

1. Su diagnóstico es esencialmente clínico, pues no hay alteraciones de laboratorio características.
2. Distribución simétrica de los puntos dolorosos.
3. Presencia de síntomas como parestesias, alteraciones del sueño y rigidez.
4. Buena respuesta al tratamiento con glucocorticoides.

170. Hombre diabético de 50 años de edad, con dolor raquídeo mecánico y rigidez. La exploración denota limitación de todos los movimientos de raquis lumbar y cervical. Los reactantes de fase aguda son negativos. El antígeno HLA-B27 es negativo. La radiología de pelvis es normal. La radiología de columna demuestra la presencia de puentes óseos intervertebrales gruesos y separados del raquis y en la columna lumbar sólo en el lado derecho de la misma. ¿Cuál es la primera posibilidad diagnóstica?

1. Espondilitis anquilosante.
2. Hiperostosis vertebral anquilosante.
3. Enfermedad de Paget.
4. Artropatía psoriásica.

171. Un hombre de 60 años con antecedentes de litiasis renal por ácido úrico y artropatía tofácea crónica que presentó hace un año una reacción alérgica grave a alopurinol, consulta por episodios mensuales de artritis monoarticular en rodillas, tobillos y articulaciones metatarsofalángicas. En la analítica destacan uricemia de 12 mg/dL y ácido úrico en orina de 24 horas de 1.100 mg. Además de tratamiento del brote articular, ¿cuál es el tratamiento de fondo más adecuado para su artropatía?

1. Tratamiento con febuxostat.
2. Tratamiento con indometacina.
3. Tratamiento con benzbromarona.
4. Tratamiento con ejercicio, dieta estricta baja en purinas y colchicina.

172. Mujer de 18 años con historia de asma bronquial, que consulta ante púrpura cutánea, artralgias y edemas en miembros inferiores. Presenta elevación de reactantes de fase aguda, filtrado glomerular normal y proteinuria en rango no nefrótico. En la radiología se observa un velamiento de los senos paranasales. Los anticuerpos anti citoplasma de neutrófilos (ANCA) y anticuerpos antinucleares (ANA) son negativos. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

1. Lupus eritematoso sistémico con afectación renal.
2. Vasculitis tipo EGPA (granulomatosis eosinofílica con poliangeitis o síndrome de Churg-Strauss).
3. Púrpura de Schönlein-Henoch.
4. Granulomatosis con poliangeitis (enfermedad de Wegener).

173. Hombre de 36 años de edad sin antecedentes de interés que tras un traumatismo de alta energía al caer de una motocicleta presenta una fractura diafisaria media de tibia, abierta, grado II de Gustilo. ¿Cuál de las siguientes maniobras o

terapias es más efectiva para la prevención de la infección?

1. Antibioterapia inmediata intravenosa de amplio espectro.
2. Desbridamiento-lavado exhaustivo de la herida en quirófano con al menos 10 litros de suero fisiológico.
3. Estabilización urgente de la fractura mediante fijación externa y cierre precoz de la herida.
4. Cierre precoz de la herida con antisépticos y oxigenoterapia a dos litros por minuto.

174. Mujer de 60 años, diabética insulino dependiente, que presenta omalgia derecha de predominio nocturno de varias semanas de evolución. No refiere traumatismo. En la exploración física destaca una limitación activa y pasiva de todos los arcos de movimiento del hombro. ¿Qué cuadro clínico sospecha como primera posibilidad diagnóstica?

1. Una tumoración maligna localizada en la epífisis proximal de húmero.
2. Una artritis séptica de hombro.
3. Una capsulitis adhesiva.
4. Un proceso degenerativo artrósico acromioclavicular.

175. Hombre de 36 años sin antecedentes personales de interés que acude al servicio de urgencias por un cuadro de aparición brusca de intenso dolor en la cara posterior del miembro inferior derecho que llega hasta el pie. En la exploración presenta: Lasègue derecho positivo a 10°, disminución de fuerza en la flexión plantar del pie derecho, hipoestesia en borde externo del pie derecho y ausencia de reflejo aquileo derecho. La radiografía simple de columna lumbar no muestra alteraciones significativas. ¿Cuál de los siguientes es el diagnóstico más probable?

1. Hernia discal L1/L2.
2. Síndrome de cola de caballo.
3. Hernia discal L4/L5.
4. Hernia discal L5/S1.

176. Joven de 18 años, que hace 1 año presentó un esguince de tobillo derecho tratado con inmovilización. Desde entonces presenta un cuadro de dolor intenso y alodinia. Inicialmente la piel presentó un aspecto edematoso, hiperémico y caliente. En el momento de la consulta se aprecia un edema cutáneo duro, cianótico y frío. Las pruebas complementarias muestran ligera desmineralización en la extremidad afecta sin otros hallazgos de interés. ¿Qué tratamiento NO es recomendable?

1. Tramadol.

2. Amitriptilina.
3. Alendronato.
4. Celecoxib.

177. Joven de 18 años que acude a urgencias por presentar dolor e impotencia funcional en la rodilla derecha. Tras el estudio con biopsia se establece el diagnóstico de osteosarcoma osteoblástico del fémur distal. Dado el tipo de tumor y la localización, ¿qué protocolo de tratamiento se efectúa de forma habitual en la mayoría de los casos?

1. Amputación de la extremidad.
2. Quimioterapia neoadyuvante - Cirugía - Quimioterapia adyuvante.
3. Radioterapia y quimioterapia.
4. Cirugía y radioterapia.

178. Se presenta en la consulta de valoración preanestésica un hombre portador de stent fármacoactivo implantado hace 2 meses, en tratamiento con ácido acetilsalicílico (AAS) 300 mg/d y clopidogrel 75 mg/d y que debe someterse a una cirugía programada de extracción dentaria múltiple. Señale la mejor recomendación para mantener el equilibrio entre el riesgo trombótico y el riesgo hemorrágico de la cirugía propuesta:

1. Retrasar la cirugía durante 3 meses.
2. Mantener el tratamiento antiagregante.
3. Suspender el AAS y mantener el clopidogrel.
4. Reducir la dosis de AAS a 100 mg/día y suspender el clopidogrel hasta el día siguiente de la cirugía.

179. El triaje es un método de clasificación de pacientes que siguiendo una escala de colores nos permite establecer prioridades a la hora de asistir a un enfermo. Su uso está extendido en la urgencia hospitalaria pero también se emplea en la medicina extrahospitalaria en situaciones de desastres o accidentes con múltiples víctimas. Imagina que acudes en una UVI móvil como primer recurso interviniente en una de estas situaciones. ¿Qué harías para identificar a los pacientes más leves o verdes?

1. Explorar detenidamente a cada uno de los pacientes asegurándose que están conscientes y no presentan heridas visibles.
2. Preguntar a cada paciente cómo se encuentra y considerar verdes a los que no refieran ningún dolor.
3. Identificar a los que tengan una disminución del nivel de conciencia para así poder separar a los leves.
4. Gritar de forma clara: "aquellos que puedan caminar que me sigan" y alejarlos a una zona segura.

180. ¿Cuál de los siguientes parámetros NO forma parte de la escala de coma de Glasgow?

1. Apertura ocular.
2. Respuesta verbal.
3. Respuesta motora.
4. Reactividad pupilar.

181. Acude a su consulta una mujer diabética con una úlcera maleolar de aproximadamente 10 años de evolución. Ha requerido curas tópicas continuas pero la herida nunca ha terminado de cerrarse por segunda intención. Usted observa que uno de los bordes de la úlcera comienza a mamelonarse. ¿Cuál debe ser su actitud inmediata?

1. Ingreso hospitalario y tratamiento antibiótico por vía intravenosa.
2. Biopsia de la zona mamelonada.
3. Realizar curas con pomadas enzimáticas desbridantes.
4. Cobertura de la úlcera con injerto de piel.

182. Los cambios fisiológicos que acontecen con el envejecimiento favorecen el desarrollo de enfermedad. Respecto a los mismos, señale la respuesta INCORRECTA:

1. Se produce una disminución en el número de nefronas relacionado con la edad biológica que condiciona pérdida fisiológica de función renal.
2. La esclerosis de los miocitos cardiacos favorece el desarrollo de insuficiencia cardiaca sistólica.
3. La disminución de la masa magra y aumento de grasa favorece el acúmulo de las benzodiazepinas de larga duración.
4. El aumento de infecciones en la edad avanzada está favorecido por la inmunosenescencia.

183. En relación al delirium o síndrome confusional agudo hospitalario en el anciano, señale la verdadera:

1. La demencia y la depresión previas son factores precipitantes de delirium.
2. Iniciar un tratamiento esteroideo es una causa potencial de delirium.
3. Las benzodiazepinas son los fármacos más adecuados para el tratamiento de la inversión del ciclo sueño-vigilia característico del delirium.
4. La movilización precoz del paciente durante la hospitalización no previene la aparición del delirium.

184. ¿Cuál de los siguientes fármacos se ha demostrado eficaz en el control de los síntomas en un paciente mayor con síndrome de piernas inquietas?

1. Pramipexol.
2. Risperidona.
3. Litio.
4. Fluoxetina.

185. Hombre de 27 años diagnosticado tras una orquiectomía de carcinoma embrionario de testículo. Tras la cirugía persisten elevados los marcadores tumorales y en la TC de estadificación presenta múltiples adenopatías retroperitoneales superiores a los 3 cm. ¿Cuál es el tratamiento indicado?

1. Linfadenectomía retroperitoneal.
2. Radioterapia sobre el retroperitoneo.
3. Linfadenectomía retroperitoneal seguida de radioterapia.
4. Quimioterapia tipo BEP.

186. Mujer de 65 años sin antecedentes personales de interés, intervenida de adenocarcinoma de sigma que infiltra la serosa (T4) con afectación de 2 ganglios de 35 aislados (N1). En el estudio de extensión no se evidencian metástasis a distancia (M0). ¿Cuál es el siguiente paso a realizar?

1. Determinar mutación de KRAS y NRAS para poder administrar un anti-EFGR en caso de no ser mutado.
2. Asociar al tratamiento con quimioterapia bevacizumab en caso de ser mutado.
3. Administrar una combinación de quimioterapia con fluorouracilo y oxaliplatino.
4. Realizar tratamiento con radioterapia al tener afectación ganglionar.

187. En relación a la presencia de mutaciones en EFGR en pacientes con cáncer de pulmón no microcítico, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?

1. Son especialmente frecuentes en pacientes de raza caucásica y excepcionales en población asiática.
2. Se localizan mayoritariamente en los exones 19 y 21 del gen.
3. Son más frecuentes en adenocarcinomas, en no fumadores y en el sexo femenino.
4. En pacientes con estadios avanzados, el empleo de inhibidores de la tirosina kinasa (gefitinib o erlotinib), se ha mostrado superior a la quimioterapia.

188. Todos los siguientes fármacos se han demostrado eficaces en el tratamiento del cáncer de próstata hormono-resistente, EXCEPTO:

1. Docetaxel.
2. Abiraterona.
3. Enzalutamida.
4. Nivolumab.

189. En relación con la agonía, señalar la respuesta INCORRECTA:

1. El fármaco ideal para la sedación es el midazolam.
2. La morfina está contraindicada en el tratamiento de la disnea porque produce depresión respiratoria.
3. El tratamiento estándar para los estertores premortem es la administración de anticolinérgicos.
4. En la agitación el tratamiento es el haloperidol.

190. Mujer de 45 años diagnosticada de cáncer de mama estadio IV con metástasis óseas múltiples, en tratamiento hormonal y bifosfonatos intravenosos. Acude a su consulta refiriendo dolor óseo basal intenso (EVA=7), en varias localizaciones, sin sintomatología neurológica asociada y exacerbaciones del dolor (EVA=9) varias veces al día que le obligan a permanecer en reposo. En tratamiento con ibuprofeno (600 mg cada 8 horas) y tramadol (150 mg al día). ¿Qué tratamiento consideraría más adecuado en esta paciente para mejorar el control del dolor?

1. Suspender ibuprofeno y tramadol e iniciar un opioide mayor como morfina u oxicodona.
2. Suspender tramadol, mantener ibuprofeno e iniciar un opioide mayor como morfina u oxicodona.
3. Suspender ibuprofeno y tramadol e iniciar un opioide mayor como morfina u oxicodona, y a la vez tratamiento para el dolor irruptivo con fentanilo sublingual.
4. Suspender tramadol, mantener ibuprofeno e iniciar un opioide mayor como morfina u oxicodona, y a la vez tratamiento para el dolor irruptivo con fentanilo sublingual.

191. Acude al domicilio de un paciente oncológico que últimamente no tiene bien controlado el dolor. En la exploración física parece que no hay evidencia de progresión tumoral, no revela ningún dato de interés de lo conocido previamente. En la anamnesis el cuidador principal manifiesta que el paciente tiene dolor a las 8 horas de haber recibido la dosis basal pautada de morfina cada 12 horas. Esta situación clínica se de-

nomina:

1. Tolerancia.
2. Hiperalgia.
3. Dependencia.
4. Ineficacia.

192. Te encuentras de viaje circulando en tu coche particular y presencias un accidente de tráfico que se ha producido justo en ese mismo momento. ¿Cuál debe ser tu primera acción?

1. Avisar a los servicios de emergencias (112) indicando localización y víctimas afectadas.
2. Proteger a los accidentados y a ti mismo, señalizando adecuadamente el lugar del accidente.
3. Socorrer a los accidentados evitando movilizarnos bruscamente.
4. Alejarte de la zona evitando que se formen aglomeraciones.

193. Mujer con enfermedad neurodegenerativa en fase avanzada. Llega al servicio de urgencias del hospital con una infección respiratoria, que ha desencadenado una insuficiencia respiratoria global aguda. La paciente tiene registrada una directriz anticipada. En dichas instrucciones previas señala “que no quiere ser sometida a ventilación mecánica”. También dejó establecido que nombra como su representante a su amigo Pedro. El médico que valora a la paciente en urgencias y ha leído la directriz anticipada plantea a Pedro sus dudas sobre la misma, ya que el cuadro es agudo y potencialmente reversible tras tratamiento que incluye la ventilación mecánica, y parece que el documento está redactado pensando en una situación crónica, no en la actual. Usted considera CIERTO que:

1. El representante puede cambiar la directriz anticipada de la paciente, en su mejor interés.
2. El médico por ser una situación de urgencia no está obligado a seguir la directriz anticipada ni consultar con el representante.
3. El representante no puede cambiar la directriz anticipada. Su finalidad es garantizar el respeto a los valores de la paciente y el cumplimiento de la instrucción.
4. Los familiares directos presentes, pueden hacer una decisión de sustitución en su mejor interés, y no importa la opinión del representante.

194. El sobrediagnóstico es el fenómeno que ocurre cuando las personas son diagnosticadas de enfermedades que nunca les causarían síntomas ni les acortarian la vida, pero en cambio la alarma generada por el hallazgo les puede ocasionar consecuencias indeseables. ¿Cuál de las siguientes

actuaciones se considera que es causante de sobrediagnóstico?

1. El cribado del cáncer de colon dirigido al segmento poblacional de 50-69 años mediante el test de sangre oculta en heces.
2. El cribado del cáncer de próstata en hombres sanos mediante la prueba del PSA.
3. Iniciar un estudio diagnóstico a las personas que acuden a la consulta por presentar microhematuria persistente.
4. Iniciar un estudio diagnóstico a las personas que acuden a la consulta por presentar tos crónica.

195. Un hombre de 75 años ingresa en el hospital porque se niega a comer y ha perdido un 30% de su peso. Tiene historia de esclerosis múltiple que ha empeorado en los últimos meses. Vive en residencia desde hace 15 años. Su único familiar era su hermana que murió hace 3 meses y desde entonces es cuando él se ha deteriorado. Se ha vuelto incontinente, ha dejado de comer y de participar en eventos sociales. Impresiona de depresión psicótica. Físicamente es capaz de comer. Se inicia medicación psicotrópica que se suspende por eventos adversos. Si su estado nutricional mejora, es posible retomar sus medicaciones. Rechaza líquidos intravenosos y luego los acepta pero se arranca la vía IV unas horas más tarde. Una alternativa es realizar una gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) y darle el alta a su residencia. ¿Cuál de las siguientes actuaciones es la más apropiada para este paciente?

1. Solicitar a la comisión de ética del hospital que ayude a determinar la decisión que sea de mayor interés para el paciente.
2. Valorar si la residencia acoge al paciente si no se realiza la PEG.
3. Pedir una orden judicial para realizar la PEG.
4. Enrolar al paciente en cuidados paliativos terminales.

196. ¿Por qué es necesario obtener un consentimiento informado de procedimientos diagnósticos y terapéuticos?

1. Es un requisito legal que exime al médico de cualquier responsabilidad.
2. Supone una toma de decisión compartida después de informar al paciente del procedimiento.
3. Da libertad al médico para realizar nuevos procedimientos.
4. Permite determinar si el paciente es capaz de tomar decisiones.

197. Señale la variable de la que dependerá, funda-

mentalmente, la decisión sobre los márgenes quirúrgicos en el tratamiento de un caso de melanoma cutáneo:

1. Diámetro mayor de la lesión, en milímetros.
2. Máximo espesor de la lesión, en milímetros (índice de Breslow).
3. Presencia de ulceración en la lesión.
4. Mitosis por milímetro cuadrado (índice mitótico).

198. Un hombre de 74 años acude a su consulta por presentar síndrome constitucional con pérdida de 5 kilos de peso en el último mes, junto a astenia. Refiere que en las tres últimas semanas, además, ha observado la aparición de lesiones rojizas en piernas que en ocasiones drenan un material oleoso, asociándose también dolor abdominal y costal, así como dolor y rubor en tobillos y rodillas. Usted decide realizar una biopsia y observa que en el tejido celular subcutáneo aparecen "células fantasma". Las manifestaciones clínicas del paciente y este hallazgo de la biopsia cutánea le llevará a realizar una de las siguientes pruebas para hacer el diagnóstico definitivo:

1. Endoscopia digestiva: adenocarcinoma gástrico.
2. TC abdominal: cáncer de páncreas.
3. TC torácico: sarcoidosis ganglionar (síndrome de Löfgren).
4. Cultivo de los nódulos cutáneos: tuberculosis cutánea (lupus vulgar).

199. Ante un traumatismo directo sobre la región orbitaria, señale la respuesta correcta:

1. Es frecuente el atrapamiento del nervio óptico provocando clínicamente diplopia.
2. Puede producirse un estallido del suelo orbitario con clínica de diplopia y enoftalmos.
3. Frecuentemente se produce una fractura maxilofacial tipo Le Fort-I.
4. Existe un riesgo muy elevado de estallido del globo ocular.

200. Hombre de 67 años de edad, diabético y asmático, con un glaucoma primario de ángulo abierto en ambos ojos. Presenta una presión ocular de 34 mmHg en su ojo derecho y 31 mmHg en su ojo izquierdo. ¿Cuál de los siguientes grupos farmacológicos es el más indicado como primera elección como tratamiento hipotensor?

1. Inhibidores de la anhidrasa carbónica.
2. Beta-bloqueantes.
3. Agonistas alfa-2.
4. Derivados de prostaglandinas.

201. Mujer de 26 años de edad con esquizofrenia que acude a la consulta de salud mental después de una hospitalización reciente por una descompensación psicótica. Tras permanecer ingresada 22 días es dada de alta la semana previa a la revisión actual. La familia refiere que la encuentran muy intranquila y con gran inquietud psicomotriz. En la exploración se evidencia que no puede permanecer sentada y está continuamente dando vueltas por la consulta sin un propósito concreto. No se objetivan los síntomas psicóticos positivos que motivaron su ingreso, desde que en el hospital ajustaron su tratamiento con 15 mg de haloperidol al día. El diagnóstico de la situación que presenta la paciente es:

1. Trastorno de ansiedad generalizada.
2. Ansiedad secundaria a descompensación psicótica.
3. Acatisia.
4. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

202. Para el tratamiento de la manía aguda están aprobados por la FDA los siguientes antipsicóticos, EXCEPTO:

1. Olanzapina.
2. Clozapina.
3. Aripiprazol.
4. Ziprasidona.

203. Mujer de 55 años, casada y con dos hijos de 25 y 20 años de edad. Acude a la consulta de salud mental por problemas en el entorno familiar. La paciente refiere encontrarse mal, triste y preocupada por "los disgustos que me da el marido". Lo ha visto abrazado a otra mujer y afirma que "él está en su contra y que la engaña porque se preocupa demasiado por sus hijos". Tanto el marido como los hijos desmienten esa información dada por la paciente. Sin antecedentes médicos no psiquiátricos a destacar, presenta una exploración psicopatológica de lucidez con buen nivel de conciencia y de orientación en las 3 esferas. Presenta hipotimia discreta de meses de evolución. Alteración del contenido del pensamiento en forma de ideas delirantes de corte celotípico y de perjuicio con fenómenos autorreferenciales. No existe alteración de la esfera sensorio-perceptiva. No presenta ideación autolítica. Mantiene un adecuado ritmo cognitivo y conserva los ritmos biológicos de sueño y apetito. ¿Cuál es el diagnóstico que se ajusta más al cuadro clínico que presenta la paciente?

1. Esquizofrenia paranoide.
2. Trastorno depresivo mayor con características psicóticas.
3. Trastorno paranoide de la personalidad.

4. Trastorno delirante.

204. ¿Cuál es la orientación diagnóstica ante un hombre de 35 años sin antecedentes médicos que acude a consulta explicando temores insuperables a entrar en lugares concurridos tras haber experimentado hace un mes, al entrar en un centro comercial, un episodio agudo de ansiedad con síntomas somáticos (taquicardia, sudores, disnea.) ?

1. Trastorno por estrés anticipatorio.
2. Fobia de impulsión evitativa.
3. Trastorno obsesivo.
4. Trastorno por angustia con agorafobia.

205. Una estudiante de Medicina de 22 años, con antecedentes familiares en el mismo sentido de su malestar, consulta por temor, desde la infancia, a la observación de escenas que contengan sangre o daño físico, lo cual provoca desmayo con pérdida de conciencia y caída al suelo, con recuperación completa en escasos minutos. ¿Cuáles son la orientación diagnóstica y actitud terapéutica correctas?

1. Padece un trastorno conversivo y requiere psicoterapia analítica.
2. Padece una agorafobia y requiere tratamiento con inhibidores de la monoaminooxidasa.
3. Padece una fobia simple y requiere tratamiento cognitivo-conductual.
4. Padece una fobia específica y no requiere tratamiento.

206. Unos padres acuden a consulta preocupados por la situación de su hijo que va a repetir 4º de Educación Primaria Obligatoria (EPO). En el colegio se quejan de su comportamiento, pero no han realizado ninguna intervención. Los padres se sienten culpables porque han retrasado la petición de ayuda por los problemas de salud de la hermana. Hace 2 años la diagnostican de leucemia y han estado centrados en su tratamiento que ha evolucionado positivamente. Manifiestan que su hijo tiene problemas con los compañeros por su carácter, es muy inquieto y distraído, no acepta perder y se altera cuando no gana. Los problemas los tuvo de siempre, pero aumentan al iniciar EPO, y la profesora siempre les ha dicho que era vago pero que era capaz, quitándole importancia. ¿Cómo orientarías este caso?

1. Realizaría el diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y le pondría tratamiento con metilfenidato.
2. Analizaría la dinámica familiar para trabajar los problemas derivados de la enfermedad en la hermana y lo que esto había supuesto en el comportamiento del niño.

3. Intervendría con el colegio para que aporte información del posible acoso escolar.
4. Tendría una entrevista con el niño y solicitaría información escolar.

207. Mónica es una chica de veinte años que es llevada al servicio de urgencias por sus padres porque ya no saben qué hacer con ella. Desde hace unos tres años está obsesionada con su silueta y parece que todo lo juzga en base al aspecto físico, infravalorando otras cualidades personales que tiene y que todos reconocen. Desde hace unos cinco meses presenta además episodios que le hacen sentirse muy mal y que describe como incontrolables, consistentes en la ingesta de cantidades enormes de comida en muy poco tiempo. Esto le ha venido ocurriendo cada vez con más frecuencia llegando a ocurrirle entre dos y tres veces por semana los últimos 3 meses. Cuenta por ejemplo que anoche ingirió cuatro paquetes de galletas en una hora y media tras lo que, como habitualmente suele hacer, al no poder soportar el sentimiento de culpa se ha provocado el vómito, expulsando así la mayor parte de lo ingerido.

En ésta paciente sería mucho más IMPROBABLE encontrar una de las siguientes características, señálela:

1. Acidosis metabólica con hipercloremia.
2. Conductas de ayuno.
3. Antecedentes de conductas impulsivas como consumo de alcohol o comportamientos autolesivos de baja letalidad.
4. Niveles de amilasa séricos elevados.

208. Señale la respuesta correcta sobre los ensayos clínicos con medicamentos en menores:

1. Son legalmente posibles y éticamente aceptables, pero el investigador debe respetar el deseo explícito del menor de negarse a participar en el ensayo, siempre que éste sea capaz de formarse una opinión.
2. Son legalmente posibles y éticamente aceptables y únicamente requieren la autorización de los padres o tutores legales.
3. Son legalmente posibles y éticamente aceptables, siempre que el niño tenga 12 años o más.
4. Son legalmente posibles pero no son éticos, dado que los niños no tienen capacidad para consentir con la investigación.

209. Un ensayo clínico no mostró diferencias significativas entre el nuevo fármaco tromboprix y placebo en la incidencia de infarto de miocardio (7% versus 5%; $p = 0,68$) en la población total del estudio, pero sí mostró que tromboprix reducía el riesgo de infarto en uno de los 20

subgrupos analizados, concretamente en mayores de 55 años (3% versus 8%; p = 0,048). Señale lo CIERTO:

1. El resultado significativo en el subgrupo descarta razonablemente un error de tipo I.
2. Puede ser útil para plantear nuevas hipótesis, que deberán ser comprobadas en nuevos ensayos diseñados a tal fin.
3. El error de tipo II puede ser el causante de la significación estadística en dicho subgrupo.
4. El resultado obtenido en el subgrupo es un ejemplo de la denominada paradoja de Brawnwald.

210. En relación con los ensayos clínicos fase III realizados en oncología, señale la respuesta verdadera:

1. Suele emplearse como variable principal la tasa de respuestas, pues se considera clínicamente relevante en cualquier circunstancia.
2. En tumores frecuentes, como por ejemplo cáncer de colon, los ensayos clínicos fase III de registro suelen ser ensayos clínicos no controlados.
3. Cuando se conoce la existencia de factores pronósticos importantes del tipo de cáncer en estudio, es recomendable estratificar la aleatorización para asegurar una distribución equitativa de estos factores.
4. Deben emplearse criterios de inclusión muy estrictos que excluyan determinados tipos de pacientes (por ejemplo pacientes de edad avanzada), pues así se generalizarán los resultados más fácilmente.

211. En el año 2000, unos investigadores suecos realizaron un estudio para conocer si el consumo de cannabis aumentaba el riesgo de esquizofrenia. Para ello identificaron a 50.087 hombres que formaron parte del reclutamiento militar obligatorio entre 1969 y 1970. Como parte del proceso de reclutamiento se les hacía una entrevista donde, de forma no anónima, indicaban el consumo de cannabis. A este grupo se les siguió desde 1970 a 1996 a través de los registros hospitalarios para conocer cuántos de ellos tenían registrado durante ese periodo un diagnóstico de esquizofrenia. Para el análisis dividieron a los sujetos en dos grupos: los que indicaron que habían consumido cannabis 2 o más veces y los que consumieron cannabis menos de 2 veces y calcularon la frecuencia de esquizofrenia en cada uno de ellos. ¿De qué tipo de estudio epidemiológico se trata?

1. Estudio de cohorte.
2. Estudio de casos y controles.
3. Estudio de corte transversal retrospectivo.
4. Ensayo clínico no aleatorizado.

212. En un estudio epidemiológico de cohortes, ¿qué entendemos por pacientes expuestos?

1. Pacientes que tienen el factor de riesgo de la enfermedad o problema de salud que queremos estudiar.
2. Pacientes que aceptan participar en el estudio tras otorgar su consentimiento informado.
3. Sujetos que no desarrollan la enfermedad o problema de salud en estudio durante el seguimiento.
4. Pacientes que tienen la enfermedad o problema de salud que queremos estudiar.

213. El servicio de dermatología de un hospital ha registrado durante los últimos veinte años todos los casos diagnosticados de necrolisis epidérmica tóxica en el centro. Se encuentra que un 20% de estos pacientes habían estado expuestos a carbamazepina en las 6 semanas previas al diagnóstico, mientras que un 10% habían estado expuestos a fenitoína. ¿A cuál de los siguientes corresponde el diseño de este estudio?

1. Un estudio ecológico.
2. Un estudio de casos y controles.
3. Un estudio de prevalencia.
4. Un estudio descriptivo.

214. Se está evaluando la supervivencia de los pacientes infectados por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en función del momento de adquisición de la infección. ¿Cuál de las siguientes pruebas es la más adecuada para el objetivo propuesto?

1. Prueba t de Student.
2. Cálculo de la regresión lineal.
3. Estimador de Kaplan-Meier.
4. Cálculo de la regresión logística.

215. ¿Con cuáles de las siguientes medidas podemos reducir la amplitud de un intervalo de confianza?

1. Aumentando el tamaño muestral o disminuyendo el grado de confianza.
2. Disminuyendo el tamaño muestral o disminuyendo el grado de confianza.
3. Aumentando el tamaño muestral o disminuyendo la potencia estadística.
4. Aumentando el tamaño muestral o aumentando el grado de confianza.

216. Respecto a los análisis de sensibilidad en evaluaciones farmacoeconómicas, señale la respuesta FALSA:

1. Es un análisis de la incertidumbre.
2. Pueden ser multivariantes.
3. El análisis de sensibilidad de extremos es univariante.
4. La simulación de Monte Carlo es un tipo de análisis de sensibilidad probabilístico.

217. La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se evalúa mediante:

1. Cuestionarios estandarizados con propiedades métricas demostradas.
2. Radiografía simple de tórax y analítica global de sangre y orina.
3. Conjunto mínimo básico de datos (CMBD).
4. Pruebas de cribaje de alta sensibilidad y especificidad.

218. ¿Cuáles son las características del sistema sanitario español?

1. Financiación pública, cobertura universal, asistencia sanitaria integral, equidad basada en la accesibilidad y descentralización territorial.
2. Financiación pública, cobertura universal, asistencia sanitaria integral, eficacia y centralización territorial.
3. Financiación mixta (pública y privada), gestión mixta (pública y privada) y centralización territorial.
4. Financiación por cuotas de la seguridad social, gestión mixta (pública y privada) y descentralización territorial.

219. Cochrane, una organización independiente cuyo fin es aportar la mejor evidencia disponible, acostumbra a fundamentar sus recomendaciones en revisiones sistemáticas. ¿De qué cree que se trata esta metodología?

1. De un estudio con distribución al azar de los participantes entre el grupo de intervención y el grupo control.
2. De una técnica estadística que permite combinar los hallazgos de varios estudios independientes entre sí.
3. De una búsqueda estructurada a partir de una pregunta bien delimitada y de un protocolo explícito.
4. De una técnica de consenso científico válida para grupos de colaboración independientes.

220. ¿Cuál es el lugar anatómico recomendado para la administración de una vacuna por vía intramuscular en lactantes de menos de 12 meses de edad?

1. Recto anterior del abdomen.
2. Deltoides.
3. Cara anterolateral externa del muslo (músculo vasto externo).
4. Región dorso-glútea (cuadrante superior externo del glúteo mayor).

221. ¿Cuál de las siguientes vacunas está recomendada para su administración a los 12 meses con una dosis de refuerzo a los 3-4 años?

1. Hepatitis B.
2. Triple vírica.
3. Varicela.
4. Vacuna frente al neumococo.

222. ¿Cuál de las siguientes características tiene MENOS importancia en un programa de cribado (o detección precoz) poblacional?

1. Que la prueba diagnóstica para la detección precoz sea muy específica.
2. Que la identificación precoz del trastorno permita aplicar intervenciones que mejoren su pronóstico.
3. Que el proceso de detección precoz sea económicamente rentable.
4. Que el programa se aplique a un trastorno común con una gran carga de morbilidad.

223. Mujer boliviana de 35 años de edad, embarazada de 3 meses, que lleva viviendo 10 años en España con su pareja, que es español y no ha viajado nunca a Latinoamérica. La mujer tiene otros dos hijos con su pareja, nacidos en España y un hermano que vive en Bolivia y otro en España. Durante el embarazo le han diagnosticado infección por Trypanosoma cruzi. ¿Cuál de las siguientes actuaciones a realizar sobre la enfermedad es INCORRECTA?

1. Recomendar que sus hijos se hagan la serología de T. cruzi por el riesgo de transmisión transplacentaria.
2. Informar a la paciente del riesgo de transmisión de T. cruzi y de la actitud que se va a tomar durante el embarazo, parto y postparto.
3. Recomendar que su marido se haga la serología de T. cruzi por el riesgo de haberle transmitido la enfermedad por vía sexual.
4. Recomendar que sus hermanos se hagan la serología de T. cruzi por el riesgo de transmisión vectorial.

224. ¿Cuál de las siguientes características es atribuible a los estudios de casos y controles?

1. Permiten conocer el riesgo asociado con la exposición a varios factores.

2. Se incluye un grupo expuesto a un factor y otro grupo no expuesto.
 3. Son muy eficientes cuando la prevalencia de exposición al factor es muy baja.
 4. Son estudios aleatorizados.
- 225. Cuando se elabora el protocolo de un proyecto de investigación, ¿cuál de los siguientes aspectos debe acometerse en primer lugar?**
1. Definir los objetivos.
 2. Justificar el problema.
 3. Establecer la población de referencia.
 4. Definir la hipótesis.
- 226. Un hombre de 35 años acude a urgencias con dolor perianal intenso y fiebre de 38°C de dos días de evolución. En la exploración presenta una masa dolorosa en fosa isquio-rectal izquierda. ¿Cuál es la actitud más adecuada?**
1. Antibióticos de amplio espectro y controlar evolución.
 2. Realizar ecoendoscopia y PAAF ecoguiada.
 3. Drenaje bajo anestesia regional.
 4. Realizar una TC y así valorar la vía de abordaje para su correcto tratamiento.
- 227. En prevención secundaria, tras un infarto agudo de miocardio, ¿cuál de las siguientes medidas NO ha demostrado efecto beneficioso?**
1. Ejercicio físico.
 2. Antagonistas del calcio.
 3. Ácido acetilsalicílico.
 4. Betabloqueantes.
- 228. En el diseño de los ensayos clínicos, la asignación aleatoria permite reducir el riesgo de las siguientes causas de sesgos, EXCEPTO una:**
1. Expectativas en torno a los tratamientos estudiados.
 2. Cambios en los estándares de tratamiento a lo largo del tiempo.
 3. Diferencias en la práctica clínica entre centros participantes.
 4. Variabilidad de los factores pronósticos desconocidos entre individuos.
- 229. ¿Cuál de las siguientes entidades NO es una enfermedad de transmisión sexual producida por Chlamydia trachomatis?**
1. Perihepatitis.
 2. Uretritis.
 3. Chancroide.
 4. Linfogranuloma venéreo.
- 230. Mujer de 50 años, no fumadora que presenta desde hace tres años disnea progresiva y tos no productiva. Auscultación con crepitantes finos basales. Pruebas funcionales respiratorias: FVC 89%, FEV1 65%, FEV1/FVC 60%, TLC 130%, RV 170%, RV/TLC 150%, DLCOc 56%. En TC imágenes quísticas diseminadas. ¿Cuál de estos diagnósticos le parece el más probable?**
1. EPOC.
 2. Linfangioleiomiomatosis.
 3. Fibrosis pulmonar idiopática.
 4. Histiocitosis X.
- 231. En relación a los cuidados paliativos indique la respuesta correcta:**
1. Comienzan cuando termina el tratamiento activo y se considera que ya no hay nada más que hacer.
 2. Finalizan con la muerte del paciente.
 3. Se aplican desde las fases tempranas de la enfermedad.
 4. Interfieren en el curso de la enfermedad.
- 232. ¿Qué prueba complementaria tiene una MENOR relevancia en el diagnóstico de espondiloartritis axial?**
1. Resonancia magnética de sacroiliacas.
 2. HLA-B27.
 3. Radiografía de sacroiliacas.
 4. Velocidad de sedimentación globular.
- 233. Mujer de 45 años. Dos gestaciones previas con partos normales (G2PN2). Sangrado menstrual abundante desde hace aproximadamente 1 año. En ecografía se observa un mioma subseroso de 2 cm que ha permanecido estable desde hace varios años. Se realiza biopsia endometrial que resulta normal. La paciente presenta hemoglobina 10 g/dL a pesar de feroterapia oral y la cantidad de flujo menstrual no ha disminuido a pesar de tratamiento con ácido tranexámico y ácido mefenámico. ¿Cuál de los siguientes es el tratamiento de primera elección en esta paciente?**
1. Histerectomía total conservando anejos.
 2. Anticonceptivos combinados orales.
 3. Ablación endometrial.
 4. DIU de levonorgestrel.
- 234. ¿Cuál de las siguientes glomerulopatías es la causa más frecuente de síndrome nefrótico en el anciano?**

1. Glomerulonefritis membranosa.
2. Glomeruloesclerosis segmentaria focal.
3. Nefropatía diabética.
4. Amiloidosis renal.

235. ¿Cuál de los siguientes supuestos clínicos es más probable que se corresponda con una esclerosis múltiple?

1. Mujer de 36 años que nota descargas eléctricas desde la región cervical a las nalgas al doblar el cuello, con hallazgo exploratorio de piramidalismo en ambas piernas y hemihipoestesia con nivel D1.
2. Mujer de 22 años con crisis tónico-clónicas generalizadas de reciente comienzo, examen neurológico normal y esclerosis temporal mesial en RM craneal.
3. Hombre de 42 años con parestesias subagudas ascendentes por ambas piernas y brazos, paraparesia simétrica y arreflexia universal.
4. Hombre de 54 años con deterioro cognitivo de curso rápidamente progresivo en el que la RM craneal demostró lesiones hiperintensas periventriculares múltiples y lagunas subcorticales.

