



MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CIENCIA

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

## PRUEBAS SELECTIVAS 2004

### CUADERNO DE EXAMEN

## MÉDICOS

---

### ADVERTENCIA IMPORTANTE

ANTES DE COMENZAR SU EXAMEN, LEA ATENTAMENTE LAS SIGUIENTES

### INSTRUCCIONES

1. 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.
2. La “Hoja de Respuestas” está nominalizada. Se compone de tres ejemplares en papel autocopiativo que deben colocarse correctamente para permitir la impresión de las contestaciones en todos ellos. Recuerde que debe firmar esta Hoja y rellenar la fecha.
3. Compruebe que la respuesta que va a señalar en la “Hoja de Respuestas” corresponde al número de pregunta del cuestionario.
4. **Solamente se valoran** las respuestas marcadas en la “Hoja de Respuestas”, siempre que se tengan en cuenta las instrucciones contenidas en la misma.
5. Si inutiliza su “Hoja de Respuestas” pida un nuevo juego de repuesto a la Mesa de Examen y **no olvide** consignar sus datos personales.
6. Recuerde que el tiempo de realización de este ejercicio es de **cinco horas improrrogables**.
7. Podrá retirar su Cuaderno de Examen una vez finalizado el ejercicio y hayan sido recogidas las “Hojas de Respuesta” por la Mesa.

1. **Un paciente de 45 años de edad es diagnosticado de esófago de Barrett largo (segmento de 6 cm) y sigue tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP) a dosis estándar. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?:**
  1. En su seguimiento se realizará endoscopia solo si persisten los síntomas.
  2. Mientras se mantenga el tratamiento continuo con IBP se elimina el riesgo de cáncer.
  3. Se debe asegurar un control adecuado de la secreción ácida con dosis altas de IBP o preferiblemente ajustando la dosis mediante pHmetría.
  4. El seguimiento solo es necesario si existe displasia de alto grado.
  5. La inhibición adecuada de la secreción ácida logra la regresión del epitelio metaplásico.
  
2. **Señalar en relación con el linfoma gástrico primario, cuál es la respuesta acertada:**
  1. El linfoma gástrico primario es de peor pronóstico que el adenocarcinoma.
  2. El tratamiento antibiótico de erradicación de *Helicobacter Pylori* provoca la regresión de un pequeño porcentaje (15%) de los linfomas MALT.
  3. Los pacientes que responden a la antibioterapia en linfoma MALT deben controlarse mediante endoscopia periódica, debido al desconocimiento de si se elimina el clon neoplásico o simplemente se suprime de forma temporal.
  4. La resección gástrica asociada a quimioterapia permite supervivencias de 80 a 90% a los cinco años en pacientes con linfoma de alto grado localizados.
  5. El linfoma gástrico primario es una forma infrecuente de presentación extraganglionar de linfoma.
  
3. **Paciente de 68 años, operado hace 15 años de una úlcera gastroduodenal con vagotomía troncal y que consulta por diarrea crónica. Tras el estudio se llega a la conclusión que es debida a la cirugía previa. De las siguientes respuestas, ¿cuál es la correcta?:**
  1. Es una complicación muy rara, menor del 1%.
  2. Suele preceder a las comidas.
  3. La loperamida no sirve como tratamiento.
  4. Suele ser debido a un trastorno de la motilidad.
  5. Está causada por sobrecrecimiento bacteriano.
  
4. **Paciente de 23 años diagnosticado de enfermedad celiaca y sometido a dieta sin gluten. Tras ello recuperó peso pero siguió con dos a tres deposiciones al día de heces blandas. Las grasas en heces eran de 10 g/día. Los anticuerpos antiendomiosio tipo IgA persistían positivos tras dos años de tratamiento. La causa más probable de esta insuficiente respuesta al tratamiento es:**
  1. Intolerancia a la lactosa.
  2. Linfoma intestinal.
  3. Esprue colágeno.
  4. Esprue refractario.
  5. Incumplimiento de la dieta sin gluten.
  
5. **En un paciente con metástasis pulmonares y sin afectación hepática por un carcinoma de origen intestinal ¿Cuál es la localización más probable del primario?:**
  1. Recto.
  2. Sigma.
  3. Angulo esplénico del colon.
  4. Colon transverso.
  5. Ciego.
  
6. **Una paciente de 24 años presenta diarrea con emisión de moco y sangre, y dolor abdominal, sin que existan antecedentes epidemiológicos de interés. ¿Qué diagnóstico sería, entre los siguientes, el más probable y qué exploración realizaría para confirmarlo?:**
  1. Diverticulosis y enema opaco.
  2. Angiodisplasia del colon y arteriografía.
  3. Enfermedad inflamatoria intestinal y colonoscopia.
  4. Divertículo de Meckel y gammagrafía con <sup>99</sup>Tc pertecnetato.
  5. Adenoma vellosos rectal y rectoscopia.
  
7. **Señale cuál de los siguientes fármacos puede ser eficaz como alternativa a la colectomía en el tratamiento de un paciente con colitis ulcerosa severa, refractaria a tratamiento con esteroides a dosis altas:**
  1. Ciclosporina.
  2. Azatioprina.
  3. Metotrexate.
  4. Infliximab.
  5. Talidomida.
  
8. **Una mujer de 81 años acude por astenia franca durante el último mes. La analítica revela una anemia microcítica y ferropénica (hemoglobina 10g/dL, hematocrito 29%, VCM 71 fl, sideremia 15 µg/dL). Es hipertensa por lo cual recibe un inhibidor del enzima convertidor de la angiotensina y padece dolores osteomusculares generalizados atribuidos a artrosis que ella trata de forma espontánea con ácido acetilsalicílico. No refiere molestias digestivas, su hábito deposicional es normal y nunca ha visto sangre en las deposiciones. Una prueba de sangre oculta en heces da resultado positivo. Usted indica una endoscopia digestiva alta y una colonoscopia total que no muestra lesión alguna. ¿Cuál**

sería la conducta más adecuada?:

1. Indicar una exploración del intestino delgado con cápsula endoscópica.
2. Indicar una arteriografía selectiva de tronco celíaco y ambas mesentéricas para descartar angiодisplasia.
3. Indicar una gammagrafía con Pertechnetato de Tc<sup>99</sup> para descartar divertículo de Meckel.
4. Limitarse a dar tratamiento con hierro oral.
5. Prohibir el uso de ácido acetil-salicílico u otros AINE, dar hierro oral y repetir la analítica en un plazo de 2 meses.

9. **Enfermo de 35 años diagnosticado de hepatitis C sin confirmación histológica que desde hace 4 años no ha realizado ninguna revisión médica. Bebedor de 100 g/día de alcohol desde hace más de 15 años. Acude a la consulta por astenia moderada sin otra manifestación clínica. A la exploración física aparecen arañas vasculares, circulación colateral y esplenomegalia. Las exploraciones complementarias presentan los siguientes resultados: Hb 12 g/dL, Leucocitos 3500/mm<sup>3</sup>, Plaquetas 76000/mm<sup>3</sup>, GOT 98 UI/l, GPT 45 UI/l, GGT 175 UI/l, urea 23 mg/dL, hierro 175 mcg/dL, Ferritina 2300 mcg/L (límite superior de normalidad 370 mcg/L), Genotipo del virus C: 1b, viremia VHC > 2,5 millones de copias (superior a 700000 UI), HBsAg positivo. Ig G anti CMV positiva. ¿Cuál de las siguientes posibilidades etiológicas podría rechazar con la información disponible?:**

1. Hepatitis C.
2. Hemocromatosis.
3. Hepatopatía alcohólica.
4. Hepatitis B.
5. Hepatitis por CMV.

10. **Señale cuál de las siguientes afirmaciones con respecto a la cirrosis hepática es FALSA:**

1. El consumo excesivo de alcohol y la hepatitis viral son las causas de la cirrosis en el 90% de los casos.
2. La cirrosis hepática puede ser una enfermedad asintomática.
3. La esteatohepatitis no alcohólica puede ser causa de cirrosis.
4. La presencia de ascitis no es un elemento pronóstico en pacientes con cirrosis.
5. El diagnóstico de cirrosis implica la existencia de fibrosis y nódulos de regeneración.

11. **Muchacha de 26 años hospitalizada por una ictericia de instauración reciente, asociada a dolor en hipocondrio derecho. Se detecta hepatomegalia sensible sin esplenomegalia. Hay telangiectasias faciales. Reconoce antecedentes de promiscuidad sexual pero no de consumo de droga intravenosa. Los exámenes de laborato-**

**rio muestran bilirrubina 16 mg/dl, AST 315 UI/l, ALT 110 UI/l, GGT 680 UI/l, fosfatasas alcalinas 280 UI/l, protombina 40%, triglicéridos 600 mg/dl, colesterol 280 mg/dl. Una ecografía reveló un patrón hiperecogénico del hígado. La serología para virus de la hepatitis A, B y C fue negativa. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:**

1. Hepatitis vírica.
2. Hepatitis tóxica.
3. Hepatitis alcohólica.
4. Hepatitis autoinmune.
5. Hepatitis por dislipemia.

12. **Enferma de 72 años que consulta porque desde hace al menos 5 años tiene las transaminasas ligeramente elevadas (nunca por encima de 100 UI/ml). Es ligeramente obesa (índice de masa corporal = 28) y no se encuentra mal. No bebe alcohol, no toma medicamentos de forma habitual, los marcadores de virus de hepatitis B y C son negativos y la analítica habitual es normal salvo AST (GOT) 82 UI/ml y ALT (GPT) 107 UI/ml, con gammaglobulina de 1,8 g/dl e IgG de 1700 mg/dl. Tiene anticuerpos antinucleares positivos a 1/80 y anti-fibra lisa a 1/160. ¿Cuál sería el siguiente paso?:**

1. Recomendar que normalice su peso, porque con ello es probable que lo hagan las alteraciones analíticas.
2. Indicar la práctica de una biopsia hepática.
3. Iniciar tratamiento con prednisona y azatioprina.
4. Iniciar tratamiento con ácido ursodesoxicólico.
5. Tranquilizar a la enferma por lo irrelevante de su proceso.

13. **Paciente colecistectomizada hace 6 años por colelitiasis. Desde hace 6 meses presenta dolor cólico en flanco derecho a temporadas. En la analítica hay valores de colestasis moderada. La ecografía abdominal sugiere coledocolitiasis. ¿Cuál, entre las siguientes, es la prueba indicada para realizar en primer lugar, en este caso?:**

1. Tomografía computerizada abdominal con contraste i.v.
2. Colangiografía i.v.
3. Colangiografía retrógrada endoscópica.
4. Colangiografía magnética.
5. Colangiografía isotópica.

14. **¿Cuál es la primera medida terapéutica a adoptar en la pancreatitis aguda?:**

1. Aspiración nasogástrica.
2. Dieta absoluta.
3. Antibioticoterapia de amplio espectro.
4. Administración de somatostatina.

5. Administración de inhibidores de la bomba de protones.
- 15. Paciente con vómitos, niveles séricos de amilasa aumentados y de lipasa normales. La amilasu-  
ria y el aclaramiento de amilasa/aclaramiento  
de creatinina están disminuidos, éste último es  
del 0,78. Señale, entre los que se mencionan, el  
diagnóstico más probable:**
1. Pancreatitis aguda de más de cinco días de duración.
  2. Pancreatitis aguda en paciente con hipertrigliceridemia.
  3. Pancreatitis crónica.
  4. Macroamilasemia.
  5. Lesión de las glándulas salivares.
- 16. En una radiografía de abdomen en supino se ve  
el ligamento falciforme. ¿Cuál es el diagnóstico  
más probable?:**
1. Ascitis.
  2. Perforación intestinal.
  3. Peritonitis.
  4. Oclusión intestinal.
  5. Íleo paralítico.
- 17. En la valoración en el servicio de urgencias  
hospitalario de un paciente con dolor abdomi-  
nal agudo, ¿cuál de las siguientes afirmaciones  
es INCORRECTA?:**
1. El inicio, la localización y severidad de dolor son útiles en el diagnóstico diferencial.
  2. La palpación es el aspecto más importante de la exploración física.
  3. El recuento de leucocitos puede ser normal en procesos inflamatorios abdominales como la apendicitis.
  4. La ecografía es una prueba de imagen útil y cada vez más utilizada en la valoración del dolor abdominal.
  5. No debe administrarse medicación analgésica hasta que el cirujano valore al paciente porque puede oscurecer el diagnóstico.
- 18. Un paciente de 68 años consulta por dolor y  
abultamiento a nivel de pliegue inguinal dere-  
cho, aparecidos tras la realización de esfuerzo  
físico. En la exploración en bipidestación el  
pliegue inguinal ha quedado substituido por  
una tumoración oblicua, blanda, depresible que  
aumenta con la tos, llegando a la base escrotal.  
En relación con este cuadro clínico, refiera cuál  
de las afirmaciones siguientes es correcta:**
1. Se trata de una hernia crural (hernia femoral), debe ser intervenido mediante herniorrafia con el músculo pectíneo.
  2. El diagnóstico es hernia inguinal indirecta, debe ser intervenido mediante hernioplastia de Lichtenstein.
- 19. El pronóstico de un cáncer de colon se relaciona  
con las siguientes circunstancias EXCEPTO:**
1. Elevación preoperatorio del CEA.
  2. Tamaño tumoral.
  3. Diferenciación histológica.
  4. Tumor perforado.
  5. Infiltración grasa pericólica.
- 20. Un paciente de 55 años refiere plenitud post-  
prandial progresiva desde hace 3 semanas. En  
la actualidad intolerancia a la ingesta con vómi-  
tos de carácter alimentario. La exploración  
endoscópica muestra restos alimenticios en  
cavidad gástrica y una gran ulceración (unos 3  
cms. de diámetro) en la porción distal próxima  
a la segunda rodilla duodenal. El estudio ana-  
tomo-patológico demostró adenocarcinoma.  
Refiera de las opciones terapéuticas siguientes,  
cuál es la más correcta:**
1. El tratamiento consiste en duodeno-pancreatectomía cefálica.
  2. El tratamiento del carcinoma duodenal es paliativo, por lo que debe realizarse gastro-yeyunostomía posterior, retrocólica, inframesocólica.
  3. Se debe realizar resección segmentaria con anastomosis duodenal término-terminal.
  4. Se practicará instalación de prótesis autoexpandible con radioterapia y quimioterapia sistémica.
  5. Teniendo en cuenta la frecuente afectación ampular (ampula de Vater) se realizará derivación biliar y a continuación gastro-yeyunostomía.
- 21. Un varón de 50 años, cardiópata conocido en  
fibrilación auricular crónica, acude al Servicio  
de Urgencias refiriendo dolor centroabdominal  
intenso y continuo, irradiado a epigastrio, y de  
comienzo brusco hace unas 2 horas. A la explo-  
ración el paciente está estable y con sensación  
de mucho dolor abdominal, aunque el abdomen  
aparece blando y depresible, sin signos de irri-  
tación peritoneal. La exploración radiológica  
simple de tórax y abdomen es normal. Señale,  
entre las siguientes, la afirmación correcta:**
1. La localización y características del dolor permiten descartar una isquemia miocárdica.

2. La exploración abdominal normal permite descartar un abdomen agudo quirúrgico.
3. Se debe administrar analgesia y ver evolución en unas horas.
4. Se debe realizar una arteriografía mesentérica urgente para descartar una embolia mesentérica.
5. Lo más probable es que se trate de un dolor abdominal inespecífico y sin consecuencias adversas.

**22. Paciente de 50 años con antecedentes de cirrosis hepática por virus C de la hepatitis con antecedentes de ascitis controlada con diuréticos. En una ecografía rutinaria se describe la presencia de una lesión ocupante de espacio de 4,5 cm. de diámetro en el segmento VIII. Se realiza una punción aspiración con aguja fina cuyo resultado es compatible con carcinoma hepatocelular. Los análisis muestran un valor de bilirrubina de 2,5 mg/dl, creatinina 0,8 mg/dl, INR de 1.9 y alfafetoproteína de 40 UI/L. Se realizar una endoscopia que demuestra la presencia de varices esofágicas de pequeño tamaño. La medición del gradiente de presión venosa hepática refleja un valor de 14 mmHg. Señale cual de las siguientes es la actitud de tratamiento más correcta:**

1. Actitud expectante con repetición cada 3 meses de ecografía para la valoración del crecimiento de la lesión.
2. Segmentectomía con amplio margen de seguridad.
3. Tratamiento paliativo por la excesiva extensión de la enfermedad tumoral.
4. Tratamiento exclusivo mediante embolización transarterial en sesiones repetidas de acuerdo a la reducción del tamaño tumoral.
5. Trasplante hepático si el paciente no presenta contraindicaciones para su realización.

**23. La auscultación del corazón requiere un estoscopio con campana y membrana. Señale la respuesta verdadera:**

1. La campana es mejor para oír los sonidos graves como el soplo de las estenosis mitral.
2. La membrana identifica mejor sonidos graves como el soplo de la Insuficiencia aórtica.
3. El primer tono cardíaco sigue al pulso carotídeo y el segundo tono lo precede.
4. El primer tono normal es más fuerte y agudo que el segundo.
5. El segundo tono cardíaco se debe al cierre de las válvulas mitral y tricúspide.

**24. Una mujer de 72 años con antecedentes de diabetes mellitas e infarto de miocardio hace un año, tiene una fracción de eyección ventricular izquierda de 0,30 y está en tratamiento habitual con aspirina, furosemida (20 mg/día) y capto-**

**pril (25 mg/día). Acude a su consulta por disnea de pequeños esfuerzos. La exploración física es compatible con insuficiencia cardiaca, de predominio derecho. TA: 140/70 mmHg. FC: 70 lpm. ¿Cuál de las siguientes intervenciones es de menor prioridad desde el punto de vista de mejorar su pronóstico?**

1. Cambiar el captopril por lisinopril (20 mg/día).
2. Iniciar tratamiento con digoxina (0,25 mg/día).
3. Iniciar tratamiento con espironolactona (25 mg/día).
4. Iniciar tratamiento con bisoprolol (1,25 mg/día).
5. Iniciar tratamiento con simvastatina (40 mg/día).

**25. Hombre de 67 años, hipertenso y fumador que acude a urgencias por disnea de grandes esfuerzos en el último mes. La auscultación demuestra disminución del murmullo vesicular sin otros hallazgos. La Rx de tórax y el ECG realizados son normales. Los valores en sangre de péptido natriurético tipo B son de 60 pg/ml. (valores normales <100pg/ml.) ¿Cuál de los siguientes diagnósticos es el menos probable?:**

1. Disfunción ventricular sistólica.
2. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
3. Asma.
4. Hipertensión pulmonar primaria.
5. Tromboembolismo pulmonar.

**26. Señale la respuesta correcta respecto a las siguientes valvulopatías:**

1. La dilatación auricular izquierda atenúa la elevación de la presión intraauricular izquierda (y, por tanto, capilar pulmonar) en la insuficiencia mitral aguda.
2. La dilatación ventricular izquierda atenúa la elevación de la presión teledistólica en la insuficiencia aórtica crónica.
3. La dilatación auricular izquierda frena la progresión de la estenosis mitral.
4. La disfunción sistólica severa ventricular izquierda producida por la estenosis aórtica contraindica su tratamiento quirúrgico.
5. La acomodación de la caja torácica reduce los síntomas del prolapso mitral.

**27. Mujer de 74 años hipertensa que ingresa en urgencias por episodio sincopal. Su tensión arterial es de 80/40 mmHg y la frecuencia cardiaca de 110 lpm, con una saturación de oxígeno del 91%. Presenta ingurgitación yugular sin otros hallazgos significativos en la exploración general y neurológica. En el ECG realizado se objetiva taquicardia sinusal con alternancia eléctrica. ¿Cuál de las siguientes pruebas com-**

**plementarias solicitaría primero?:**

1. Gammagrafía ventilación/perfusión.
2. TC torácico.
3. Hemograma.
4. Ecocardiograma.
5. Rx. de tórax.

**28. Una mujer de 70 años ingresa con un infarto agudo de miocardio de localización anterior es tratada con activador tisular del plasminógeno. A las 2 horas de dicho tratamiento refiere intenso dolor precordial y elevación marcada del segmento ST en derivaciones V2, V3 y V4. ¿Cuál de las siguientes exploraciones le parece más indicada?:**

1. Una determinación urgente de troponina.
2. Un ecocardiograma transesofágico.
3. Una angiografía coronaria.
4. Una gammagrafía de ventilación/perfusión.
5. Una radiografía de tórax.

**29. Paciente de 63 años que refiere disnea progresiva desde hace 6 meses, tiene antecedentes de diabetes melítus y cirrosis hepática, en la exploración llama la atención una marcada hiperpigmentación cutánea, presión venosa elevada, estertores húmedos pulmonares bilaterales y ritmo de galope. La placa de tórax muestra incipientes signos de edema pulmonar y un tamaño de la silueta cardíaca aparentemente normal. ¿Cuál de las siguientes cardiopatías se debe sospechar?:**

1. Miocardiopatía restrictiva secundaria a amiloidosis.
2. Miocardiopatía restrictiva secundaria a hemocromatosis.
3. Miocardiopatía hipertrófica familiar.
4. Miocardiopatía hipertensiva.
5. Miocardiopatía restrictiva secundaria a sarcoidosis.

**30. Una de las formas de taquicardia supraventricular es la taquicardia por reentrada nodal. Indique cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA en relación con esta arritmia:**

1. Representa el mecanismo más frecuente de taquicardia supraventricular y afecta de manera predominante a mujeres.
2. Se presenta habitualmente como una taquicardia paroxística, regular, con complejo QRS estrecho.
3. Durante la taquicardia la onda P retrógrada aparece situada a unos 160 milisegundos después del inicio del complejo QRS.
4. Clínicamente la característica principal es la sensación de palpitations en el cuello debida a la aparición de un reflujo yugular por contracción simultánea de aurículas y ventrículos.

5. En casos de taquicardias recurrentes el tratamiento de elección es la ablación con radiofrecuencia.

**31. Indique cuál de las siguientes afirmaciones es cierta respecto al tratamiento de la hipertensión arterial:**

1. En pacientes obesos la reducción del peso por sí sola no disminuye la tensión arterial.
2. Los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA) deben añadirse al tratamiento previo con diuréticos sin interrupción de éstos.
3. Los antagonistas de los receptores de la angiotensina II no producen hiperpotasemia como efecto secundario, a diferencia de los IECA.
4. Los estudios a largo plazo han demostrado que los diuréticos en el tratamiento de la HTA disminuyen la morbimortalidad.
5. La taquicardia refleja es un efecto secundario de los antagonistas del calcio no dihidropiridínicos.

**32. ¿Cuál de los siguientes pacientes hipertensos se beneficia más de un mayor descenso de la TA para prevenir complicaciones cardiovasculares?:**

1. Anciano con hipertensión sistólica aislada.
2. Varón de edad media con antecedentes de infarto de miocardio.
3. Diabético con nefropatía diabética.
4. Mujer joven con estenosis de arteria renal.
5. Mujer de 50 años, fumadora, obesa e hipercolesterolemica.

**33. Un paciente varón de 80 años de edad refiere tener dolor lumbar muy intenso, de instauración brusca, en reposo y sin modificación con los movimientos ni la palpación lumbar. En la exploración física destaca hipotensión arterial y la existencia de una masa abdominal pulsátil. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones son ciertas en relación con el diagnóstico y tratamiento del paciente?:**

1. El diagnóstico más probable es la existencia de una neoplasia de colon.
2. El cuadro clínico sugiere disección aórtica y debe hacerse de inmediato una aortografía.
3. La masa abdominal sugiere un aneurisma aórtico abdominal pero no explica el dolor lumbar del paciente.
4. Se debe realizar tratamiento analgésico y diferir el estudio de la masa abdominal para hacerlo de forma reglada ambulatoria en días posteriores.
5. Se debe realizar estudio inmediato con TAC abdominal por probable existencia de aneurisma aórtico abdominal complicado y valoración quirúrgica urgente.

**34. Señale la respuesta correcta respecto al shock:**

1. En el shock hipovolémico la presión venosa central y la presión de enclavamiento pulmonar están elevadas.
2. El shock secundario a insuficiencia suprarrenal no precisa de volumen ni vasopresores para su tratamiento.
3. El tratamiento inicial del shock séptico debe ser la dobutamina.
4. El shock se define por hipotensión, gasto cardiaco bajo y resistencias vasculares altas.
5. El shock cardiogénico es un fallo primario de bomba que produce disminución del aporte de oxígeno a los tejidos y elevación de las presiones vasculares pulmonares.

**35. Mujer de 55 años que es sometida a recambio valvular mitral mediante una prótesis mecánica bivalva. El postoperatorio cursa de forma normal, la paciente es dada de alta al séptimo día en ritmo sinusal y con un ecocardiograma de control que muestra una prótesis normofuncionante y una función ventricular izquierda conservada. ¿Qué régimen de anticoagulación y/o antiagregación recomendaría a largo plazo en dicha paciente?:**

1. Anticoagulación oral durante 3 meses para mantener INR entre 2,5-3,5 y posteriormente clopidogrel, 1 comprimido al día, suspendiendo la anticoagulación oral.
2. Anticoagulación oral para mantener INR entre 4-5 de forma indefinida.
3. Anticoagulación oral para mantener INR entre 3-4 de forma indefinida.
4. AAS 250 mg/24h de forma indefinida.
5. Anticoagulación oral para mantener INR entre 2-3 más AAS 125 mg/24 de forma indefinida.

**36. Un hombre de 28 años con adicción a drogas vía parenteral es traído a urgencias con disnea, agitación, sudoración, extremidades frías y tos productiva de esputo rosado. Había tenido fiebre y escalofríos los dos últimos días, pero bruscamente comienza con disnea 1 hora antes. Los signos vitales son TA 105/40, PA 126 por min., 38 respiraciones por min., saturación de oxígeno 88%, temperatura 39,7°C. El pulso carotídeo es lleno y colapsante (pulso de Corrigan) y presenta un soplo diastólico precoz. La auscultación pulmonar pone de manifiesto estertores húmedos bilaterales generalizados. Además de la intubación urgente y administración de furosemida intravenosa, ¿cuál de las siguientes acciones inmediatas es la más importante?:**

1. Administrar naloxona y nitritos.
2. Llamar al cirujano cardíaco.
3. Realizar ecocardiograma urgente.

4. Sacar hemocultivos y comenzar antibióticos intravenosos.
5. Administrar naloxona y antibióticos intravenosos y colocar un balón intra-aórtico de contrapulsación.

**37. Un paciente de 68 años de edad ha sido diagnosticado de una estenosis de la arteria coronaria derecha (a nivel proximal) siendo tratado mediante angioplastia coronaria transluminal percutánea. Inmediatamente después de la misma, el paciente presenta un cuadro clínico caracterizado por dolor torácico agudo, alteraciones electrocardiográficas e inestabilidad hemodinámica. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA?:**

1. Es una complicación infrecuente tras la angioplastia percutánea.
2. La sospecha es una disección intimal de la arteria coronaria y la oclusión de la misma.
3. Puede ser precisa la cirugía de forma urgente: cortocircuito -bypass- coronario.
4. Está contraindicada la realización de una nueva coronariografía urgente para confirmar la sospecha clínica de oclusión arterial.
5. La injerto vascular más frecuentemente utilizado es la arteria mamaria interna.

**38. Una paciente de 42 años, fumadora de dos paquetes al día, con clínica de dolor de costado derecho, disnea y tos desde hace 2 meses, presenta, en la exploración física, matidez a la percusión en la mitad inferior del hemotórax derecho, plano posterior, con una línea limitante de la matidez dirigida hacia arriba y afuera. Al auscultar sobre esa zona no se oye murmullo vesicular y existe transmisión de la voz cuchi-cheada (pectoriloquia áfona). Entre los siguientes posibles hallazgos en la placa de tórax ¿cuál esperaría encontrar en este caso?:**

1. Derrame pleural derecho asociado a condensación pulmonar en lóbulo inferior derecho.
2. Un hemitórax derecho blanco con mediastino retraído hacia ese lado.
3. Una masa pulmonar derecha, localizada en el lóbulo inferior derecho, con pequeño pinzamiento del seno costofrénico homolateral.
4. Un derrame pleural derecho que ocupa el tercio inferior del hemotórax derecho,
5. Un hidroneumotórax derecho.

**39. Se considera como uno de los criterios diagnósticos de Síndrome de Distress Respiratorio del Adulto, uno de los siguientes datos:**

1. Presencia de insuficiencia cardiaca.
2. Acidemia refractaria.
3. Estertores bilaterales intensos.
4. Cociente PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> igual o inferior a 200.
5. Presión de enclavamiento pulmonar superior a

20 mm Hg .

- 40. Un paciente tiene un volumen espiratorio en el primer segundo ( $FEV_1$ ) < 60% de lo previsto después de broncodilatadores y la relación entre el  $FEV_1$  y la capacidad vital inspiratoria ( $FEV_1/VC$ ) es del 78%. El patrón espirométrico corresponde a:**
1. Tiene una obstrucción leve.
  2. Tiene una obstrucción moderada.
  3. Tiene una obstrucción severa.
  4. No tiene obstrucción.
  5. Podemos concluir que tiene una fibrosis pulmonar.
- 41. Mujer de 21 años de edad, que ha comenzado hace tres meses con “pitos” en el pecho y tos especialmente a la noche. Se ha hecho más frecuente y los últimos días no le deja descansar. La exploración muestra una discreta disminución del murmullo vesicular y algunos sibilantes de forma poco intensa en ambos hemotórax, Frecuencia cardíaca 86 pulsaciones por minuto. ¿Cuál será la primera decisión terapéutica?:**
1. Prescribir broncodilatadores  $\beta_2$  estimulantes de corta acción cada cuatro horas.
  2. Prescribir broncodilatadores de larga acción como formoterol asociado a corticoides inhalados.
  3. Indicar antibióticos asociados a broncodilatadores anticolinérgicos.
  4. Prescribir N-acetilcisteína cada seis horas asociado a amoxicilina.
  5. Prescribir prednisona por vía oral.
- 42. Paciente de 78 años de edad, afecto de EPOC muy grave ( $FEV_1$ , 25%), ex fumador, con 3 hospitalizaciones por exacerbación de EPOC durante el último año. Es ingresado de urgencias por disnea muy severa y febrícula. No se ausculta murmullo vesicular y el esputo es verdoso y abundante. La gasometría arterial ( $FIO_2$ , 21%) muestra  $PaO_2$ , 36 mmHg;  $PaCO_2$ , 63 mm Hg; pH 7,28;  $CO_3H$ , 31; EB -6; placa de tórax sin infiltrados. ¿Cuál sería, entre las siguientes, la pauta terapéutica más recomendable?:**
1. Combinar 2 broncodilatadores ( $\beta_2$ -agonista y anticolinérgico) de acción corta, nebulizados, glucocorticoides sistémicos y un antibiótico de amplio espectro, con el empleo de oxigenoterapia de flujo reducido (usando lentillas nasales) durante las primeras horas de observación.
  2. Combinar 2 broncodilatadores ( $\beta_2$ -agonista y anticolinérgico) de acción prolongada, inhalados, glucocorticoides sistémicos y un antibiótico de amplio espectro, con el empleo de ventilación mecánica no invasiva durante las primeras horas de observación.
- 43. Uno de los siguientes criterios no es sugestivo de fibrosis pulmonar idiopática:**
1. Disminución de la  $DL_{CO}$ , en presencia de acropaquia y estertores bilaterales.
  2. Alteración ventilatoria restrictiva.
  3. Ausencia de hallazgos histopatológicos en biopsia transbronquial o lavado broncoalveolar sugestivos de un diagnóstico alternativo.
  4. Exclusión de cualquier causa de enfermedad pulmonar intersticial difusa.
  5. TAC torácico de alta resolución con lesión del tipo “panal de miel” asociada de forma constante a imágenes en “vidrio esmerilado” extensos.
- 44. Mujer de 70 años hipertensa con insuficiencia renal crónica moderada que acude por disnea súbita con signos de trombosis venosa en miembro inferior derecho. En las pruebas complementarias destaca una hipoxemia de 55 mmHg, hipocapnia de 24 mmHg y taquicardia sinusal a 115 lpm en el ECG. Las plaquetas y la coagulación están dentro de los límites de referencia. El dímero D es de 981 ng/ml y la creatinina de 3,5 mg/dl. ¿Cuál de las siguientes actitudes le parece más adecuada en este momento?:**
1. Solicitar TC helicoidal torácico iniciando perfusión con heparina sódica a 1000 UI/h.
  2. Iniciar anticoagulación con heparina de bajo peso molecular a dosis de 1mg/Kg cada 12 horas.
  3. Administrar 5000 UI de heparina sódica y solicitar gammagrafía pulmonar de ventilación / perfusión.
  4. Solicitar ecografía con doppler de miembros inferiores para confirmar el diagnóstico tras administrar 1mg/Kg de heparina de bajo peso molecular.
  5. Solicitar arteriografía pulmonar y administrar 5000 UI de heparina sódica.
- 45. Paciente de 50 años que presenta en la radio-**



grafía de tórax un patrón intersticial instaurado tras una clínica de disnea de meses de duración. Al no realizarse diagnóstico se le practica una broncofibroscopia con biopsia transbronquial en la que entre otras lesiones se muestran granulomas. El lavado broncoalveolar demuestra un predominio de linfocitos (60%) con un predominio de los linfocitos T supresores citotóxicos (CD8). El diagnóstico más probable es de:

1. Neumonía intersticial linfocitaria.
2. Neumonitis por hipersensibilidad.
3. Sarcoidosis.
4. Neumonitis aspergilar.
5. Tuberculosis miliar.

46. **Mujer de 45 años que presenta un cuadro de mes y medio de dolor en costado derecho, fiebre de 38° y tos irritativa. La auscultación mostraba una disminución del murmullo vesicular en base derecha. La radiografía de tórax mostraba un velamiento de la base derecha hasta más o menos la mitad del campo pulmonar. El líquido pleural era amarillo y su análisis mostró: neutrófilos 20%, linfocitos 51%, macrófagos 1%, proteínas pleura/proteínas suero 0,6 . Investigación de bacilos de Koch negativo. El diagnóstico más probable, entre los siguientes, es:**

1. Quiste hidatídico.
2. Tuberculosis.
3. Embolismo pulmonar.
4. Insuficiencia cardiaca.
5. Síndrome nefrótico.

47. **Un paciente de 30 años adicto a drogas por vía parenteral, se presenta con un cuadro de 3 días de evolución de tiritona, fiebre, dolor torácico y tos con expectoración verdosa con “hilillos” de sangre; en la radiografía de tórax presenta varios infiltrados pulmonares con cavitación central en alguno de ellos. El diagnóstico más probable sería:**

1. Neumonía neumocócica.
2. Tuberculosis pulmonar.
3. Neumonía por anaerobios.
4. Neumonía hematógena.
5. Neumonía por *H. Influenzae*.

48. **La radiografía de tórax de un paciente muestra calcificaciones mediastínicas en “cáscara de huevo”. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:**

1. Sarcoidosis.
2. Tuberculosis.
3. Silicosis.
4. Histoplasmosis.
5. Linfoma tratado.

49. **Un paciente de 70 años, ex-fumador, tiene desde**

**hace un 1 mes, expectoración hemoptoica, disfonía, hepatomegalia, con elevación de enzimas hepáticas y una masa hiliar en la radiografía de tórax. ¿Cuál, entre los siguientes, debe ser el diagnóstico de presunción, que permitirá orientar la pauta de estudio más eficiente?:**

1. Tuberculosis pulmonar.
2. Neumonía por legionella.
3. Carcinoma broncogénico T2N0M0.
4. Carcinoma micocético limitado.
5. Carcinoma broncogénico T2N2M1.

50. **Acude al servicio de urgencias un paciente varón de 25 años de edad, refiriendo dolor de hemotórax izquierdo, pleurítico, de instauración brusca y muy intenso, acompañado de disnea de reposo. El paciente es fumador y no tiene otros antecedentes de interés. La TA sistólica es de 80 mm Hg, está sudoroso, con signos de hipoperfusión periférica y en la auscultación cardiopulmonar destaca abolición del murmullo vesicular en el referido hemotórax. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?:**

1. El diagnóstico más probable es la existencia de un embolismo pulmonar.
2. La auscultación pulmonar solo puede indicar la existencia de un derrame pleural izquierdo masivo.
3. Lo primero que debe sospechar dado el antecedentes de tabaquismo es la presencia de un evento coronario agudo.
4. El cuadro agudo y el evidente compromiso hemodinámico obliga a descartar de inmediato y pese a la edad, la existencia de un aneurisma disecante de la aorta torácica.
5. Debe realizarse evaluación radiológica y quirúrgica urgente por probable neumotórax izquierdo a tensión.

51. **¿Cuál de los siguientes parámetros podría ser considerado como criterio de exclusión absoluto para llevar a cabo una bilobectomía en un paciente de 72 años diagnosticado de EPOC y carcinoma broncogénico no microcítico?:**

1. Portador de stent coronario por antecedentes de cardiopatía isquémica.
2. Estadificación T4 clínica.
3. Antecedentes de metástasis cerebral única reseca previamente.
4. FEV1 preoperatorio de 680cc.
5. Imagen en el CT compatible con adenopatías subcarinales de 1,3 cm de diámetro (N2).

52. **Es práctica habitual en los Servicios de Urgencias realizar pruebas de neuroimagen antes de proceder a una punción lumbar diagnóstica para estudio del L.C.R., con el fin de evitar el riesgo de una herniación transtentorial. Señale en cuál de las siguientes situaciones NO debe**

**posponerse nunca el estudio de L.C.R.:**

1. Sospecha de carcinomatosis meníngea.
2. Sospecha de meningitis aguda.
3. Sospecha de mielitis transversa.
4. Sospecha de hemorragia subaracnoidea.
5. Sospecha de esclerosis múltiple.

**53. Hombre de 57 años que ingresa en el Servicio de Urgencias de nuestro hospital, tras ser encontrado en la calle sin respuesta a estímulos. En la exploración física a su llegada destaca coma con escala de Glasgow de 3 puntos, pupilas puntiformes, reflejo corneal abolido, respiración de Kussmaul y sudoración intensa. El cuadro no se modifica tras administración de 0,4 mgr. De Naloxona intravenosa. Señale el diagnóstico más probable, entre los siguientes:**

1. Infarto en el territorio de la arteria cerebral media derecha.
2. Intoxicación por cocaína.
3. Hemorragia pontina.
4. Hemorragia talámica izquierda.
5. Intoxicación por opiáceos.

**54. Un paciente presenta de forma brusca un trastorno del lenguaje caracterizado por lenguaje espontáneo escaso, casi mutismo, dificultad para evocar palabras, muy leve trastorno de la comprensión, repitiendo correctamente. Su primera sospecha diagnóstica será:**

1. Cuadro confusional agudo.
2. Accidentes isquémico frontal profundo izquierdo.
3. Hemorragia subaracnoidea.
4. Infarto silviano derecho.
5. Lesión del cuerpo calloso.

**55. Mujer de 64 años que consulta por clínica progresiva en los últimos 4 meses de debilidad en la pierna derecha. En la exploración se objetiva una paresia con amiotrofia de miembro inferior derecho y una hiperreflexia miotática de dicho miembro. ¿Cuál es su diagnóstico?:**

1. Hernia discal lumbar deficitaria.
2. Síndrome de Guillain-Barré.
3. Esclerosis lateral amiotrófica.
4. Neuropatía por enfermedad de Lyme.
5. Esclerosis múltiple.

**56. Mujer de 32 años que acude a la consulta por síntomas agudos compatibles con una oftalmoplejia internuclear bilateral. Ante la sospecha de una esclerosis múltiple ¿qué resultado de qué prueba complementaria diagnóstica NO esperaríamos encontrar?:**

1. Potenciales evocados visuales alterados en el ojo izquierdo.

2. Presencia de bandas oligoclonales en el LCR y no en el suero .
3. Anticuerpos antinucleares negativos en suero.
4. Múltiples alteraciones de señal en cerebro y médula espinal en resonancia magnética.
5. LCR con 120 células por microlitro.

**57. Se observa que un hombre de 80 años presenta una marcha lenta de base ancha al andar desde la sala de espera a la de reconocimiento para una evaluación rutinaria. Niega cualquier problema especial con la marcha, aunque refiere caídas ocasionales no asociadas con una lesión. No presenta diabetes y se somete a seguimiento sólo debido a una leve hipertensión controlada mediante dieta. En raras ocasiones practica ejercicio. En el examen, presenta una leve debilidad de los músculos cuádriceps (4+/5 manualmente); un ángulo de movimiento normal de las articulaciones; 1 + reflejos de los tobillos; una propiocepción un poco disminuida, pero presente; ninguna disminución obvia de la sensibilidad; y una pequeña vacilación al levantarse de la silla. La prueba de Romberg es normal. Anda sin ningún dispositivo de ayuda, pero su manera de andar es lenta y cautelosa, con pasos reducidos y un pequeño ensanchamiento de la base del soporte. ¿Cuál es la causa más probable de la dificultad de la marcha de este paciente?:**

1. Enfermedad de Parkinson.
2. Osteoartritis.
3. Neuropatía periférica.
4. Atrofia por desuso.
5. Tabes dorsal.

**58. El diagnóstico de la enfermedad de Parkinson es fundamentalmente clínico. ¿Cuál de los siguientes hallazgos es muy improbable en esta enfermedad y cuestiona seriamente su diagnóstico?:**

1. Seborrea.
2. Torpeza en los movimientos alternantes.
3. Depresión.
4. Limitación en los movimientos de la mirada hacia abajo.
5. Micrografía

**59. Mujer de 82 años, sin antecedentes patológicos destacables y que vive sola, refiere en las últimas 10 semanas un cuadro progresivo de anorexia, anhedonia, insomnio, irritabilidad, olvidos y pérdida de peso de unos 5 kg. Ha restringido de una manera notable su vida de relación social. La exploración física y los complementarios son normales. En la valoración neuropsicológica se objetiva un Mini-Mental Test de 25 sobre 30 y una escala de Depresión (Geriatric Depression Scale) de 12 sobre 15. El test del reloj es normal. ¿Cuál es el diagnóstico más**

probable?:

1. Cuadro confusional agudo.
2. Demencia tipo Alzheimer.
3. Crisis de ansiedad generalizada.
4. Depresión
5. Demencia vascular.

**60. Un paciente de 35 años refiere pérdida de fuerza progresiva en miembros inferiores, de unos 5 días de evolución, dolores musculares y parestias en pies y manos. En su exploración se aprecia únicamente debilidad en los cuatro miembros, de predominio distal y en miembros inferiores, y arreflexia generalizada. Probablemente tiene:**

1. Una miastenia gravis.
2. Una polirradiculoneuritis aguda.
3. Un proceso expansivo medular cervical.
4. Una mielitis.
5. Una polimiositis.

**61. Un paciente de 40 años, sin antecedentes relevantes, es traído a urgencias por haber presentado desviación de la cabeza hacia la izquierda, convulsiones que se iniciaron en miembros izquierdos y se generalizaron enseguida a los cuatro miembros, con pérdida de conciencia, incontinencia vesical y estado confusional de una media hora de duración. Independientemente de los hallazgos de la exploración clínica y la analítica clínica de rutina, debería realizarse con premura como primera medida:**

1. TAC cerebral.
2. Determinación de alcoholemia.
3. Determinación de opiáceos en sangre y orina.
4. Electroencefalograma.
5. Punción lumbar.

**62. Un paciente de 40 años, que estuvo durante casi 24 horas haciendo la mudanza de su casa, comenzó a notar adormecimiento en cara anterior del muslo izquierdo junto con cansancio y dolorimiento en región lumbar. Acude a consulta porque persisten los síntomas sensitivos al cabo de unos días, cuando el cansancio y la lumbalgia han desaparecido. La exploración neurológica es normal salvo un área extensa de hipoes-tesia sobre la cara anterolateral del muslo. Este cuadro clínico es probablemente consecuencia de una:**

1. Radiculopatía sensorial L4.
2. Radiculopatía sensorial L5 (síndrome ciático).
3. Mononeuritis crural.
4. Afectación del nervio sural.
5. Afectación del nervio femorocutáneo (meralgia parestésica).

**63. Un paciente de 54 años refiere desde hace 10**

**días, una o dos crisis de dolor de ojo derecho, con lacrimo, gran nerviosismo, que le despierta por la noche, le obliga a salir de la cama durándole unas dos horas. ¿Cuál de las siguientes medidas entiende que es más eficaz para calmar el dolor?:**

1. Oxígeno intranasal.
2. Sumatriptan subcutáneo.
3. Ibuprofeno oral.
4. Tramadol oral.
5. Metamizol intramuscular.

**64. Un hombre de 60 años presenta un cuadro de hemiataxia cerebelosa de dos semanas de evolución. La RM craneal muestra una imagen en el hemisferio cerebeloso derecho que capta contraste en anillo y desplaza el cuarto ventrículo. El diagnóstico más probable es:**

1. Metástasis cerebral.
2. Glioblastoma multiforme.
3. Linfoma cerebral primario.
4. Hemangioblastoma cerebeloso.
5. Astrocitoma pilocítico.

**65. Una mujer de 43 años, acudió a consulta por un cuadro de fiebre, nerviosismo y dolor cervical anterior. La glándula tiroides estaba agrandada y su palpación era dolorosa. La exploración funcional del tiroides mostró una TSH inhibida y T4 libre elevada. Señale la respuesta correcta:**

1. El cuadro sugiere una tiroiditis de Hashimoto que se confirmará por la presencia de Anticuerpos antitiroideos.
2. Los síntomas relacionados con la situación de Hipertiroidismo mejoran con los fármacos beta-bloqueantes. En esta entidad no está indicado generalmente el uso de antitiroideos.
3. La tiroiditis de De Quervain conduce indefectiblemente a un estado de hipotiroidismo crónico.
4. La tiroiditis subaguda se caracteriza por un aumento homogéneo de la captación de Iodo radiactivo por el tiroides.
5. La tiroiditis subaguda es la única forma de tiroiditis que es más frecuente en los varones.

**66. ¿Qué clase de tiroiditis favorece el desarrollo ulterior de un linfoma?:**

1. Tiroiditis de De Quervain.
2. Tiroiditis silente.
3. Tiroiditis de Riedel
4. Tiroiditis de Hashimoto.
5. Tiroiditis inducida por amiodarona.

**67. ¿Cuál de estas afirmaciones es cierta en relación con el síndrome de Cushing?**

1. El carcinoide bronquial puede secretar ACTH

y simular clínicamente un Cushing hipofisario.

2. El Cushing de origen hipofisario es más frecuente en hombres que en mujeres.
3. La enfermedad de Cushing es la causa más frecuente de síndrome de Cushing.
4. En el Cushing por secreción ectópica de ACTH, la administración de CRH (“corticotropin releasing hormone”) aumenta los niveles de ACTH.
5. El síndrome de Nelson puede surgir tras la extirpación de un adenoma adrenal productor de glucocorticoides.

**68. Los tumores adrenocorticales:**

1. Se diagnostican con frecuencia al realizar un TAC por otros motivos.
2. Son malignos si el peso es superior a 20 gr.
3. Se asocian a elevación con S-DHA cuando existe un adenoma.
4. Son benignos si el diámetro máximo es inferior a 10 cm.
5. Se asocian con hipoglucemia.

**69. El síndrome carcinoide comprende una serie de manifestaciones derivadas de la secreción de serotonina u otras sustancias, por determinados tumores. Señale la respuesta correcta:**

1. La aparición de tumores carcinoides bronquiales se relacionan con el hábito de fumar.
2. Los tumores carcinoides gástricos, con hipergastrinemia son la forma más frecuente de tumores carcinoides.
3. El síndrome carcinoide aparece generalmente cuando existen metástasis hepáticas, aunque puede presentarse en tumores bronquiales u ováricos localizados, con acceso directo a la circulación sistémica.
4. El tratamiento de los tumores carcinoides se realiza con quimioterapia antineoplásica. El tratamiento quirúrgico se reserva para los escasos tumores quimioresistentes.
5. El diagnóstico del síndrome carcinoide lo confirma la cuantificación de metanefrinas.

**70. En relación a la Hiperprolactinemia, señalar la opción correcta:**

1. La causa más frecuente es la medicamentosa.
2. El tratamiento de elección en el prolactinoma es la resección transesfenoidal.
3. No afecta a pacientes varones.
4. Dentro de los tumores hipofisarios, el prolactinoma es una afectación poco frecuente.
5. Los anticonceptivos orales no alteran los niveles de prolactina en sangre.

**71. ¿Cuál de las siguientes asociaciones de fármacos antidiabéticos orales actúa fundamentalmente mejorando la sensibilidad a la insulina?:**

1. Acarbosa y Miglitol.
2. Biguanidas y tiazolidinadionas.
3. Glipizida y Glicazida.
4. Clorpropamida y Tolbutamida.
5. Análogos de insulina (lispro, glargina).

**72. Una mujer de 18 años, diabética desde los 13 años y en tratamiento regular e intensivo con insulina y con niveles normales de hemoglobina glicosilada y un peso corporal en el límite bajo de la normalidad, comienza a tener crisis de mareo y sudoración al final de la mañana. ¿Cuál debe ser la actitud clínica?:**

1. Pensar en que puede estar pasando un período de “luna de miel” y probablemente se puede retirar la insulina.
2. Se debe sospechar que hace hipoglucemias en relación con la aparición de un insulinoma.
3. Es posible que haga hipoglucemias y puedan resolverse con un suplemento de dieta a mitad de la mañana.
4. A esta edad no hay que pretender normalizar las cifras de glucosa y sin duda habrá que bajar todas las dosis de insulina.
5. Si se confirma que hace hipoglucemias se podría pasar a antidiabéticos orales.

**73. Ante un paciente de 45 años que en dos ocasiones, separadas en el tiempo, se le objetivan cifras de glucemia basal (en ayunas) de 118 y 135 mg/100 ml. ¿Qué actitud adoptaría?:**

1. Dichas cifras reafirman la existencia de una diabetes y no se justifican más estudios diagnósticos.
2. Indicaría medidas dietéticas: reducción de carbohidratos.
3. Realizaría una prueba de tolerancia oral de glucosa.
4. Solicitaría la determinación de la hemoglobina glucosilada, previa administración (2 días antes) de corticoides.
5. Si la glucosuria fuera positiva iniciaría un tratamiento con Insulina NPH.

**74. Paciente de 63 años, alcohólico crónico, que acude a Urgencias por malestar general, dolor en una rodilla y gingivorragia. En la exploración clínica llama la atención la delgadez y presencia de púrpura en ambos miembros inferiores. El hemograma muestra ligera anemia macrocítica. Las cifras de leucocitosis y plaquetas son normales. La actividad de protrombina es normal. Señale la causa más probable de sus trastorno hemorrágico:**

1. Déficit de Vitamina K.
2. Púrpura trombocitopénica idiopática.
3. Déficit de Vitamina A.
4. Déficit de Vitamina B<sub>1</sub>.

5. Déficit de Vitamina C.
75. **En una mujer de 55 años intervenida de cáncer de mama tres años antes, con buen estado general, se comprueba una hipercalcemia de 11,1 mg/dl. ¿Cuál es la primera prueba a realizar?:**
1. Determinación de PTH.
  2. Determinación de 1,25(OH)<sub>2</sub>D.
  3. Determinación de 25OHD.
  4. Determinación de péptido relacionado con la PTH (PRPTH).
  5. Gammagrafía ósea.
76. **Paciente varón de 27 años de edad, que tras ser diagnosticado hace 2 meses de un feocromocitoma, se le descubre un nódulo tiroideo frío e una gammagrafía tiroidea. En la analítica resalta un aumento desproporcionado de calcitonina plasmática. ¿En qué patología habría que pensar?:**
1. Adenoma tiroideo.
  2. Carcinoma medular de tiroides.
  3. Carcinoma papilar de tiroides.
  4. Carcinoma folicular de tiroides.
  5. Carcinoma paratiroideo.
77. **Con respecto a la obesidad, una de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA:**
1. Es un factor de riesgo cardiovascular.
  2. Se asocia frecuentemente a diabetes tipo 2.
  3. La obesidad periférica (acúmulo de grasa en extremidades y glúteos) es la que se asocia a un mayor riesgo cardiovascular.
  4. Se clasifica basándose en el índice de masa corporal.
  5. La medida del perímetro abdominal es una intervención de utilidad para clasificar la obesidad.
78. **¿Qué consejo le parece MENOS adecuado para un hombre de 20 años con colesterol total de 320mg/dl y triglicéridos de 110 mg/dl?:**
1. En el futuro su riesgo cardiovascular va a ser elevado y debe evitar por todos los medios el hábito tabáquico.
  2. Sus padres y hermanos deben estudiarse el perfil lipídico pues pueden tener alguna forma de hipercolesterolemia familiar.
  3. Su problema no es relevante por ahora, y no modificar sustancialmente sus hábitos, excepto el tabaco, si es que fuma, volviendo a revisiones anuales a partir de los 35 años de edad.
  4. ~~Debe~~ procurar limitar el consumo de grasas de origen animal y mantener durante toda su vida un grado de ejercicio físico moderado.
  5. Deberá tomar un fármaco hipolipemiente en el plazo de 6 meses si con las recomendaciones dietéticas su colesterol LDL no baja por debajo de los límites recomendables para su situación de riesgo laboral.
79. **Paciente mujer de 48 años, sin antecedentes médicos de interés que presenta cuadro de aproximadamente 3 meses de evolución consistente en: poliartritis de manos, muñecas y rodillas, con rigidez matutina de 2 horas y factor reumatoide elevado en la analítica que le realizó su médico de cabecera. Respecto a su enfermedad, ¿cuál de las siguientes afirmaciones resulta INCORRECTA?:**
1. Por la clínica que presenta la paciente padece una artritis reumatoide (AR).
  2. Parece adecuado comenzar tratamiento con AINEs y/o corticoides a bajas dosis para conseguir alivio sintomático.
  3. Es importante comenzar lo antes posible tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad (FME), incluso en combinación.
  4. Antes de empezar el tratamiento con FME se debe esperar otros 3 meses a comprobar la respuesta al tratamiento con AINEs y/o corticoides.
  5. La presencia de erosiones radiológicas tempranas sería un signo de mal pronóstico.
80. **A un varón de 65 años asintomático, se le encuentra en un estudio de control general una cifra de fosfatasa alcalina dos veces superior a lo normal, con pruebas hepáticas normales. La gammagrafía ósea muestra captación en la mitad superior de la hemipelvis derecha, y una radiografía realizada en esta zona pone de manifiesto un patrón de corticales aumentadas de grosor y patrón trabecular grosero. ¿Qué tratamiento es el más apropiado?:**
1. Alendronato, 40 mg diarios.
  2. Naproxeno, 500 mg dos veces al día.
  3. Calcio (400 mg.) y vitamina D (400 UI).
  4. Calcitonina nasal, 200 UI/día.
  5. No es preciso tratamiento.
81. **Un joven de 21 años viene a la consulta porque tiene desde hace 4 ó 5 meses un dolor constante en la región lumbosacra, que es peor en las primeras horas del día y mejora con la actividad. Recuerda que 2 años antes tuvo un episodio de inflamación en rodilla que se resolvió completamente. También se queja de dolor en la caja torácica con los movimientos respiratorios. El examen físico demuestra la ausencia de la movilidad de la columna lumbar. ¿Cuál de los siguientes test nos ayudaría a confirmar el diagnóstico del paciente?:**
1. El TAC de columna lumbar.
  2. Las radiografías de las articulaciones sacroilíacas.
  3. Los niveles de antiestreptolisina 0 (ASLO).

4. La radiografía de tórax.
5. Los niveles de la proteína C reactiva (PCR) y velocidad de sedimentación.

**82. En el lupus cutáneo subagudo es característica la presencia de anticuerpos:**

1. Anti-Sm.
2. Anti.centrómero.
3. Anti-Ro.
4. Anti Jo 1.
5. Anti-histona.

**83. Con relación a la sacoidosis es cierto que:**

1. La presencia de granulomas no casificantes no constituye por sí misma una prueba diagnóstica de la enfermedad.
2. La reacción de Mantoux es positiva en el 50% de los casos.
3. Es muy característica la presencia de pleuritis y adenopatías paratraqueales derechas.
4. Cuando afecta al intersticio pulmonar los volúmenes pulmonares están reducidos y la capacidad de difusión del CO es normal.
5. En el lavado broncoalveolar may habitualmente predominio neutrofilico.

**84. En una esclerosis sistémica progresiva (esclerodermia) el peor pronóstico se asocia con:**

1. Una extensa calcinosis cutánea.
2. La presencia de disfagia.
3. El número de articulaciones inflamadas.
4. La presencia de insuficiencia renal.
5. Fenómeno de Raynaud severo con úlceras necróticas en dedos.

**85. ¿Cuál de estas afirmaciones es FALSA con respecto a las artritis inducidas por microcristales?:**

1. Pueden ser producidas por cualquiera de los siguientes cristales: urato monosódico, pirofosfato cálcico, hidroxapatita cálcica y oxalato cálcico.
2. El depósito de cristales puede producir cuadros clínicos similares a la artritis reumatoide o la espondilitis anquilosante.
3. Los cuadros clínicos producidos son específicos para cada uno de los tipos de cristales depositados.
4. Para hacer el diagnóstico es imprescindible el estudio del líquido sinovial con microscopio de luz polarizada para identificar el tipo de cristales.
5. El líquido sinovial suele ser de tipo inflamatorio, aunque en ocasiones existen cristales en ausencia de inflamación.

**86. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones en relación con la enfermedad de Wegener es FALSA?:**

1. Es una vasculitis sistémica que afecta sobre todo a vasos de mediano calibre.
2. En ausencia de tratamiento cursa de manera progresiva y con frecuencia mortal.
3. Presenta con frecuencia afectación renal, que es histológicamente indistinguible de la glomerulonefritis necrótica con semilunas.
4. En presencia de afectación pulmonar y/o renal, el uso de ciclofosfamida vía oral es casi siempre imprescindible para obtener un buen control de la enfermedad.
5. Se asocia a la presencia de anticuerpos anti-citoplasma de neutrófilo (ANCAS) con patrón de inmunofluorescencia de tipo citoplásmico.

**87. Ante un paciente varón de 41 años, que acude a urgencias con un dolor muy intenso en región lumbar baja, de 12 horas de evolución, y cuya exploración física general es normal. ¿Qué actitud terapéutica están contraindicada?:**

1. Reposo absoluto en cama durante 10 días.
2. Educación postural.
3. Control del dolor con analgésicos y/o AINES.
4. Ejercicios suaves.
5. Relajantes musculares.

**88. Una paciente obesa de 75 años consulta por dolor intenso en la rodilla de 2 semanas de evolución, sin antecedente traumático. Presenta varo bilateral de rodillas, mínimo derrame articular, movilidad completa pero dolorosa, y no se aprecian inestabilidades. ¿Cuál de las siguientes, será la etiología más probable?:**

1. Meniscopatía.
2. Osteocondritis.
3. Fractura por estrés de meseta tibial.
4. Gonartrosis.
5. Artritis reumatoide.

**89. Paciente de 27 años de edad con buen estado general y con fracturas desplazadas de tercio medio de cúbito y radio. ¿Cuál es el tratamiento a seguir?:**

1. Reducción de las fracturas con anestesia local y yeso durante dos meses.
2. Reducción de las fracturas con anestesia general y yeso durante dos meses.
3. Osteosíntesis estable y movilización precoz de las articulaciones.
4. Osteosíntesis estable y yeso protector.
5. Reducción de la fractura con anestesia y vendaje funcional precoz.

**90. Un varón de 50 años atropellado respira adecuadamente, no presenta sintomatología torácica, presenta dolor en abdomen inferior, está consciente y orientado, y su TAC abdominal sólo demuestra una fractura de pelvis con ines-**

**tabilidad “en libro abierto”. Progresivamente inicia frialdad, sudoración, palidez, hipotensión y taquicardia. La actitud más correcta será:**

1. Arteriografía urgente y embolización selectiva de vasos pélvicos con sangrado activo.
2. Inmovilización de fractura pélvica mediante tracciones y cesta pélvica en cama de arco.
3. Perfusión inmediata de cristaloides y expansores del plasma, seguida de estabilización de la fractura pélvica mediante fijador externo.
4. Laparotomía exploradora con ligadura de grandes vasos pélvicos.
5. Perfusión inmediata de cristaloides y expansores del plasma, y reposición con concentrados de hemáties en cuanto se disponga de ellos hasta conseguir reponer la volemia.

**91. La pseudoartrosis del foco de fractura es una complicación típica de las fracturas proximales de fémur:**

1. Extracapsulares petrocantéreas.
2. Extracapsulares basicervicales.
3. Intracapsulares tratadas mediante osteosíntesis.
4. Intracapsulares tratadas mediante artroplastia de cadera.
5. Diafisarias proximales.

**92. Un enfermo de 16 años de edad presenta una imagen radiográfica radiolúcida y expansiva de 3 cm de diámetro en el pedículo de la vértebra T12. Le produce dolor que no se calma con aspirina, ¿en qué lesión tumoral habrá que pensar?:**

1. Mieloma.
2. Metástasis de cáncer de pulmón.
3. Encondroma.
4. Osteoblastoma.
5. Tumor de Ewing.

**93. Un paciente de 21 años, que ha sufrido una caída vertical sobre la pierna manteniendo el tobillo en varo y rotación interna, ha sido diagnosticado de esguince externo del tobillo derecho. ¿Cuál sería la técnica exploratoria más adecuada de las que se relacionan, para evaluar la gravedad del cuadro?:**

1. Una Tomografía Axial de la pinza bimalleolar.
2. Una Resonancia Nuclear del tobillo.
3. Radiografías dinámicas del tobillo previa anestesia local o regional.
4. Repetir la radiografía estandar pasados 7 días.
5. Una escintigrafía con Tc 99.

**94. Un albañil sufre un accidente laboral precipitándose desde 6 metros de altura. Presenta un importante dolor a nivel lumbar y déficit de extensión contra gravedad de los dedos del pie**

**derecho. Habrá que pensar que puede tener:**

1. Una lesión de la raíz L-3.
2. Una lesión de la raíz L-4.
3. Una lesión de la raíz S-1.
4. Una lesión de la raíz L-5.
5. Una lesión de la raíz S-2.

**95. Señale la respuesta correcta referida a las alteraciones del examen de la orina:**

1. La presencia de cilindros hialinos es siempre patológica.
2. Los cilindros granulosos contienen albúmina e Inmoglobulinas.
3. Los cilindros leucocitarios son típicos de Glomerulonefritis postestreptocócica.
4. Los cilindros hemáticos se presentan en cualquier discrasia sanguínea.
5. Un resultado negativo de presencia de nitritos en tira reactiva, excluye la existencia de bacterias.

**96. Paciente de 68 años diabética, que consulta por malestar general. En la gasometría venosa destaca pH 7.25, Bicarbonato 15 mmol/l (normal 24-28 mmol/l). Hiato anionico (anión GAP): 11 mmol/l (normal 10-12 mmol/l). ¿Cuál de las siguientes entidades NO descartaría como diagnóstico?:**

1. Cetoacidosis diabética.
2. Insuficiencia renal crónica.
3. Acidosis tubular renal.
4. Ingesta de salicilatos.
5. Acidosis láctica.

**97. Cuando un paciente bajo tratamiento diurético con tiazidas o furosemida incumple la dieta y come con más sal de la prescrita, el resultado analítico esperable es:**

1. Mayor hipernatremia.
2. Mayor hiponatremia.
3. Mayor hiperpotasemia.
4. Mayor hipopotasemia.
5. Mayor acidosis.

**98. En la uremia pre-renal:**

1. El sodio en orina es superior a 60 mEq/l, la osmolaridad urinaria es superior a 500 mOsm/kg H<sub>2</sub>O y la relación urea en orina/urea en plasma es superior a 8.
2. El sodio en orina es inferior a 20, la osmolaridad urinaria es inferior a 200 mOsm/kg H<sub>2</sub>O y la relación entre urea en orina / urea en plasma es inferior a 2.
3. El sodio en orina es inferior a 20 mEq/l, la osmolaridad en orina es inferior a 200 mOsm/kg H<sub>2</sub>O y la relación en urea en orina / urea en plasma es superior a 8.

4. El sodio en orina es inferior a 20 mEq/l, la osmolaridad urinaria es superior a 500 mOsm/Kg H<sub>2</sub>O, y la relación entre la urea en orina y la urea en plasma es superior a 8.
5. El sodio en orina es superior a 60, la osmolaridad urinaria es superior a 500 mOsm/Kg H<sub>2</sub>O, y la relación urea en orina/urea en plasma es superior a 8.

**99. Un hombre, adicto a drogas por vía parenteral, está ingresado por endocarditis infecciosa. Durante su enfermedad presenta un cuadro de glomerulonefritis aguda. ¿Cuál de las respuestas es INCORRECTA?:**

1. Suele ser debida a inmunocomplejos.
2. No suele presentar piuria.
3. El complemento está descendido.
4. A veces produce síndrome nefrótico.
5. Suele evolucionar favorablemente al controlar la infección cardíaca.

**100. Una mujer de 68 años acude al Servicio de Urgencias por malestar general que ha ido progresando en los últimos 15 días, a partir de un episodio gripal. Ha notado disminución progresiva del volumen de diuresis, edemas maleolares y dificultad respiratoria. Es hipertensa. En la analítica destaca una creatinina plasmática de 5 mg/dl, urea 180 mg/dl, Na 138 mEq/l, K 4.9 mEq/l. Las cifras de complemento son normales. Los anticuerpos anti-membrana basal son negativos. En la orina presenta cilindros hemáticos, proteinuria de 1 g/l y microhematuria. Aporta una analítica de un mes antes, sin alteraciones. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos es más probable?:**

1. PAN microscópica.
2. Brote lúpico.
3. Glomerulonefritis aguda postinfecciosa.
4. Crioglobulinemia.
5. Enfermedad de Goodpasture.

**101. Con respecto a la nefropatía diabética, señalar la respuesta FALSA:**

1. La diabetes tipo 2 es la etiología más frecuente de insuficiencia renal terminal en el mundo occidental.
2. Más del 90% de los diabéticos tipo 1 desarrollan nefropatía a los 30 años del diagnóstico de diabetes.
3. La alteración renal más temprana es la hiperfiltración.
4. La existencia de microalbuminuria predice el desarrollo de nefropatía clínica.
5. La gran mayoría de los diabéticos tipo 1 con nefropatía tienen también retinopatía.

**102. Un paciente de 75 años de edad, con historia antigua de hipertensión arterial, de hábito asté-**

**nico, consulta en la Urgencia del Hospital por un cuadro de dolor en fosa lumbar derecha con hematuria de 6 horas de evolución. La tensión arterial es del 120/80 mmHg, y el paciente está agitado, nauseoso y sudoroso, con el pulso irregular a 80 latidos por minuto. Analíticamente tiene una urea de 50 mg/dl, creatinina 1 mg/dl, GOT 120 mU/ml, GPT 35 mU/ml, amilasa 120 mU/ml, LDH 1100 mU/ml. En el sedimento urinario hay microhematuria. La radiografía de tórax muestra una discreta cardiomegalia a expensas de cavidades izquerdas y el electrocardiograma muestra una frecuencia auricular de 250 latidos minuto, con una respuesta ventricular irregular a 75 latidos por minuto. ¿Cuál es, entre las siguientes, la decisión más determinante?:**

1. Calmar ante todo el dolor y la ansiedad.
2. Hacer una ecografía abdominal.
3. Hacer un TAC espiral con contraste.
4. Acidificar la orina.
5. Alcalinizar la orina.

**103. Señale lo que considere INCORRECTO en la consideración del emparejamiento donante/receptor de trasplante renal:**

1. En España se realizan trasplantes de donante cadáver fundamentalmente.
2. El donante debe hallarse libre de infecciones virales activas y neoplasias potencialmente transmisibles para poder utilizar los riñones.
3. Para la realización de un trasplante renal debe exigirse una compatibilidad igual o superior a cuatro identidades sobre los 6 antígenos HLA.
4. No se deben realizar trasplantes renales con incompatibilidad ABO.
5. Es obligada la determinación serológica para el virus HIV en el donante y que ésta sea negativa para plantearse la realización de un trasplante renal.

**104. Con respecto a la litiasis renal, una de las siguientes parejas es INCORRECTA:**

1. Acido úrico-radiotransparente.
2. Oxalato cálcico-radioopaca.
3. Sulfamidas-radiotransparentes.
4. Cistina-radiolúcida.
5. Indinavir-radioopaca.

**105. Un varón de 68 años presenta dolor en flanco izquierdo. La Urografía intravenosa demuestra un riñón derecho normal y anulación funcional del izquierdo. La tomografía computarizada (TC) muestra una masa renal sólida de 8 cm en la región hiliar del riñón izquierdo con probable presencia de trombo en la vena renal. La radiografía de tórax y la bioquímica sanguínea son normales. El siguiente paso será:**



1. Venografía seguida de cavografía.
  2. Arteriografía renal selectiva.
  3. Ecocardiograma transesofágico.
  4. Pielografía retrógrada.
  5. Resonancia magnética nuclear.
- 106. En un paciente con cáncer de próstata confinado en la glándula prostática con Gleason inferior a 6 y PSA inferior a 10, son opciones terapéuticas indicadas las siguientes EXCEPTO:**
1. Prostatectomía radical.
  2. Braquiterapia.
  3. Radioterapia externa.
  4. Bloqueo androgénico.
  5. Vigilancia.
- 107. ¿Cuál de las siguientes enfermedades no se produce elevación en la alfa-fetoproteína sérica?:**
1. Carcinoma embrionario testicular.
  2. Tumor del seno endodérmico testicular.
  3. Ataxia-Telangiectasia.
  4. Seminoma testicular.
  5. Gonadoblastoma.
- 108. Varón de 78 años sexualmente activo que acude a nuestra consulta por impotencia de reciente comienzo. Sus erecciones han sido progresivamente menos intensas hasta impedir la penetración. Tiene antecedentes de cardiopatía isquémica e hipertensión y ha estado tomando aspirina y atenolol desde hace años. No es diabético. ¿Cuál de las siguientes es la causa más probable de la disfunción eréctil de este paciente?:**
1. Atenolol.
  2. Descenso de los niveles de testosterona.
  3. Neuropatía.
  4. Enfermedad vascular.
  5. Envejecimiento normal.
- 109. ¿Cuál de los siguientes apartados es FALSO en relación a la anemia perniciosa?:**
1. Se produce por un déficit de Factor Intrínseco.
  2. Con frecuencia aparecen alteraciones neurológicas.
  3. La prueba diagnóstica de elección es la "prueba de Schilling".
  4. En el hemograma encontramos anemia severa con VCM elevado y reticulocitos altos.
  5. El tratamiento consiste en la administración de vitamina B<sub>12</sub> intramuscular.
- 110. Un paciente de 63 años con leucemia linfática crónica en estadio A diagnosticada hace seis meses, acude a Urgencias por un cuadro de ictericia desde hace 48h y cansancio. La exploración física sólo revela algunas microadenopatías cervicales y un leve soplo sistólico polifocal.**
- El hemograma revelaba Leucocitos: 36.100/mm<sup>3</sup>, (Linfocitos 87%), Hb: 6,7 g/dl, VCM: 105, Plaquetas: 216.000/mm<sup>3</sup>, Bilirrubina total: 5,3mg/dl, Bilirrubina directa: 0,7mg/dl, LDH: 1050 UI/l, ALT: 37 UI/l, GGT: 39 UI/l, Fosfatasa alcalina: 179 UI/l. Indique cuál de las siguientes pruebas o combinación de pruebas serán de mayor utilidad diagnóstica:**
1. Ecografía hepática.
  2. Sideremia, ferritina, B12, y ácido fólico.
  3. Test de Coombs directo.
  4. Niveles de reticulocitos.
  5. Serología de Parvovirus.
- 111. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta en el trasplante hematopoyético?:**
1. La morbi-mortalidad del trasplante alogénico es menor que la del autólogo.
  2. El rechazo del implante es la principal complicación del trasplante alogénico.
  3. En el trasplante autólogo se producen más recidivas de la enfermedad de base que en el alogénico.
  4. Casi el 80% de los pacientes dispone de un donante compatible.
  5. El trasplante autólogo es el tratamiento de elección de la aplasia medular.
- 112. Los siguientes procesos pueden cursar con anemia microangiopática, EXCEPTO:**
1. Hipertensión maligna.
  2. Angioplastia coronaria.
  3. Prótesis valvulares mecánicas.
  4. Carcinomas diseminados.
  5. Púrpura trombótica trombocitopénica.
- 113. Los pacientes con Púrpura Trombopénica Autoinmune, se tratan inicialmente exclusivamente con corticosteroides, pero en situaciones especiales se asocia al tratamiento altas dosis de gammaglobulina por vía endovenosa. ¿En cuál de las siguientes situaciones puede estar indicado el uso de gammaglobulina?:**
1. Pacientes mayores de 60 años.
  2. Cuando la cifra de plaquetas es inferior a 5 x 10<sup>9</sup>/L.
  3. En las pacientes gestantes con Púrpura Trombopénica Autoinmune.
  4. Brotes hemorrágicos graves.
  5. Si el paciente es hipertenso.
- 114. ¿Cuál es el oncogén implicado en la resistencia a la apoptosis que participa en la patogénesis del linfoma folicular y se activa mediante la traslocación t(14,18)?:**
1. BCL 1.
  2. BCL 2.

3. BCL 6.
4. BAD.
5. FAS.

**115. Respecto a la tricoleucemia, señale la afirmación FALSA:**

1. Los enfermos generalmente presentan esplenomegalia y son escasas las adenopatías periféricas palpables.
2. Es poco frecuente encontrar citopenias.
3. Existe característicamente positividad para la tinción con fosfatasa ácida que no se inhibe con tartrato.
4. El tratamiento inicial suele ser la esplenectomía.
5. La opción farmacológica más empleada actualmente son los análogos de las purinas (2CDA, DCF), aunque no todos los casos se tratan.

**116. El tratamiento de primera línea de un paciente de 65 años de leucemia mieloide crónica en primera fase crónica debe basarse en:**

1. Quimioterapia intensiva hasta alcanzar la remisión completa.
2. Hidroxiurea oral para mantener valores leucocitarios normales.
3. Imatinib mesilato de forma indefinida.
4. Interferón alfa hasta máxima respuesta citogenética.
5. Trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos.

**117. Paciente de 65 años de edad, diagnosticado de Leucemia Linfática Crónica, presenta adenopatías palpables cervicales y axilares bilaterales. Leucocitos  $85 \times 10^9/L$  con 85% de Linfocitos, Hto: 40% y Hb 13 gr/dL y Plaquetas  $50 \times 10^9/L$ . ¿En qué estadio clínico de Rai y de Binet se encuentra?:**

1. Estadio III de Rai y estadio A de Binet.
2. Estadio IV de Rai y estadio B de Binet.
3. Estadio III de Rai y estadio C de Binet.
4. Estadio IV de Rai y estadio C de Binet.
5. Estadio II de Rai y estadio B de Binet.

**118. Entre los estudios diagnósticos rutinarios que se le realizan a un paciente con sospecha de mieloma múltiple, se incluyen los siguientes EXCEPTO uno, ¿cuál es?:**

1. Determinación de beta-2 microglobulina.
2. TAC toraco-abdominal
3. Cuantificación de proteinuria en orina de 24 horas.
4. Radiografías óseas seriadas.
5. Punción de la grasa subcutánea.

**119. El tratamiento de inducción de la leucemia**

**promielocítica aguda está basado en la siguiente combinación:**

1. Arabinósido de citosina y una antraciclina.
2. Arabinósido de citosina, antraciclina y etopósido.
3. Acido retinoico y antraciclina.
4. Vincristina-antraciclina y prednisona.
5. Methotrexate, ciclofosfamida y prednisona.

**120. En relación con las alteraciones genéticas asociadas al desarrollo de patología trombótica, es decir los denominados Estados de Hipercoagulabilidad o Trombofilias, señale la afirmación FALSA:**

1. La deficiencia de la Antitrombina III es el estado de trombofilia más frecuente de la población occidental.
2. La deficiencia de Proteína C y la deficiencia de Proteína S pueden ir asociadas en ocasiones.
3. La ingesta de contraceptivos orales incrementa en muchas de estas situaciones el riesgo tromboembólico.
4. El polimorfismo responsable del cambio Arg/Glu 506 en el factor V se conoce como Factor V Leiden.
5. El factor V Leiden origina un estado de Resistencia a la Proteína C activada.

**121. Un paciente de 35 años de edad acude al servicio de urgencias por presentar fiebre elevada de hasta  $39^{\circ}C$ , junto con confusión mental. En la exploración física destaca la existencia de lesiones cutáneas en pie izquierdo a nivel distal, maculares, de milímetros de diámetro, de aspecto isquémico hemorrágico y la auscultación cardiopulmonar es normal. A los pocos días se obtiene crecimiento de *Staphylococo aureus* meticilin sensible en tres hemocultivos de tres obtenidos. ¿cuál de las siguientes sería la actitud correcta a seguir en ese momento?:**

1. Considerar el resultado de los hemocultivos como probable contaminación.
2. Pautar de inmediato tratamiento antibiótico con penicilina y gentamicina durante 10 días.
3. Comenzar tratamiento con cloxacilina y gentamicina y realizar estudio ecocardiográfico por la existencia probable de endocarditis aguda.
4. Descartar la existencia de endocarditis por la ausencia de soplos en la auscultación cardiaca y buscar focos de posible osteomielitis.
5. Realizar TAC abdominal urgente por probable absceso abdominal.

**122. Señale la cierta, en relación a la encefalitis herpética:**

1. Está producida casi siempre por el virus del

- herpes simple tipo 2.
2. La clínica característica es la presencia de fiebre con síntomas focales del lóbulo occipital.
  3. La PCR en el líquido cefalorraquídeo no es útil para establecer el diagnóstico.
  4. El tratamiento de elección es el zanamivir i.v.
  5. Las secuelas neurológicas son frecuentes.
- 123. ¿Cuál de los siguientes cuadros clínicos no se asocia con toxoplasmosis?:**
1. Abscesos cerebrales en personas con SIDA.
  2. Miocarditis en transplantados cardiacos.
  3. Coriorretinitis en adultos inmunocompetentes.
  4. Colitis asociada a inmunodeficiencia humoral.
  5. Síndrome mononucleósico en personas sanas.
- 124. Señale la afirmación INCORRECTA con respecto a *Haemophilus influenzae*:**
1. Es un parásito obligado de las mucosas humanas.
  2. Es un bacilo gramnegativo pequeño y pleomórfico.
  3. La vacunación es de poca utilidad porque no cubre el serotipo B, que es el más prevalente en nuestro ambiente.
  4. Las infecciones no sistémicas (otitis, bronquitis, conjuntivitis, ...) están producidas generalmente por serotipos diferentes al B.
  5. Sólo las cepas capsuladas causan infecciones sistémicas.
- 125. Señale la cierta respecto a la Fiebre Q:**
1. Se transmite por inhalación de partículas contaminadas.
  2. Los hemocultivos son positivos en la fase inicial.
  3. La mancha negra se observa en el 60% de los casos.
  4. El exantema suele afectar palmas y plantas.
  5. El tratamiento de elección es la gentamicina.
- 126. Varón de 47 años de edad, fumador de 20 cigarrillos al día, que consulta por fiebre, expectoración purulenta y dolor pleurítico de dos días de evolución. La Rx de tórax muestra una condensación lobar derecha y en el hemocultivo se aísla un "Coco Gram positivo en cadena". Se inicia tratamiento con ceftriaxona 2g/24g i.v.. A las 72 h. el paciente persiste febril a 39°C y con afectación del estado general. ¿Cuál es la causa más probable de la mala evolución?:**
1. Dosis de ceftriaxona insuficiente.
  2. Bacteria responsable (probablemente *Streptococcus pneumoniae*) resistente al tratamiento.
  3. Proceso complicado por una abscesificación de la condensación.
  4. Coinfección por Legionela spp.
5. Presencia de un empiema pleural.
- 127. Una paciente de 42 años consulta por presentar, tres horas después de la ingesta de un pastel de crema en un restaurante, en cuadro de vómitos y deposiciones diarreicas sin productos patológicos ni fiebre. Mientras que la paciente es visitada, su marido inicia un cuadro similar. ¿Cuál de los siguientes microorganismos es probablemente el responsable del cuadro clínico?:**
1. *Salmonella enteritidis*.
  2. *Shigella sonnei*.
  3. *Staphylococcus aureus*.
  4. *Campylobacter jejuni*.
  5. *E. Coli*.
- 128. Día: sábado. Lugar: urgencias de un hospital comarcal. Paciente con síndrome febril y sopor a la vuelta de Mali. El laboratorio es incapaz de hacer con garantías una prueba para diagnóstico de paludismo. La actitud a seguir más lógica sería:**
1. Dar un tratamiento sintomático y esperar el lunes a que lo vea alguien más experto.
  2. Tratar como si fuera una infección por *P. Vivax*.
  3. Administrar una cefalosporina de 3ª generación y esperar la evolución.
  4. Hacer una gota gruesa para enviar a centro especializado y tratar como si fuera una infección por *P.falciparum*.
  5. Administrar una combinación de Metronidazol y Doxiciclina.
- 129. Un paciente infectado por el VIH recibe tratamiento antirretroviral con AZT + 3TC + Efavirenz, desde hace 14 meses. La última determinación de linfocitos CD4 y carga viral era de 350/mm<sup>3</sup> y <200 copias/ml. respectivamente. Consulta por disnea y palidez y se constata una anemia microcítica (Hemoglobina: 7,8 gr/dl, VCH 68 fl). El diagnóstico más probable es:**
1. Crisis aplásica por Parvovirus B.
  2. Leishmaniasis diseminada.
  3. Infección diseminada por *Mycobacterium avium-intracellulare*.
  4. Toxicidad farmacológica.
  5. Hemorragia digestiva crónica.
- 130. Un paciente de 40 años diagnosticado de infección por VIH (virus de la inmunodeficiencia humana) hace 10 años que no sigue tratamiento antirretroviral presenta síntomas compatibles con candidiasis esofágica y además refiere un cuadro de 10 días de evolución de cefalea, fiebre, vómitos y en las últimas 24 horas disminución del nivel de conciencia; la exploración física muestra confusión y rigidez de nuca, el TAC de cráneo es normal y en la punción lum-**

**bar existe una presión de apertura elevada, no se ven células y las proteínas son del 300 mg/dl. El cuadro es compatible con:**

1. Hipertensión intracraneal benigna.
2. Hidrocefalia.
3. Meningitis tuberculosa.
4. Meningitis criptocócica.
5. Toxoplasmosis cerebral.

**131. Señalar la FALSA respecto a la leucoencefalitis multifocal progresiva en paciente con infección por VIH:**

1. Ocurre en un 4% de pacientes con SIDA.
2. El agente causal es el virus del papiloma humano.
3. No se conoce ningún tratamiento específico.
4. Los pacientes suelen presentar defectos focales múltiples sin alteraciones de la conciencia.
5. Se afecta la sustancia blanca subcortical.

**132. Un mujer de 67 años con antecedentes de polineuropatía periférica ha sido recientemente diagnosticada de Arteritis de células gigantes y puesta en tratamiento con 60 mg al día de prednisona. La radiografía de tórax es normal y el test cutáneo con 5U de PPD es de 18 mm de induración. ¿Qué actitud tomaría con esta paciente?:**

1. Hay que tratar con isoniacida durante 3 meses.
2. Esperar la finalización del tratamiento esteroideo y después realizar quimioprofilaxis.
3. No está indicado utilizar quimioprofilaxis.
4. Hay que tratar con isoniacida más estreptomina.
5. Está indicado utilizar isoniacida más piridoxina entre 6 y 9 meses.

**133. Acerca del tratamiento de la tuberculosis:**

1. El régimen de elección es isoniacida+rifampicina+etambutol.
2. En la mayoría de los pacientes, son mejor 4 fármacos que 3 fármacos.
3. Todos los tratamientos que duren menos de 9 meses se asocian con una tasa muy elevada de recidivas.
4. La asociación de pirazinamida durante los dos primeros meses, permite acortar la duración del tratamiento a 6 meses.
5. La tuberculosis diseminada debe tratarse durante un mínimo de 12 meses.

**134. Varón de 30 años de edad, sexualmente activo, que presenta disuria y secreción uretral purulenta. En la tinción de esta última se observan diplococos gramnegativos intracelulares. ¿Cuál cree que sería el tratamiento de elección?:**

1. Penicilina benzatina.

2. Doxiciclina.
3. Azitromicina.
4. Ceftriaxona.
5. Ampicilina.

**135. ¿Cuál de los siguientes tratamientos antibióticos no sería suficiente en monoterapia en el manejo del paciente oncológico en tratamiento quimioterápico con neutropenia febril?:**

1. Cefepima.
2. Ceftazidima.
3. Meropenem.
4. Imipenem.
5. Piperacilina-tazobactam.

**136. La radioterapia con quimioterapia simultánea o concurrente NO es el tratamiento de elección en estados localmente avanzados de:**

1. Carcinoma epidemoide de canal anal.
2. Carcinoma epidemoide de esófago.
3. Adenocarcinoma de próstata.
4. Carcinoma no microcítico de pulmón.
5. Carcinoma epidermoide de cervix.

**137. Una mujer de 90 años demenciada, incontinente e incapacitada por hemiparesia, presenta una úlcera sacra de grado III. En la exploración vemos que está en la cama sobre una almohadilla húmeda y con una sonda de alimentación que está bien colocada. Está afebril y tiene un pulso y una tensión arterial normales. Tiene una úlcera sacra de 4 x 4 cm que se extiende hacia la fascia con exudado verde y piel normal que rodea la úlcera. ¿Cuál es la primera prioridad en los cuidados de esta paciente?:**

1. Empezar tratamiento con antibióticos.
2. Cultivar el exudado del decúbito.
3. Aplicar vendajes semihúmedos de solución salina tres veces al día.
4. Hacer cambios posturales a la paciente cada dos horas.
5. Colocar una sonda urinaria permanente.

**138. Un paciente de 52 años de edad con cáncer de pulmón metastásico en situación terminal recibe tratamiento habitual con morfina oral de liberación retardada 30 mg cada 12 horas. En este momento se encuentra en situación de agonía y no puede deglutir. ¿Cuál sería la dosis adecuada de morfina subcutánea en esta situación, teniendo en cuenta que su función renal previa era normal?:**

1. 30 mg cada 12 horas.
2. 5 mg cada 4 horas.
3. 10 mg cada 8 horas.
4. 15 mg cada 6 horas.
5. 30 mg cada 4 horas.

139. **En el manejo de los “estertores de la agonía” está indicado:**
1. El empleo de la fisioterapia respiratoria.
  2. Forzar la hidratación con sueroterapia.
  3. El empleo de la aspiración nasofaríngea continuada.
  4. La administración de anticolinérgicos.
  5. Evitar explicar a los familiares la etiología del síntoma por el impacto emocional de la situación.
140. **¿Cuál de las siguientes lesiones melanocíticas benignas muestra un mayor riesgo de degenerar en melanoma maligno?:**
1. Un nevo azul celular.
  2. Un nevo melanocítico de palmas o plantas.
  3. Un nevo melanocítico congénito gigante.
  4. Un nevo melanocítico muy hiperpigmentado.
  5. Un nevo de Spitz.
141. **Paciente varón de 54 años de edad que desde hace tres años viene desarrollando lesiones ampollosas generalmente de pequeño tamaño, traslúcidas, ocasionalmente hemorrágicas en dorso de manos y de la cara y antebrazos. Presenta secuelas cicatriciales residuales a lesiones anteriores e hiperpigmentación en cara con hipertricosis malar y de cejas. ¿Cuál de los siguientes estudios analíticos es más útil para confirmar el diagnóstico en este paciente?:**
1. Título de anticuerpos antiepiteliales.
  2. Pruebas hepáticas.
  3. Proto y coproporfirias en sangre.
  4. Uroporfirina y coproporfirina en sangre, orina y heces.
  5. Inmunolectroforesis.
142. **Enferma de 32 años que cuando acude a la consulta refiere que hace unos 20 días, después de una exposición solar, le aparece en la zona externa, hombros, brazos y región escapular, unas lesiones anulares, eritematoedematosas en su borde y con regresión central, algunas confluentes de dos o tres centímetros de diámetro que apenas le ocasionan molestias. El diagnóstico sería:**
1. Eritema polimorfo.
  2. Lliquem plano.
  3. Porfiria hepatocutánea.
  4. Lupus eritematoso cutáneo subagudo.
  5. Dermatomiositis.
143. **¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la alopecia areata es FALSA?:**
1. Es una alopecia cicatrizial irreversible.
  2. Se asocia a enfermedades autoinmunes.
  3. Puede afectar a las uñas.
  4. Puede afectar cualquier zona pilosa.
  5. Puede verse a cualquier edad.
144. **Mujer de 36 años que tras un proceso infeccioso agudo y febril rinofaríngeo tratado con antibióticos, sufre una elevación de la temperatura corporal, apareciendo asimétricamente sobre la cara anterior y superior del tórax pápulas eritematosas que confluyen originando placas sobreelevadas, infiltradas, bien delimitadas de tamaño variable, en número de 4 ó 5, dolorosas a la presión y espontáneamente. No existe afectación de mucosas. La velocidad de sedimentación globular está elevada y se acompaña de leucocitosis. ¿Cuál sería, de los siguientes, el diagnóstico más correcto?:**
1. Eritema polimorfo o multiforme.
  2. Eritema fijo pigmentario.
  3. Lupus eritematoso agudo.
  4. Dermatitis aguda febril neutrofílica.
  5. Eritema *elevatum et diutinum*.
145. **Una mujer de 64 años, hipermetrópe y con cataratas en ambos ojos, acude a su consulta con dolor intenso en ojo izquierdo, de unas horas de evolución. La exploración de ese ojo pone de manifiesto una tensión ocular de 40 mmHg, reacción hiperémica cilio-conjuntival, midriasis y edema corneal. ¿Cuál sería la actitud inmediata más correcta de las que se enumeran a continuación?:**
1. Manitol intravenoso asociado a tratamiento miótico y corticoides tópicos.
  2. Practicar una trabeculectomía.
  3. Corticoides tópicos asociados a tratamiento midriático.
  4. Operar con urgencia la catarata de ese ojo, desencadenante del cuadro.
  5. Dilatar bien el ojo para explorar la retina y descartar un tumor intraocular.
146. **Una niña de 7 años, que presenta ceguera nocturna (hemeralopia) en la exploración oftalmológica se observa constricción del campo visual con escotoma anular, pérdida de la agudeza y electroretinograma anómalo. ¿Qué enfermedad ocular, de las que a continuación se relacionan, puede presentar?:**
1. Persistencia de vítreo primario.
  2. Catarata congénita o infantil.
  3. Aniridia bilateral.
  4. Retinosis pigmentaria (retinitis pigmentaria).
  5. Retinoblastoma.
147. **Un paciente de 15 años acude a la consulta aquejando dolor en ojo derecho. A la inspección se detecta la existencia de blefarospasmo en ojo derecho. ¿Cuál de las que a continuación se**

**relacionan, será más probablemente la enfermedad que padece?:**

1. Enfermedad de Graves-Basedow.
2. Neuropatía óptica derecha.
3. Queratitis.
4. Blefaritis.
5. Parálisis del nervio motor ocular externo (VI par).

**148. Varón de 28 años que presenta en su ojo izquierdo cuadro de vasculitis retiniana severa y edema macular con una agudeza visual 0.1. El paciente refiere historia de aftas bucales y genitales recidivantes. En base a los hallazgos clínicos y a la historia del paciente ¿cuál considera, de los siguientes, que es el diagnóstico más probable?:**

1. Sarcoidosis.
2. Enfermedad de Behçet.
3. Esclerosis múltiple.
4. Tuberculosis.
5. Sífilis.

**149. Varón de 65 años, con antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento, que acude a la consulta por notar pérdida brusca de agudeza visual en su ojo izquierdo hace 24 horas. A la exploración oftalmológica la agudeza visual es de percepción de luz y a la oftalmoscopia se evidencia cuadro sugestivo de embolia de la arteria central de la retina. ¿Qué exploraciones complementarias efectuaría al paciente desde el punto de vista sistémico para completar el estudio diagnóstico?:**

1. Resonancia nuclear magnética cerebral.
2. Punción lumbar.
3. Doppler carotídeo y ecocardiograma.
4. Arteriografía cerebral.
5. Radiografía de tórax.

**150. Señale la afirmación correcta en referencia a los tumores de glándulas salivales:**

1. Los tumores que asientan en la glándula parótida tienen mayor probabilidad de ser malignos que los que asientan en las glándulas salivales menores.
2. Es frecuente que los tumores benignos de parótida produzcan una paresia o parálisis facial debido a la elongación del nervio, que se relaciona estrechamente con la glándula en parte de su trayecto.
3. El tumor de Warthin es un cistoadenocarcinoma papilífero que afecta preferentemente la glándula submaxilar con preponderancia en el sexo femenino.
4. El adenoma pleomorfo es el tumor benigno más frecuente en la glándula parótida.
5. El adenoma pleomorfo, a diferencia del tumor

de Warthin, sufre una hipercaptación característica del tecnecio 99.

**151. Varón de 57 años, que consulta por sensación de cuerpo extraño faríngeo de semanas de evolución, disfagia y otalgia derecha. A la palpación cervical, no se aprecian adenopatías, y mediante laringoscopia indirecta se aprecia una neoformación ulcerada a nivel del repliegue aritenopiglótico derecho, con movilidad conservada de las cuerdas vocales. Se solicita una TAC donde se confirma la citada lesión, invadiendo la cara laríngea de la epiglotis y el repliegue aritenopiglótico derecho, sin apreciarse adenopatías sospechosas de malignidad. Señale la respuesta correcta:**

1. En los países anglosajones predominan los carcinomas de localización supraglótica sobre los de glotis y subglotis.
2. La probabilidad de que este paciente presente adenopatías metastásicas es inferior al 5%.
3. La presencia de metástasis ganglionares cervicales es el principal factor pronóstico en los pacientes con carcinoma epidermoide de cabeza y cuello.
4. En este paciente (estadio T2) la laringectomía horizontal supraglótica, conllevaría peores tasas de control local de la enfermedad que la laringectomía total.
5. Entre los factores de riesgo establecidos para el desarrollo de los carcinomas laríngeos, se encuentra la infección por el virus de Epstein-Barr.

**152. La presencia de una otitis secretora unilateral en un adulto en el que aparece una adenopatía cervical alta ipsilateral dura, de 2,5 cm de diámetro, obliga a realizar inicialmente:**

1. Biopsia de la adenopatía.
2. Vacunación anticatarral.
3. Exploración del cavum.
4. Estudio alergológico.
5. Timpanometría e impedanciometría.

**153. ¿Cuál es lugar de origen más frecuente de los tumores malignos de nariz y senos paranasales?:**

1. Tabique nasal.
2. Fosa nasal.
3. Seno esfenoidal.
4. Seno maxilar.
5. Seno etmoidal.

**154. Un paciente refiere mareo al levantarse o acostarse en la cama sobre el lado derecho que le dura unos 20 segundos, a veces con sensación nauseosa, desde hace un mes. Indique la medida terapéutica más eficaz:**

1. Sulpiride endovenoso.
2. Cinarizina oral.
3. Maniobra liberadora.
4. Rehabilitación vestibular.
5. Cirugía.

**155. ¿Cuál es el principal tratamiento psicofarmacológico del trastorno obsesivo-compulsivo?:**

1. Antipsicóticos.
2. Benzodicepinas.
3. Antidepresivos inhibidores de la recaptación de noradrenalina.
4. Antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina.
5. Estimulantes.

**156. ¿Cuál de los siguientes aspectos NO es característico del tratamiento con sales de litio?:**

1. Precisa para su control de determinaciones de litemia.
2. Es eficaz en el tratamiento del episodio maníaco.
3. Eleva los niveles de uricemia.
4. Es eficaz en la profilaxis del trastorno bipolar.
5. Puede aparecer, a largo plazo, toxicidad tiroidea.

**157. Una joven de 23 años acude al servicio de urgencias con varios cortes superficiales en la cara interna de ambos antebrazos, y en un estado de somnolencia y torpor que hace suponer la ingesta reciente de psicofármacos o sustancias psicoactivas. La paciente alega que estaba muy nerviosa (“a punto de explotar”) y que había ido tomando tranquilizantes sin encontrar mejoría, hasta que acabó autoinfligiéndose los cortes para paliar la tensión interna. Un episodio así es frecuente en:**

1. La esquizofrenia.
2. El trastorno esquizotípico de la personalidad.
3. El retraso mental.
4. El trastorno explosivo intermitente.
5. El trastorno límite de la personalidad.

**158. En la esquizofrenia desorganizada, una de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA:**

1. Es sinónimo de hebefrenia.
2. Tiene mejor pronóstico a largo plazo que la esquizofrenia paranoide.
3. Existe desorganización en el lenguaje.
4. La afectividad está alterada y básicamente es aplanada.
5. Hay ideas delirantes fragmentadas y poco sistematizadas.

**159. En relación al tratamiento de la depresión, una de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA:**

1. La terapia electroconvulsiva no tiene indicación en las depresiones neuróticas .
2. El litio se utiliza en los cuadros bipolares.
3. Los IMAOS están indicados en depresiones atípicas.
4. Los inhibidores de la recaptación de la serotonina son mejor tolerados que los antidepresivos tricíclicos.
5. El tiempo medio de mantenimiento de la medicación antidepresiva es de 6 semanas.

**160. Hablamos de “depresión doble” cuando:**

1. El paciente presenta un trastorno orgánico severo asociado a su depresión.
2. Existe una comorbilidad del cuadro depresivo con un trastorno por dependencia a sustancias tóxicas.
3. Se superponen episodios depresivos mayores sobre un trastorno distímico.
4. Existe un riesgo de viraje a fase maníaca ya que en realidad se trata de un trastorno afectivo bipolar.
5. La depresión incide sobre un paciente esquizofrénico tras la remisión de los síntomas psicóticos propios de la fase aguda de su enfermedad.

**161. ¿Cuál de las siguientes alteraciones NO aparecen en la anorexia nerviosa?:**

1. Aumento de los niveles de colesterol que no se relaciona con la ingesta de grasas.
2. Aceleración del vaciado gástrico.
3. Disminución del aclaramiento de creatinina secundario a la hipovolemia.
4. Alteraciones del EKG que guardan relación con las pérdidas de potasio.
5. Aumento de los niveles de hormona del crecimiento.

**162. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre los trastornos somatomorfos NO es correcta?:**

1. El trastorno de somatización suele desencadenarse en personas con dificultad para expresar verbalmente sus emociones.
2. El trastorno por dolor es una enfermedad que puede llegar a ser incapacitante.
3. La hipocondría es el miedo a contraer o padecer una enfermedad. Si esta idea cumple criterios de idea delirante, no se diagnosticaría de hipocondría sino de trastorno delirante.
4. Al igual que el trastorno facticio, los trastornos somatomorfos se caracterizan por una producción deliberada de uno o un conjunto de síntomas.
5. Los trastornos somatomorfos se relacionan con frecuencia con los trastornos de personalidad y abuso de sustancias.

- 163. Un hombre de 85 años de edad que vive con su hija y yerno, es traído al servicio de urgencias por alteración del nivel de conciencia. El yerno refiere que lleva encamado 2 días y que en las últimas semanas ha estado cada vez más paranoico con ideas de envenenamiento. La exploración física demuestra úlceras en sacro avanzadas y equimosis bilateral en ambos brazos. ¿Cuál de los siguientes es el diagnóstico más importante que debe reconocerse en este caso?:**
1. Sépsis urinaria.
  2. Abuso del anciano.
  3. Demencia.
  4. Síndrome de abstinencia de medicación previa.
  5. Efecto secundario de medicaciones.
- 164. Una mujer de 22 años de edad es traída al servicio de urgencias en estado comatoso después de una crisis convulsiva, con TA de 80/40 y PA 148 l/m. En el ECG, la duración del QRS es 280 mseg. Había estado deprimida y comenzado a tomar nortriptilina 2 semanas antes. ¿Cuál de los siguientes es el tratamiento inicial más apropiado?:**
1. Coger vía venosa y administrar bicarbonato sódico intravenoso.
  2. Coger una vía venosa, lavado gástrico, y diazepam para controlar las convulsiones.
  3. Control de la vía aérea, coger vía venosa y administrar carbón activado por sonda nasogástrica.
  4. Control de la vía aérea y ventilación mecánica, coger vía venosa y administrar bicarbonato sódico intravenoso.
  5. Revertir los efectos antimuscarínicos con administración intravenosa de fisostigmina.
- 165. Los gemelos unidos se forman cuando:**
1. La división del óvulo fertilizado ocurre en la fase de morula.
  2. Entre el 4º y 8º día postfecundación antes de la diferenciación de las células del amnios.
  3. La división ocurre después de la formación del disco embrionario.
  4. Si la división ocurre cuando el amnios ya está establecido, 8 días después de la fertilización.
  5. Los gemelos son dicigóticos, pero existe una anomalía en el desarrollo amniótico.
- 166. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA en relación con la transmisión vertical al feto/recién nacido por parte de la gestante con infección HIV:**
1. Aumenta el riesgo de malformaciones fetales.
  2. Tiene lugar sobre todo durante el parto.
  3. La lactancia aumenta el riesgo de transmisión entre un 10 y un 20%.
  4. Disminuye con tratamiento antiretroviral durante el embarazo y especialmente durante el parto.
  5. El tratamiento con Zidovudina no ha demostrado efectos adversos en el recién nacido y hasta 5 años.
- 167. Gestante de 24 semanas que acude a la consulta porque a su hijo de 4 años le diagnosticaron hace 5 días la varicela. La paciente no recuerda si padeció la enfermedad en la infancia, pero si sabe que no fue vacunada y está muy preocupada por la posible afectación fetal. ¿Qué actuación sería la correcta?:**
1. Administrar la vacuna específica.
  2. Solicitar cuantificación de Ig G, y si fuera negativo, administrar la gammaglobulina específica.
  3. Tranquilizar a la paciente informándole de la ausencia de riesgos fetales.
  4. Administrar aciclovir oral a dosis de 800 mg, 5 veces al día, durante 5-7 días.
  5. Administrar gammaglobulina específica y tranquilizar a la madre informándole de la ausencia de riesgos fetales.
- 168. En la utilización de los corticoides en la Rotura Prematura de las Membranas, antes de las 34 semanas, las siguientes afirmaciones son ciertas menos una. Indique cual:**
1. Aumenta la mortalidad perinatal por infección.
  2. Disminuye la aparición del distrés respiratorio del RN.
  3. Disminuye el riesgo de hemorragia intra/perivenricular.
  4. Disminuye el riesgo de enterocolitis necrotizante.
  5. Acelera la maduración pulmonar.
- 169. ¿Dónde se produce la 16-alfa-hidroxilación de la hormona Dehidroepiandrosterona-Sulfato, paso necesario para la síntesis de Estriol por la placenta?:**
1. En el sincitiotrofoblasto.
  2. En el citotrofoblasto.
  3. En las glándulas suprarrenales fetales.
  4. En las glándulas suprarrenales maternas.
  5. En el hígado fetal.
- 170. Respecto a la incompatibilidad materno-fetal en el sistema ABO de grupos sanguíneos, es cierto que:**
1. Afecta a primogénitos.
  2. Es más grave que la isoimmunización D.
  3. La detección prenatal es muy importante porque se asocia a anemia fetal severa.
  4. La prueba de Coombs es positiva.



5. Es una causa infrecuente de enfermedad hemolítica en el recién nacido.

**171. En el manejo de la Eclampsia son correctas todas EXCEPTO:**

1. Administración de Sulfato de Magnesio i.v.
2. Colocar a la paciente en decúbito lateral.
3. Establecer una vía aérea y administrar oxígeno.
4. T.A.C. o R.M.N. si las convulsiones son atípicas o se prolonga el coma.
5. Parto inmediato mediante cesárea.

**172. La utilización de anticonceptivos orales combinados de estroprogestágenos puede producir los siguientes efectos beneficiosos, EXCEPTO uno:**

1. Mejoría de la anemia secundaria a pérdida menstrual abundante.
2. Disminución del riesgo de padecer cáncer de ovario.
3. Disminución del riesgo de enfermedades de transmisión sexual de origen bacteriano.
4. Disminución del riesgo de cáncer de cérvix.
5. Mejoría de la dismenorrea.

**173. Una paciente de 19 años, nuligesta, acude a la consulta por irritabilidad, inestabilidad emocional, cefaleas, sensibilidad y distensión mamaria. La sintomatología se inicia una semana antes de la menstruación y desaparece tras presentarse la regla. Una vez comprobada la relación con el ciclo menstrual mediante un diario de síntomas, decidimos pautar tratamiento pues la paciente refiere que la sintomatología interfiere con su trabajo y sus relaciones sociales. ¿Qué aconsejamos como primera elección terapéutica).**

1. Aumento de ingesta de cafeína y azúcares refinados en segunda fase del ciclo menstrual.
2. Progesterona 200-300 mg/día, del día 14 al 23 del ciclo.
3. Evitar ejercicio físico y tomar suplemento de vitamina B12 durante sintomatología a una dosis de 150 mg/día.
4. Alparazolam 0,25 mg/8 horas, desde el día 20 del ciclo hasta el 2º día de la regla, disminuyendo después a una toma al día.
5. Anticonceptivos hormonales orales más un diurético suave durante los días que presente distensión mamaria.

**174. Paciente de 74 años que tras hemorragia uterina postmenopáusica es diagnosticada de adenocarcinoma de endometrio. Se realizó tratamiento quirúrgico consistente en histerectomía abdominal total con salpingo-ooforectomía bilateral más toma para citología peritoneal. Tras estudio anatomopatológico se determina que la paciente se encuentra en un estadio I con grado**

**de diferenciación histológico 1. ¿Cuál sería la actitud correcta?:**

1. Administrar radioterapia pélvica (4500-5000 cGy dosis total).
2. Administrar quimioterapia con progestágenos.
3. Realizar controles periódicos sin tratamiento adicional.
4. Completar cirugía con linfadenectomía pélvica.
5. Administrar braquiterapia coadyuvante.

**175. El aumento de la resistencia a la insulina es un problema asociado frecuentemente a:**

1. Mioma uterino.
2. Endometriosis.
3. Hiperplasia suprarrenal congénita por déficit de 17- $\alpha$ -hidroxilasa.
4. Adenoma hipofisario productor de prolactina.
5. Síndrome de ovarios poliquísticos, debido al exceso de síntesis de andrógenos.

**176. Señale, de las que a continuación se relacionan, qué otra patología puede presentar ligada a alteraciones genéticas, una paciente afecta de un carcinoma ovárico familiar o hereditario:**

1. Ovario poliquístico.
2. Ca. de pulmón.
3. Endometriosis.
4. Cáncer colorrectal familiar sin pólipos.
5. Carcinoma de páncreas.

**177. Señale, de los que a continuación se refieren, cuál es el oncogén implicado en la patogénesis del cáncer de mama que se utiliza actualmente como una diana terapéutica mediante un anticuerpo monoclonal específico frente a este oncogén:**

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

**178. Una mujer de 60 años ha sido intervenida mediante tumorectomía de un carcinoma de mama. Se trataba de un tumor de 2 cm. con ganglios libres y receptores hormonales negativos. ¿Cuál de las siguientes opciones de tratamiento recomendaría?:**

1. Quimioterapia con un taxano.
2. Radioterapia adyuvante.
3. Tamoxifén adyuvante.
4. Revisiones anuales los dos primeros años.
5. Está curada, puede realizarse reconstrucción mamaria.

**179. ¿Cuál es, de los siguientes, el más útil y eficaz factor de pronóstico en el cáncer de mama?:**

1. Negatividad de los receptores de estrógenos en las células tumorales.
  2. Presencia de focos de componente intraductal en puntos distantes al tumor.
  3. Invasión de ganglios linfáticos.
  4. Presencia de mutación en el gen BRCA1.
  5. Altos niveles de catepsina D en las células tumorales.
- 180. Un recién nacido con grave distress respiratorio presenta imágenes aéreas circulares que ocupan hemitórax izquierdo. El diagnóstico más probable es:**
1. Pulmón poliquístico.
  2. Malformación adenomatoidea.
  3. Quiste pulmonar multicocular.
  4. Hernia diafragmática.
  5. Agenesia bronquial segmentaria.
- 181. En el estreñimiento funcional del niño, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?:**
1. Los pacientes presentan con frecuencia rectorragia leve.
  2. La asociación con encopresis es infrecuente.
  3. La desimpacción de las heces es necesaria al inicio del tratamiento.
  4. Los niños retienen voluntariamente las heces para evitar el dolor de la defecación.
  5. El tratamiento de mantenimiento suele durar hasta que se consigue un ritmo intestinal normal.
- 182. Niño de 8 años con cianosis, acropaquias, disnea, soplo cardíaco y corazón pequeño en la Radiografía de tórax. El diagnóstico es:**
1. Coartación de aorta.
  2. Conducto arterioso persistente.
  3. Tetralogía de Fallot.
  4. Comunicación interauricular.
  5. Estenosis valvular aórtica.
- 183. De las siguientes alteraciones del desarrollo en niños, señale cuál es la de mayor prevalencia:**
1. Parálisis cerebral.
  2. Trastorno visual.
  3. Déficit de atención/trastorno de hiperactividad.
  4. Retraso mental.
  5. Trastornos del comportamiento.
- 184. En la quimioprofilaxis de la enfermedad meningocócica, cuál es el fármaco alternativo a la Rifampicina en el niño?:**
1. Ceftriaxona.
  2. Amoxicilina-clavulánico.
  3. Eritromicina.
  4. Cotrimoxazol.
  5. Vancomicina.
- 185. La enfermedad celíaca es una intolerancia permanente al gluten. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA en relación con esta enfermedad?:**
1. La lesión intestinal está mediada por mecanismos inmunológicos.
  2. Suele existir un intervalo libre de síntomas entre la introducción del gluten en la dieta y el comienzo de la clínica.
  3. La determinación de anticuerpos antigliadina es la prueba serológica más específica en esta enfermedad.
  4. La infestación por lamblias puede dar un cuadro clínico similar.
  5. El diagnóstico de la enfermedad se basa en la demostración de una lesión de la mucosa intestinal.
- 186. Chico de 13 años que refiere episodios de dolor abdominal, no filiados, y artralgias erráticas en codos, rodillas y muñecas. En las últimas 24 horas le han aparecido manchas rojizas en muslos. Lo más destacado de la exploración física es la existencia de púrpura palpable en nalgas y muslos. No presenta anemia, las plaquetas son normales, la IgA está elevada y el aclaramiento de creatinina es normal. Se objetiva proteinuria de 1 gr/24 horas y 50-70 hematíes por campo. En la biopsia renal se observa proliferación mesangial y depósitos de IgA (+++) e IgG (+). El diagnóstico más probable es:**
1. Vasculitis tipo PAN microscópica.
  2. Lupus eritematoso sistémico.
  3. Enfermedad de Wegener.
  4. Síndrome de Goodpasture.
  5. Síndrome de Schönlein-Henoch.
- 187. Niño de 10 meses con cuadro febril de 3 días de duración, sin otra sintomatología acompañante salvo irritabilidad con los períodos de hipertemia. El cuarto día presenta aparición de exantema en tronco y desaparición de la fiebre. Respecto al cuadro clínico citado ¿cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera?:**
1. El diagnóstico más probable es una infección por virus del sarampión.
  2. El signo físico diagnóstico es la presencia de una amigdalitis exudativa.
  3. El tratamiento indicado es amoxicilina oral.
  4. Se asocia a una infección por virus herpético humano tipo 6.
  5. La duración del exantema suele ser de 4 semanas.
- 188. La presencia de alopecia en un niño con un**

**raquitismo grave debe hacerle pensar en:**

1. Déficit carencial de vitamina D.
2. Tubulopatía primaria asociada.
3. Déficit de 25 hidroxilasa hepática.
4. Déficit de 1 alfa hidroxilasa renal.
5. Déficit funcional del receptor de vitamina D.

**189. Un lactante de 15 días de vida presenta ambigüedad genital desde el nacimiento. Comienza con un cuadro de vómitos, deshidratación y tendencia al colapso cardiocirculatorio. Desde un punto de vista analítico presenta acidosis metabólica, hiponatremia y natriuresis elevada. ¿Qué enfermedad presenta este paciente?:**

1. Un trastorno de la esteroidogénesis suprarrenal.
2. Una disgenesia gonadal.
3. Una estenosis hipertrófica del píloro.
4. Una anomalía del receptor androgénico.
5. Un hermafroditismo verdadero.

**190. Niño de 11 meses que a los 2 meses de vida empieza a tener muguet de repetición, diarrea e incapacidad para ganar peso. A los 10 meses tuvo una neumonía por *Neumocystis carinii*. En la analítica, hipogammaglobulinemia, lifopenia severa con ausencia de linfocitos T y de células NK y elevados los linfocitos B. ¿De qué diagnóstico se trata?:**

1. Síndrome de hiper IgM ligado al cromosoma X.
2. Infección por VIH.
3. Inmunodeficiencia combinada severa ligada al cromosoma X.
4. Síndrome de Wiscott-Aldrich.
5. Déficit de subclases de IgG.

**191. Un chico de 12 años en la fase de crecimiento rápido presenta asimetría de hombros, escapulas y flancos, giba costal al flexionar el tronco, y dorso plano, pero no se aprecia báscula pélvica. El diagnóstico más probable es:**

1. Actitud escoliótica secundaria a disimetría de miembros inferiores.
2. Escoliosis idiopática del adolescente.
3. Escoliosis congénita.
4. Escoliosis neuromuscular.
5. Cifosis de Schëuermann.

**192. Lactante de tres meses de vida que desde hace un mes presenta episodios intermitentes de distensión abdominal, dolores de tipo cólico y algunos vómitos. Tendencia al estreñimiento. Entre sus antecedentes personales hay que destacar que fue prematuro, peso 900 gr. al nacimiento y tuvo dificultad respiratoria importante que precisó ventilación asistida durante 15 días. ¿Cuál es el diagnóstico más probable de su**

**cuadro clínico?:**

1. Estenosis cólica secundaria a Enterocolitis necrotizante.
2. Megacolon congénito.
3. Vólvulo intestinal intermitente.
4. Enteritis crónica por rotavirus.
5. Adenitis mesentérica secundaria a neumatía crónica.

**193. Para tratar de establecer una relación causal entre el consumo de benzodiazepinas durante el embarazo y el riesgo de fisura palatina en el recién nacido se seleccionaron madres de recién nacidos con fisura palatina y se compararon con madres de recién nacidos sanos en cuanto a los antecedentes de toma de benzodiazepinas. ¿Cuál es el tipo de diseño de estudio empleado?:**

1. Casos y controles.
2. Estudio de cohortes.
3. Ensayo clínico aleatorizado.
4. Estudio ecológico.
5. Ensayo clínico cruzado.

**194. Un estudio publicado establece una asociación entre la “renta per cápita” de diferentes países y la incidencia de accidentes de tráfico. ¿De qué tipo de diseño de estudio se trata?:**

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

**195. ¿A qué tipo de estudio corresponde el estudio de Framingham, que empezó en 1949 para identificar factores de riesgo de enfermedad coronaria, en el que de entre 10.000 personas que vivían en Framingham de edades comprendidas entre los 30 y los 59 años, se seleccionó una muestra representativa de ambos sexos, reexaminándose cada dos años en busca de señales de enfermedad coronaria?:**

1. Ensayo clínico.
2. Estudio de cohortes.
3. Estudio de prevalencia.
4. Estudio de casos y controles.
5. Estudio cuasi-experimental.

**196. Indique la afirmación INCORRECTA en relación con los estudios con controles históricos:**

1. Existe mayor riesgo de que la información para la evaluación adecuada de la respuesta no esté disponible.
2. Puede haber un sesgo en la homogeneidad de los grupos en estudio debido a cambios históricos en los criterios diagnósticos.

3. Los estudios con controles históricos tienden a infravalorar la eficacia del fármaco experimental.
  4. Los estudios con controles históricos necesitarían el mismo número de pacientes que un ensayo concurrente.
  5. Existe un sesgo potencial de que las medidas terapéuticas concomitantes sean diferentes en los grupos estudiados.
- 197. Desea llevar a cabo el diseño de un ensayo clínico en el que es muy importante que en los dos grupos en comparación la presencia de dos factores concretos de riesgo se distribuyan de igual manera en ambos grupos de estudio. Usted diseñaría un ensayo clínico con:**
1. Aleatorización simple.
  2. Aleatorización por bloques.
  3. Aleatorización estratificada.
  4. Aleatorización central.
  5. Aleatorización ciega.
- 198. En relación con el análisis e interpretación de los resultados de un ensayo clínico, señale la correcta:**
1. La definición de subgrupos de pacientes durante el análisis permiten conocer la eficacia de un fármaco en estos subgrupos con plena validez si existe un error alfa suficientemente bajo.
  2. Las comparaciones múltiples aumentan la eficiencia de los ensayos clínicos porque aumentan la posibilidad de encontrar diferencias entre los tratamientos en comparación.
  3. Los ensayos clínicos que no encuentran diferencias entre los tratamientos se deben interpretar como demostración de la igualdad de eficacia entre los mismos.
  4. El denominado “análisis por protocolo” puede incurrir en sesgos debidos a las pérdidas durante el estudio.
  5. El tipo de análisis estadístico debe decidirse a la vista de los resultados obtenidos en el estudio, lo que permite aplicar el más adecuado.
- 199. En cuanto a los análisis intermedios, en el análisis estadístico de un ensayo clínico, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?:**
1. La realización de múltiples análisis intermedios aumenta el riesgo de cometer un error de tipo I, es decir, de obtener un resultado falso positivo.
  2. El número de análisis intermedios que se van a realizar debería estar previsto en el protocolo del estudio.
  3. Los análisis intermedios están justificados por motivos éticos, económicos y prácticos.
  4. Se debe hacer el máximo número de análisis intermedios posible para la variable principal porque así se aumenta la probabilidad de obtener un resultado positivo en el ensayo.
5. La realización de análisis intermedios puede alterar el curso del estudio.
- 200. De las siguientes características ¿cuál es la que mejor define a un ensayo clínico?:**
1. Prospectivo.
  2. Experimental.
  3. Paralelo.
  4. Tamaño muestral predefinido.
  5. Enmascarado.
- 201. En un estudio en fase III para evaluar la eficacia bacteriológica, en pacientes con neumonía, de un antibiótico, ¿cuál de los siguientes diseños considera más adecuado?:**
1. Secuencial.
  2. Paralelo, ciego, controlado con placebo.
  3. Paralelo, aleatorizado, controlado con otro antibiótico.
  4. Cruzado, aleatorizado, ciego, controlado con otro antibiótico.
  5. Cruzado, aleatorizado, ciego, controlado con placebo.
- 202. En la evaluación de un ensayo clínico que pretenda comparar la eficacia de un nuevo antiépiléptico en dosis crecientes individualizadas, frente a fenitoína en dosis fijas de 150 mg/día en adultos con crisis generalizadas, ¿cuál es el principal problema?:**
1. Relevancia clínica.
  2. Validez externa.
  3. Validez interna.
  4. Reclutamiento.
  5. Análisis de la respuesta.
- 203. Señale la respuesta correcta de entre las siguientes, referidas a los ensayos clínicos:**
1. Cuando en un estudio de Fase III no encontramos diferencias entre el fármaco en estudio y el de control, podemos asumir que son equivalentes.
  2. Está justificado realizar un ensayo clínico que no resuelva ninguna duda científica, siempre que no haga daño a nadie.
  3. El error alfa se refiere a la posibilidad de no encontrar diferencias cuando realmente existen.
  4. La sustitución de los pacientes debe realizarse en el grupo en que se hayan producido más abandonos para evitar pérdida de poder estadístico.
  5. Sólo es correcto utilizar variables intermedias o sustitutas, cuando estén validadas.
- 204. El representante de un laboratorio farmacéuti-**

**co le informa de la reciente comercialización de un nuevo antibiótico para el tratamiento de la neumonía que permite una administración menos frecuente (una vez al día) que los actualmente existentes y le resalta la importancia de cambiar el antibiótico que actualmente utiliza por el que presenta. Como demostración de su eficacia le presenta un ensayo clínico en el que el riesgo relativo (experimental/referencia) en la tasa de curaciones entre ambos es del 0.97 (intervalo de confianza: 0.60-1.30; no significativo). Basándose en estos resultados los autores concluyen que ambos tratamientos tienen una eficacia similar. Su opinión sobre la eficacia de dicho fármaco y la posibilidad de cambiar de antibiótico sería:**

1. Los resultados del ensayo y la opinión de los investigadores, que tienen la experiencia con el fármaco, le llevaría a aceptar su conclusión sobre la eficacia del fármaco y a utilizarlo.
2. Cree que efectivamente ambos antibióticos pueden considerarse similares a efectos prácticos, ya que la diferencia de eficacia entre ambos (3% de curaciones) es muy pequeña y clínicamente irrelevante.
3. La autorización del fármaco por las autoridades es suficiente garantía para aceptar su eficacia y sustituir el antibiótico que estaba utilizando hasta ahora.
4. El hecho de que la información se la suministre un representante del laboratorio, le hace descartar la utilización del nuevo producto.
5. La posible diferencia de eficacia entre ambos tratamientos incluye cifras demasiado amplias para que puedan considerarse equivalentes terapéuticos.

**205. ¿Cuál de las siguientes características del diseño cruzado de un ensayo clínico es FALSA?:**

1. Necesita menor número de pacientes que uno paralelo.
2. La variabilidad interindividual de la respuesta es menor que en uno paralelo.
3. El estudio se encuentra más influido por los abandonos que uno paralelo.
4. Se utilizan técnicas estadísticas para datos apareados.
5. No pueden utilizarse variables de evaluación definitivas.

**206. Uno de los principales inconvenientes de los estudios de casos y controles es:**

1. Que a menudo requieren muestras de gran tamaño.
2. Su mayor susceptibilidad a incurrir en sesgos respecto a otros estudios epidemiológicos.
3. Que no son adecuados para estudiar enfermedades raras.
4. Que suelen ser caros y de larga duración.

5. Que no permiten determinar la odds ratio.

**207. Para valorar la eficacia de un nuevo tratamiento en el mantenimiento de la remisión en pacientes con un brote moderado o grave de colitis ulcerosa, se ha diseñado un estudio cuya variable principal es la recaída de enfermedad un año después de iniciado el tratamiento. Si el estado actual del conocimiento de esta enfermedad indica la existencia de un tratamiento eficaz en esta indicación, señale cual es el diseño ético y metodológicamente más adecuado para responder a la pregunta de investigación planteada:**

1. Estudio de casos y controles (casos constituidos por enfermos nuevos, controles constituidos por pacientes históricos recogidos del archivo de historias clínicas).
2. Ensayo clínico de distribución aleatoria con dos grupos que comparan el fármaco experimental con placebo.
3. Estudio de cohortes anterógrado en el que se analiza la evolución de la enfermedad en dos grupos de pacientes tratados respectivamente con el tratamiento reconocido y el tratamiento experimental, sin intervención por parte del investigador en la distribución de los pacientes a cada grupo.
4. Ensayo clínico de distribución aleatoria con dos grupos en los que se compara el tratamiento experimental con el tratamiento eficaz previamente reconocido.
5. Estudio de cohortes histórico en el que se recoge la evolución de dos grupos históricos tratados respectivamente con el tratamiento reconocido y el tratamiento experimental.

**208. En un estudio de casos y controles se encontró una asociación entre la ingesta de alcohol y el desarrollo de cáncer esofágico. Dado que el consumo de tabaco se encontró asociado tanto a la ingesta de alcohol como al desarrollo de cáncer de esófago, el consumo de tabaco en este estudio debe considerarse como:**

1. Un factor (sesgo) de confusión.
2. Un sesgo de información.
3. Un sesgo de memoria.
4. Un sesgo de selección.
5. Un sesgo de falacia ecológica.

**209. El sistema español de farmacovigilancia ha recibido varias notificaciones espontáneas de lesiones hepatocelulares, algunas de ellas graves, asociadas a un medicamento que lleva dos años comercializado. Durante la realización de ensayos clínicos antes de comercializarlo no se describió ningún caso. ¿Cuál de las afirmaciones siguientes cree que es correcta ante esta situación?:**

1. Hay que evaluar la posibilidad de una alerta, por lo que hay que conocer la cantidad de medicamento que se ha vendido, como aproximación al número de pacientes que han podido estar expuestos.
  2. La existencia de una notificación adversa grave, ya es motivo suficiente para retirar el fármaco del mercado.
  3. El que se hayan recibido más de un caso implica que existe una fuerte asociación causa-efecto entre la administración del medicamento y la hepatitis.
  4. La asociación es debida al azar, ya que la hepatitis no se detectó durante la realización de los ensayos clínicos.
  5. La presencia de otros fármacos sospechosos en alguna de las notificaciones junto al hecho de la poca información que contienen, imposibilitan tomar en cuenta la hipótesis de que el medicamento pueda haber producido la hepatitis.
- 210. Un investigador está interesado en determinar si existe una asociación entre las cifras de tensión arterial diastólica (medida en mm de Hg) y los niveles de colesterol (medidos en mgr/ml). Para ello, ha realizado estas mediciones a 230 voluntarios. ¿Qué prueba estadística es la más apropiada para examinar esta asociación?:**
1. Regresión logística.
  2. Prueba de la t.
  3. Prueba de chi cuadrado.
  4. Correlación de Pearson.
  5. Prueba de Fisher.
- 211. Un investigador desea determinar la prevalencia de tabaquismo en niños de 12 años en una zona urbana mediante un estudio descriptivo. Para calcular el tamaño muestral que necesita para su estudio ya posee los siguiente datos: tamaño de la población de 12 años, porcentaje de pérdidas, la precisión con la que desea dar la prevalencia que obtendrá (por ejemplo 5%) y ha seleccionado un nivel de confianza (por ejemplo 95%). ¿Qué otro dato le falta?:**
1. Estimar el error beta.
  2. Estimar la proporción esperada de tabaquismo.
  3. Estimar la desviación estándar del tabaquismo.
  4. Estimar el error alfa.
  5. Estimar la media esperada del tabaquismo.
- 212. Se pretende comparar la frecuencia de complicaciones de dos preparados distintos de un mismo fármaco. Se observó un 5% de complicaciones con un preparado y un 3% con el otro, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ( $p=0,045$ ). La interpretación correcta de este resultado es:**
1. Si ambos preparados tuvieran la misma frecuencia de complicaciones, la probabilidad de encontrar una diferencia igual o mayor a la observada es 0,045.
  2. La probabilidad de que ambos preparados tengan la misma frecuencia de complicaciones es de 0,045.
  3. Los dos preparados tienen distinta frecuencia de complicaciones.
  4. Los dos preparados no tienen la misma frecuencia de complicaciones.
  5. La probabilidad de que ambos preparados tengan la misma frecuencia de complicaciones es de 0,955.
- 213. En un ensayo clínico se comparan 3 tratamientos (p.e. placebo, tratamiento establecido y un tratamiento nuevo). La variable respuesta es continua (p.e. nivel de glucosa en sangre). Aceptando que la variable tiene una distribución normal, el test correcto para comparar la respuesta es:**
1. La t de Student.
  2. El test de Wilcoxon.
  3. Análisis de la varianza.
  4. El test de Kruskal-Wallis.
  5. El test ji-cuadrado.
- 214. En el Análisis Coste Beneficio aplicado a la evaluación económica de las tecnologías sanitarias. ¿En qué términos o clase de unidades vienen expresados los resultados del empleo de tales tecnologías?:**
1. Calidades de vida.
  2. Años de vida ajustados por calidad.
  3. Físicas.
  4. Monetarias.
  5. Parámetros clínicos.
- 215. ¿Cuál de entre los siguientes estudios de evaluación económica de tecnologías sanitarias es el que trata de determinar la alternativa más eficiente, considerando sólo los costes de las mismas, porque la diferencia de sus resultados no es clínicamente relevante, ni estadísticamente significativa?:**
1. De impacto presupuestario.
  2. Costes de la enfermedad.
  3. Análisis de costes.
  4. Análisis de minimización de costes.
  5. Análisis coste efectividad.
- 216. Con respecto a los ensayos clínicos en fase II, señale la respuesta INCORRECTA:**
1. También se llaman exploratorios porque su objetivo principal es explorar la eficacia terapéutica de un producto en pacientes para una

indicación determinada.

2. Un objetivo importante de estos ensayos clínicos es determinar la dosis y la pauta posológica para los estudios en fase III o confirmatorios.
3. En estos ensayos se administra el medicamento por primera vez en humanos.
4. La escalada de dosis es un diseño habitual en los ensayos en fase II.
5. Habitualmente, la población seleccionada para estos ensayos es muy homogénea y el seguimiento que se hace de ella, muy estrecho.

**217. Los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRDs) son un Sistema de Clasificación de Pacientes utilizados en gestión hospitalaria que tienen como principal criterio de clasificación de los pacientes:**

1. La igualdad de síntomas (iso-síntomas).
2. El conjunto de variables que pueden determinar diferencias entre pacientes con un mismo diagnóstico principal y que caracterizan los diversos procesos con un mismo diagnóstico (iso-enfermedad).
3. Iso-complejidad de los diagnósticos al alta hospitalaria.
4. Iso consumo de recursos.
5. Iso severidad diagnóstica.

**218. Todos los siguientes son grupos que deben inmunizarse anualmente con la vacuna de la gripe SALVO:**

1. Niños y adolescentes (6 meses a 18 años) en tratamiento crónico con aspirina.
2. Adultos y niños con dolencias crónicas pulmonares o cardiovasculares (incluido el asma).
3. Médicos, enfermeros y otro personal sanitario.
4. Individuos mayores de 65 años.
5. Mujeres en el primer trimestre del embarazo durante la época epidémica de gripe.

**219. ¿Qué vacuna recomendaría NO poner a un niño con infección asintomática por VIH?:**

1. Vacuna polio tipo Salk.
2. Varicela.
3. Hepatitis B.
4. *Haemophilus influenzae* tipo b.
5. Triple vírica.

**220. Acude a la consulta de su médico de familia una mujer de 54 años por cuadro catarral. Aprovecha la visita para conocer su opinión sobre la necesidad de un chequeo general y sobre la necesidad de realizar revisiones ginecológicas. Entre sus antecedentes personales destacan 3 gestaciones con partos eutócicos, menopausia hace dos años sin sangrado posterior. No fuma, no bebe, ni lo ha hecho nunca, no toma ningún**

**medicamento, ni presenta ninguna patología activa o crónica conocida. No antecedentes familiares de interés. Última revisión ginecológica hace 18 años. ¿Qué actividades preventivas son las más recomendadas de inicio en esta mujer?:**

1. Se trata de una mujer sana y por lo tanto no hay que hacer nada.
2. Citología vaginal cada 3 años, indicar búsqueda de atención médica si sangrado vaginal y mamografía bienal.
3. Cribado de HTA, hipercolesterolemia, obesidad, explorar actividad física y dieta, vacunación de difteria y tétanos o dosis de recuerdo cada diez años, citología vaginal anual en 2 años consecutivos, indicar búsqueda de atención médica si sangrado vaginal y mamografía bienal.
4. Anualmente medición de TA, de colesterol total, perfil tiroideo, densitometría, peso, talla y IMC, radiografía de tórax, explorar actividad física y dieta, vacunación de difteria y tétanos y dosis de recuerdo cada 10 años, citología vaginal anual en 2 años consecutivos, indicar búsqueda de atención médica si sangrado vaginal y mamografía bienal.
5. Medición de TA, de colesterol total, peso, talla y IMC, explorar actividad física y dieta, vacunación de difteria y tétanos y ecografía transvaginal, citología vaginal y mamografía anuales.

**221. ¿Cuál de los siguientes fármacos puede provocar un cuadro de intoxicación de mayor gravedad?:**

1. Amitriptilina.
2. Fluvoxamina.
3. Venlafaxina.
4. Sertralina.
5. Mirtazapina.

**222. ¿Cuál de los siguientes fármacos NO se utiliza en la actualidad como terapia inmunosupresora a largo plazo en el trasplante cardíaco?:**

1. Ciclosporina.
2. Micofenolato Mofetilo.
3. Azatioprina.
4. Tacrolimus.
5. Anticuerpos Monoclonales OKT3.

**223. ¿Cuál de las siguientes circunstancias NO condiciona un incremento del riesgo de toxicidad renal por aminoglucósidos?:**

1. Uso simultáneo de Furosemida.
2. Uso simultáneo de Antiinflamatorios no esteroideos.
3. Hipovolemia.
4. Uso simultáneo de Vancomicina.

5. Uso simultáneo de Fluoxetina.

**224. ¿Cuál de los siguientes fármacos NO aumenta los niveles plasmáticos de potasio?:**

1. Captopril.
2. Ibuprofeno.
3. Amiloride.
4. Nifedipino.
5. Espironolactona.

**225. Uno de los siguientes fármacos debe su eficacia terapéutica en el tratamiento de la hipertrofia benigna de próstata a la inhibición directa del enzima 5 $\alpha$ -Reductasa. Indíquelo:**

1. Etinilestradiol.
2. Finasterida.
3. Alfuzoxina.
4. Leuprolide.
5. Danazol.

**226. Todos los siguientes virus tienen como célula diana la que se indica en cada caso, salvo uno. Indíquela:**

1. El virus de Epstein Barr los linfocitos B.
2. Los rinovirus las células epiteliales (receptor ICAM-1, proteína de adherencia de la superfamilia de las inmunoglobulinas).
3. El virus de la rabia las neuronas (receptor de acetilcolina).
4. Los reovirus las células epiteliales (receptor sialil oligosacáridos).
5. El virus de la inmunodeficiencia humana los linfocitos T facilitadores (molécula CD4).

**227. Una de las siguientes afirmaciones referidas al lipopolisacárido (LPS) de la membrana externa de la pared celular de las bacterias gramnegativas es cierta:**

1. Es una toxina termolábil que no resiste la esterilización en autoclave.
2. Tiene una actividad endotóxica que está asociada con el lípido A.
3. Contiene el antígeno O que es esencial para la viabilidad celular.
4. Su concentración en sangre no está directamente relacionado con la mortalidad por shock irreversible y colapso cardiovascular.
5. No proporciona resistencia a la fagocitosis.

**228. Algunas especies bacterianas son capaces de penetrar a través de los epitelios mucosos para así invadir y diseminarse por los tejidos. Esta fagocitosis realizada por células epiteliales (no fagocíticas) está inducida por la bacteria mediante sustancias denominadas “internalinas” y se denomina al proceso “endocitosis dirigida por el parásito”. De todas las especies que se citan a continuación sólo una no penetra me-**

**dante este proceso:**

1. *Chlamydia trachomatis*.
2. *Listeria monocytogenes*.
3. *Bordetella pertussis*.
4. *Haemophilus influenzae*.
5. *Neisseria gonorrhoeae*.

**229. Paciente politraumatizado ingresado en UCI. En un absceso cutáneo y en tres muestras de hemocultivo se aísla una cepa de *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina. Señale el tratamiento antimicrobiano de elección:**

1. Amoxicilina/ácido clavulánico.
2. Cafotaxima.
3. Ceftazidima.
4. Vancomicina.
5. Aztreonam.

**230. La diferencia entre *Entamoeba histolytica* y *Entamoeba dispar* (patógena y comensal respectivamente) se hace en los laboratorios de microbiología clínica por:**

1. Estudio de las diferencias morfológicas (microscópica) con ayuda de una tinción permanente.
2. Estudio de las diferencias metabólicas (Galería metabólica).
3. Estudio de sus diferencias antigénicas mediante pruebas inmunológicas.
4. Estudio de las características diferenciales de la movilidad (pseudópodos).
5. Tan sólo puede establecerse mediante secuenciación del tRNA.

**231. Señala cual de los siguientes hechos NO forma parte de la primera fase de la cascada metastásica de los tumores malignos:**

1. La fijación de las células neoplásicas a la laminina y fibronectina de la matriz extracelular.
2. La pérdida de adherencia entre las células neoplásicas.
3. La neoangiogenesis de vasos linfáticos en el campo de desarrollo del tumor.
4. La migración de las células tumorales tras de la degradación de la membrana.
5. La degradación de la matriz extracelular.

**232. La triada: alteración esponjiforme de las neuronas con aspecto microvacuolado de la sustancia gris, astrogliosis y placas amiloides se presenta en una de las siguientes entidades:**

1. Enfermedad de Parkinson.
2. Enfermedad de Alzheimer.
3. Enfermedad de Pick.
4. Esclerosis Múltiple.
5. Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.



- 233. La necrosis coagulativa es característica de:**
1. Infección bacteriana.
  2. Hipoxia-isquemia celular.
  3. Citólisis lisosómica.
  4. Traumatismos.
  5. Infarto cerebral.
- 234. De las siguientes enfermedades, ¿cuál es la que con mayor frecuencia produce ulceraciones múltiples en las primeras porciones (duodeno-yeyuno) del intestino delgado?:**
1. Antiinflamatorios no-esteroides (AINES).
  2. Enfermedad de Crohn.
  3. Tuberculosis intestinal.
  4. Ingesta de sustancias cáusticas.
  5. Infección por Yersinia.
- 235. Una mujer de mediana edad presenta diarrea acuosa crónica, sin sangre. La colonoscopia muestra mucosa normal. ¿Qué hallazgo morfológico, entre los siguientes, cabe esperar en la biopsia?:**
1. Erosiones superficiales.
  2. Grupos de células epitelioides intramucosos.
  3. Engrosamiento colagénico de la membrana basal bajo el epitelio de superficie.
  4. Atrofia glandular con pérdida de la capacidad mucígena y microabscesos crípticos.
  5. Formación de pseudomembranas fibrinopurulentas por encima de la mucosa.
- 236. ¿De dónde deriva embriológicamente el oído medio?:**
1. Primera bolsa branquial.
  2. Bolsa de Rathke.
  3. Primer arco branquial.
  4. Segunda bolsa branquial.
  5. Primer surco branquial.
- 237. Las nefronas del riñón post-natal derivan del:**
1. Pronefros.
  2. Mesonefros.
  3. Metanefros.
  4. Conducto de Wolff.
  5. Conducto de Müller.
- 238. En relación con la disposición de los elementos vasculo-biliares en el ligamento hepatoduodenal, refiera cuál de las afirmaciones siguientes es la correcta:**
1. La vena porta sigue un trayecto antero-medial con respecto a la arteria hepática.
  2. La arteria hepática derecha se divide en dos ramas que “abrazan” el conducto hepático derecho o el conducto cístico.
  3. La vía biliar principal es postero-lateral derecha con respecto a la vena porta.
  4. La arteria hepática izquierda nace de la arteria coronaria o de la arteria gastroduodenal.
  5. La vena coronaria confluye sobre la vena esplénica a unos 4 cm. del tronco esplenomesentérico.
- 239. ¿Qué músculo, componente del cuádriceps crural, se inserta como tendón rotuliano en la tuberosidad anterior de la tibia?:**
1. El vasto interno.
  2. El vasto intermedio o músculo crural.
  3. El recto anterior.
  4. El vasto externo.
  5. El subcrural.
- 240. El nervio laríngeo recurrente derecho, punto de referencia importante en la Cirugía de la glándula tiroidea, pasa por debajo de una de las siguientes arterias:**
1. Arteria cervical transversa.
  2. Arteria tiroidea superior.
  3. Arteria tiroidea inferior.
  4. Arteria subclavia derecha.
  5. Arteria tiroidea inferior.
- 241. En el momento actual, una de las herramientas principales en los estudios inmunológicos es la proteómica. Señale cuál de las respuestas siguientes es cierta con respecto a esta técnica:**
1. Estudia los genes a nivel molecular.
  2. Está basada en la utilización de la transcriptasa reversa.
  3. Se apoya en el uso de la reacción en cadena de la polimerasa pero de una manera semicuantitativa.
  4. Es el análisis de las proteínas y utiliza el espectrómetro de masas.
  5. Analiza la forma de transcripción del ADN al ARN.
- 242. Señale cuál de las siguientes respuestas es cierta en relación a las células madre:**
1. Las únicas caracterizadas son las células madre hematopoyéticas. Se aíslan mediante su molécula de membrana CD34 y sirven para el tratamiento de los tumores hematológicos.
  2. Su aislamiento sólo es posible a partir de tejido fetal o del cordón umbilical.
  3. Son células pluripotenciales, son capaces de diferenciarse en distintos tipos de tejido y/o estirpes celulares.
  4. El proceso para obtenerlas es muy laborioso, dado que no son capaces de crecer en cultivos in vitro.
  5. Es muy difícil su conservación porque no se mantienen vivas en el nitrógeno líquido.

243. **En el desarrollo actual de nuevos agentes inmunomoduladores para las enfermedades autoinmunes y los cuadros tumorales, se estudian fármacos cuya diana es inmunológica. Señale cuál de los siguientes NO es una diana inmunológica de este tipo de terapia en la actualidad:**
1. Enzima tirosina kinasa.
  2. Factor de necrosis tumoral alfa.
  3. Interleukina-1.
  4. Proteína CTLA-4.
  5. Interleukina-10.
244. **Señale la respuesta INCORRECTA en relación a la respuesta inmunológica del linfocito T:**
1. El receptor de antígeno del linfocito T es el encargado de reconocer el péptido extraño en el contexto de moléculas del complejo mayor de histocompatibilidad tanto de clase I como de clase II.
  2. Si el reconocimiento de antígeno se produce en ausencia de una señal coestimuladora se desencadena un fenómeno de tolerancia inmunológica.
  3. Puede conseguirse una tolerancia activa del linfocito T a través del bloqueo de la vía B7/CD28.
  4. Durante la activación del linfocito T, la molécula CD45 es alejada del complejo del receptor de la célula T para permitir que ocurran los fenómenos de fosforilación que llevarán a la activación celular.
  5. Las células dendríticas de Langerhans son una subpoblación de células T activadas presentes en la piel.
245. **Señale cual de las siguientes respuestas es cierta en relación a un superantígeno:**
1. Se unen a la porción lateral de la cadena alfa del receptor de la célula T y a la cadena beta de las moléculas del complejo mayor de histocompatibilidad de clase II.
  2. Son moléculas de naturaleza proteica capaces de activar hasta un 20% de los linfocitos T de sangre periférica.
  3. Están implicados en el desencadenamiento del síndrome del aceite tóxico.
  4. En su mayor parte son agentes nutricionales.
  5. Para su acción utiliza la vía alternativa del complemento.
246. **Todas las sustancias que a continuación se enumeran tienen la acción fisiológica que se indica en cada caso SALVO una. Señálela:**
1. Endotelina - vasoconstricción.
  2. Péptido intestinal vasoactivo -vasodilatación.
  3. Serotonina – vasoconstricción.
  4. Prostaciclina – vasodilatación.
  5. Oxido nítrico – vasoconstricción.
247. **¿A nivel de bioquímica molecular, qué se entiende por mecanismo de acción indirecto de las radiaciones ionizantes?:**
1. La alteración de la estructura terciaria de las proteínas.
  2. La formación de radicales libres, capaces de reaccionar con moléculas biológicamente importantes.
  3. La destrucción del RNA mensajero.
  4. La lesión directa de la molécula de DNA.
  5. La amplificación del oncogén C.erb B2.
248. **En relación con la composición de las lipoproteínas, indique la respuesta correcta:**
1. La Apo B100 es un componente de los quilomicrones.
  2. La Apo AI es componente principal de las LDL.
  3. La Apo E se encuentra en los quilomicrones, VLDL, IDL y HDL.
  4. La Apo B48 es el componente principal de las HDL.
  5. La VLDL es pobre en triglicéridos.
249. **En las reacciones fisiológicas de la cascada de la coagulación, una de las respuestas siguientes es INCORRECTA:**
1. El factor X se activa únicamente por el factor VIII activado.
  2. El factor VIII se activa a través de la fase intrínseca o de contacto de la coagulación.
  3. El factor VII se activa por el factor tisular.
  4. El factor V es inactivado por el sistema proteína C- proteína S.
  5. La antitrombina inactiva el factor X y la trombina.
250. **En relación con los mecanismos de absorción intestinal, una de las siguientes respuestas es INCORRECTA:**
1. La absorción de hierro tiene lugar en la parte más proximal del intestino delgado.
  2. La absorción de vitamina B12 requiere una sustancia segregada en las células paritales del estómago.
  3. La absorción adecuada de calcio requiere la presencia de vitamina D.
  4. Los ácidos grasos de cadena media requieren la lipólisis pancreática.
  5. La lactosa se hidroliza completamente en el borde en cepillo (luminal) del enterocito.
251. **Señale al respuesta FALSA en relación con el H. Pylori:**
1. Es, junto con el consumo de AINEs, el factor

etiológico de la mayoría de las úlceras gástricas y duodenales.

2. La prueba de detección más sensible y específica es la serología.
3. No parece tener un papel esencial en la enfermedad por reflujo gastroesofágico.
4. La erradicación del H.Pylori en pacientes con ulcus péptico se asocia a una drástica reducción de recaídas ulcerosas, en comparación con el tratamiento antisecretor.
5. No se recomiendan terapias erradicadoras de 2 fármacos por tener tasas de éxito inferiores al 80%.

**252. ¿Cuál de las siguientes asociaciones referidas a la exploración cardiovascular NO es correcta?:**

1. Onda a del pulso yugular – Cuarto ruido.
2. Clicks de apertura – Protosístole.
3. Arrastre presistólico – Ritmo sinusal.
4. Llenado ventricular rápido – Tercer ruido.
5. Aumento de intensidad del soplo con inspiración – Origen izquierdo.

**253. ¿Cuál de las siguientes entidades NO se acompaña de eosinofilia?:**

1. Asma intrínseca.
2. Infecciones por helmintos.
3. Enfermedad de Hodgkin.
4. Fiebre tifoidea.
5. Mastocitosis.

**254. Respecto a las filariosis, señale la respuesta INCORRECTA:**

1. Se transmiten por invasión directa de larvas parasitarias a la piel desde tierras húmedas al andar descalzo.
2. *Onchocerca volvulus* produce nódulos subcutáneos, prurito y afectación ocular (queratitis, retinitis).
3. *Loa Loa* produce edemas transitorios subcutáneos y conjuntivitis.
4. *Wuchereria bancrofti* produce varicocele y faringitis.
5. Ivermectina es el tratamiento de elección para la oncocercosis.

**255. En la cuarta edición del DSM-IV la demencia se define como:**

1. Una alteración de la conciencia y de la cognición por un breve período de tiempo.
2. Un deterioro de múltiples funciones cognitivas, incluida la alteración de la memoria, pero no de la conciencia.
3. Un deterioro progresivo de la memoria que puede desarrollarse en ausencia de otros trastornos significativos.
4. Un trastorno neuropsiquiátrico complejo de índole orgánica, que incluye deterioro, delirio

y alucinaciones.

5. La alteración neuropsiquiátrica presente en una amplia lista de enfermedades cuyo denominador común es la incapacidad para la integración familiar y social.

**256. Un estudio informa que la mediana de supervivencia de los pacientes sometidos a cierta intervención quirúrgica es de 7 años. Ello quiere decir que:**

1. El valor esperado de tiempo de supervivencia es 7 años.
2. La mitad de los pacientes sobreviven más de 7 años.
3. No hay ningún paciente que sobreviva menos de 7 años.
4. La mitad de los pacientes sobreviven aproximadamente 7 años.
5. 7 años es el tiempo de supervivencia más probable.

**257. ¿Cuál de los siguientes cánceres invasivos es el más frecuente en España?:**

1. El cáncer de endometrio.
2. El cáncer de ovario.
3. El cáncer de cérvix.
4. El cáncer de vagina.
5. El cáncer de vulva.

**258. Según las pautas de práctica clínica generalmente aceptadas, la Oxigenoterapia Crónica domiciliaria, está indicada en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) cuya presión parcial arterial de oxígeno (PaO<sub>2</sub>) sea:**

1. Inferior a 55 mmHg en situación clínica aguda.
2. Entre 55 y 60 mmHg en situación clínica aguda, pero con historia de agravamientos frecuentes más severos, por debajo de 55 mmHg.
3. Inferior a 55 mmHg en situación clínica estable.
4. Entre 55 y 60 mmHg en situación clínica estable, pero con historia de agravamientos frecuentes más severos, por debajo de 55 mmHg.
5. Superior a 60 mmHg en situación clínica estable, pero con un valor hematocrito superior a 55%.

**259. Un paciente varón de 60 años acude al hospital aquejando hematuria indolora. La exploración demuestra una tumoración vesical de cara lateral derecha sin afectación del meato ureteral que se reseca endoscópicamente. Señale cuáles de los siguientes datos tienen la significación pronóstica más relevante y deciden el tratamiento:**

1. El grado, el tipo histológico y el estadiaje o nivel infiltrativo local.
  2. El tipo histológico y su asociación con áreas de cistitis y de carcinoma in situ.
  3. El sexo y edad del paciente y su asociación, en varones, con hiperplasia prostática benigna con obstrucción urinaria.
  4. La duración e intensidad de la hematuria previa y la existencia de una citología previa positiva para células tumorales.
  5. El tipo histológico y la duración de la hematuria.
5. Tres costillas fracturadas con movilidad respiratoria restringida.

**260. No podrá Vd. normalizar la saturación arterial de oxígeno mediante oxigenoterapia si un postoperado presenta:**

1. Anemia importante.
2. Crisis asmática severa con hipoxemia.
3. Síndrome de distress respiratorio del adulto.
4. Hipoventilación alveolar por sobredosificación de anestésicos opiáceos.

