

MEDICINA 2020



MINISTERIO
DE SANIDAD

PRUEBAS SELECTIVAS 2020 CUADERNO DE EXAMEN MEDICINA - VERSIÓN: 2

NÚMERO DE MESA:

NÚMERO DE EXPEDIENTE:

Nº DE D.N.I. O EQUIVALENTE PARA EXTRANJEROS:

APELLIDOS Y NOMBRE:

ADVERTENCIA IMPORTANTE ANTES DE COMENZAR SU EXAMEN, LEA ATENTAMENTE LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES

- 1. MUY IMPORTANTE:** Compruebe que este Cuaderno de Examen, lleva todas sus páginas y no tiene defectos de impresión. Si detecta alguna anomalía, pida otro Cuaderno de Examen a la Mesa. **Realice esta operación al principio**, pues si tiene que cambiar el cuaderno de examen posteriormente, se le facilitará una versión "0", que no coincide con su versión personal en la colocación de preguntas y **no dispondrá** de tiempo adicional.
- El cuestionario se compone de 175 preguntas más 10 de reserva. Tenga en cuenta que hay **25 preguntas que están ligadas a una imagen**. Todas las imágenes están en un cuadernillo de imágenes separado.
- Compruebe que el **número de versión** de examen que figura en su "Hoja de Respuestas", **coincide** con el número de versión que figura en el cuestionario. Compruebe también el resto de sus datos identificativos.
- La "Hoja de Respuestas" está nominalizada. Se compone de dos ejemplares en papel autocopiativo que deben colocarse correctamente para permitir la impresión de las contestaciones en todos ellos. Recuerde que debe firmar esta Hoja.
- Compruebe que la respuesta que va a señalar en la "Hoja de Respuestas" corresponde al número de pregunta del cuestionario. **Sólo se valoran** las respuestas marcadas en la "Hoja de Respuestas", siempre que se tengan en cuenta las instrucciones contenidas en la misma.
- Si inutiliza su "Hoja de Respuestas" pida un nuevo juego de repuesto a la Mesa de Examen y **no olvide** consignar sus datos personales.
- Recuerde que el tiempo de realización de este ejercicio es de **cuatro horas improrrogables** y que están **prohibidos** el uso de **calculadoras** y la utilización de **teléfonos móviles**, o de cualquier otro dispositivo con capacidad de almacenamiento de información o posibilidad de comunicación mediante voz o datos.
- No se entregarán**, en ningún caso, **los cuestionarios** con las preguntas de examen. Las distintas versiones de los cuadernos de examen se publicarán en la Web del Ministerio de Sanidad, al cierre de la última mesa de examen.

1. Pregunta asociada a la imagen 1.

Paciente miope que consulta por pérdida de visión en ojo derecho. La exploración del fondo de ojo se observa en la imagen. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta respecto a este paciente?:

1. Tiene una mejoría de los síntomas al despertarse, que empeoran según avanza el día.
2. Refiere una pérdida de visión, como una cortina, que le afecta a la zona superior del campo visual.
3. Sería necesario realizar un tratamiento con láser YAG previo a la cirugía.
4. Debe realizarse tratamiento quirúrgico mediante trabeculectomía ab-externo.

2. Pregunta asociada a la imagen 2.

Profesora de educación infantil que consulta por disfonía y fonostenia de 6 meses de evolución relacionada con el esfuerzo vocal. Durante la semana la voz empeora y en el fin de semana mejora parcialmente. De los siguientes, ¿cuál es el diagnóstico de sospecha más probable con la imagen de la laringoscopia que se aporta?:

1. Pólipos vocales.
2. Carcinoma de cuerdas vocales.
3. Nódulos vocales.
4. Quistes vocales.

3. Pregunta asociada a la imagen 3.

Mujer de 60 años, sin antecedentes patológicos de interés, que acude al hospital por pirosis. Durante el proceso diagnóstico se observa en un TC toraco-abdominal una lesión nodular de 3 cm en la pared posterior de la región cardial, por lo que se realiza una resección gástrica atípica. Se muestran dos imágenes, una macroscópica y otra microscópica. Las tinciones inmunohistoquímicas de la lesión son positivas para c-KIT y DOG1, y negativas para citoqueratinas, actina, desmina y S100. ¿Cuál es el diagnóstico anatomopatológico de la lesión gástrica?:

1. Leiomioma.
2. Tumor del estroma gastrointestinal.
3. Schwannoma.
4. Adenocarcinoma poco diferenciado.

4. Pregunta asociada a la imagen 4.

Hombre de 68 años que consulta al dermatólogo por lesiones cutáneas ulceradas perianales. El dermatólogo se plantea dentro del diagnóstico diferencial un pioderma gangrenoso, una enfermedad ampollosa y una etiología infecciosa. Realiza una biopsia para estudio histológico y solicita también estudio de inmunofluorescencia directa. La inmunofluorescencia directa es negativa y se muestra la histología de la lesión. ¿Cuál es el diagnóstico anatomopatológico de la lesión cutánea perianal?:

1. Pioderma gangrenoso.
2. Pénfigo vulgar.
3. Infección micótica.
4. Infección por el virus del herpes simple.

5. Pregunta asociada a la imagen 5.

Las células indiferenciadas (blastos) de la imagen son típicas, por sus granulaciones en forma de bastones alargados, de:

1. Mieloma secretor de IgA leucemizado.
2. Linfoma folicular leucemizado.
3. Leucemia aguda mieloide.
4. Leucemia aguda linfóide.

6. Pregunta asociada a la imagen 6.

Hombre de 55 años, fumador y con hábito enólico hasta hace 3 meses. Ingresa por deterioro del estado general e ictericia. En la exploración física se palpa hepatomegalia y en la analítica se constata fracaso renal con una creatinina de 4,6 mg/dl. Durante el ingreso presenta shock séptico por *Staphylococcus aureus* y abdomen agudo que se atribuye a isquemia entérica secundaria al shock séptico, por lo que se indica laparotomía exploradora donde se aprovecha para realizar una biopsia hepática. ¿Cuál es el diagnóstico anatomopatológico de la lesión hepática?:

1. Cirrosis.
2. Infiltración por carcinoma.
3. Amiloidosis.
4. Hepatitis alcohólica.

7. Pregunta asociada a la imagen 7.

Varón de 58 años con masa mediastínica. El estudio microscópico muestra los hallazgos de la figura 1A. En la figura 1B, tinción para citoqueratinas. El diagnóstico más probable sería:

1. Metástasis mediastínica de carcinoma sarcomatoide.
2. Sarcoma de nervio periférico.
3. Schwannoma.
4. Timoma.

8. Pregunta asociada a la imagen 8.

Mujer de 47 años con debilidad muscular proximal progresiva de extremidades superiores e inferiores de 7 meses de evolución. Sin antecedentes familiares de interés. Toma arroz rojo para tratar una dislipemia. Exploración física: fuerza en psoas 3/5, cuádriceps 4/5 y deltoides 4/5. CK de 3675 UI/L (normal <150 UI/L). Se solicitó un análisis inmunológico y se practicó una biopsia en el músculo deltoides derecho (figura). Marque la opción correcta:

1. Análisis inmunológico: Ac. anti-cN1A positivos. Biopsia: infiltrado inflamatorio perivascular y presencia de vacuolas ribeteadas. Diagnóstico: miositis con cuerpos de inclusión.
2. Análisis inmunológico: Ac. anti-TIF-1 gamma positivos. Biopsia: infiltrado inflamatorio perivascular y células en anillo. Diagnóstico: dermatomiositis.
3. Análisis inmunológico: Ac. anti-mitocondriales positivos. Biopsia: necrosis coagulativa y regeneración de fibras musculares con escaso infiltrado inflamatorio. Diagnóstico: distrofia muscular congénita de Ullrich.
4. Análisis inmunológico: Ac. anti-HMG-CoA reductasa positivos. Biopsia: necrosis coagulativa y regeneración de fibras musculares con escaso infiltrado inflamatorio. Diagnóstico: miopatía necrosante inmunomediada.

9. Pregunta asociada a la imagen 9.

Mujer de 85 años, trabajadora del campo jubilada, que presenta desde hace un año y medio en la nariz una lesión papulosa, redondeada y brillante que le sangra con facilidad y crece lentamente. De entre las opciones señaladas, ¿cuál es el diagnóstico más probable?:

1. Queratoacantoma.
2. Carcinoma basocelular.
3. Queratosis actínica hipertrófica.
4. Herpes simple crónico.

10. Pregunta asociada a la imagen 10.

Varón de 45 años, diabético e hipertenso que acude porque desde hace 3 meses presenta placas eritematosas con descamación blanca en cuero cabelludo, tronco, rodillas y codos (ver imagen), con afectación de 4 uñas de las manos. Refiere prurito y decaimiento. ¿Cuál de las siguientes opciones terapéuticas es la más adecuada?:

1. Prednisona oral.
2. Leflunomida.
3. Adalimumab.
4. Rituximab.

11. Pregunta asociada a la imagen 11.

Varón de 71 años, fumador importante activo (IPA >60), sin otros antecedentes de interés, en estudio por disnea. Se realiza TC torácica que muestra un nódulo sólido de bordes irregulares en LSD y adenopatías hiliares ipsilaterales. Con estos datos y la prueba de imagen que se muestra (PET-TC con 18F-FDG), ¿qué diagnóstico es el más probable?:

1. Neoplasia pulmonar con metástasis ganglionares ipsilaterales.
2. Neoplasia pulmonar avanzada con metástasis extra-torácicas.
3. Hamartomas pulmonares.
4. Tuberculosis pulmonar y ganglionar.

12. Pregunta asociada a la imagen 12.

Varón de 83 años en quien se detecta de forma casual un aumento del tamaño del tiroides al hacerse una TC para estudio de extensión de un cáncer vesical. En el estudio diagnóstico destaca: TSH <0,005 μ UI/mL (VN 0,4 - 4,5), T4 libre 3,49 ng/dl (0,70 - 1,90), T3 libre 9,56 pg/mL (2,27 - 5,06), anticuerpos anti-receptor TSH <0,8 IU/l (0 - 1,75), anticuerpos antiperoxidasa 8 UI/mL (5 - 34). Ecografía: glándula tiroidea aumentada de tamaño, parénquima ocupado por múltiples nódulos preferentemente sólidos. La imagen asociada corresponde a una gammagrafía tiroidea. Con estos resultados morfológicos y funcionales el diagnóstico más probable es:

1. Enfermedad de Graves-Basedow.
2. Cáncer folicular de tiroides.
3. Bocio multinodular tóxico.
4. Tiroiditis autoinmune.

13. Pregunta asociada a la imagen 13.

Mujer de 50 años, hipertensa, que acude a urgencias porque, estando previamente bien, presentó un dolor súbito muy intenso en región torácica interescapular y en epigastrio, irradiado en cinturón. No refiere otra patología asociada. Ante el corte sagital con contraste de TC que se adjunta, ¿cuál de los siguientes diagnósticos sospecha?:

1. Disección de aorta.
2. Rotura de aorta.
3. Hematoma intramural de aorta.
4. Úlcera aórtica arteriosclerosa penetrante.

14. Pregunta asociada a la imagen 14.

Niña de 3 años de edad que presenta aparición de una tumoración frontal dolorosa a la palpación sin antecedente traumático ni otras manifestaciones clínicas o radiológicas asociadas. ¿Qué diagnóstico es más probable en la imagen mostrada?:

1. Histiocitosis de células de Langerhans.
2. Rabdomiosarcoma.
3. Linfoma.
4. Quiste dermoide.

15. Pregunta asociada a la imagen 15.

Mujer de 51 años, sin antecedentes de interés, que consulta por dolor continuo en hipogastrio y fosa iliaca derecha desde hace 20 días, no irradiado. En la analítica básica únicamente destaca PCR 6 mg/L (normal 0-5). Se realiza una ecografía abdominal, pero al radiólogo le plantea dudas y decide realizarle TC abdominopélvica con contraste intravenoso. ¿Cuál es el diagnóstico que sugiere la imagen mostrada?:

1. Absceso pélvico secundario a apendicitis.
2. Litiasis ureteral derecha con formación de urinoma.
3. Tumor desmoide mesentérico.
4. Teratoma ovárico maduro.

16. Pregunta asociada a la imagen 16.

Mujer de 43 años con diagnóstico de leucemia aguda linfoblástica T en tratamiento de inducción con aplasia tras inicio de profase con cifra de neutrófilos $<0,5 \times 10^9/L$ que presenta síndrome febril sin focalidad infecciosa aparente y sin respuesta a tratamiento antibiótico, por lo que se realiza TC torácica. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos sospecha en primer lugar ante los hallazgos de la TC?:

1. Neumonía por *Pneumocystis jirovecii*.
2. Aspergilosis invasiva.
3. Toxicidad pulmonar por fármacos.
4. Afectación neoplásica del pulmón.

17. Pregunta asociada a la imagen 17.

Paciente de 40 años, con hipertensión detectada a los 37 años como único antecedente de interés, que consulta por distensión abdominal sin otra sintomatología acompañante. La analítica de sangre y orina resultan estrictamente normales. En el contexto de la paciente, ¿qué enfermedad le sugieren las imágenes?:

1. Poliquistosis renal autosómica dominante.
2. Poliquistosis renal autosómica recesiva.
3. Angiomiolipomas renales en el contexto de esclerosis tuberosa.
4. Cáncer renal metastásico.

18. Pregunta asociada a la imagen 18.

Paciente de 38 años que acude a urgencias por fiebre, tos con expectoración purulenta y dolor pleurítico en el costado izquierdo. En la exploración física está consciente y orientado, la frecuencia respiratoria es de 34 rpm y la presión arterial sistólica de 85 mmHg. Se auscultan crepitantes en el campo medio y superior del hemitórax izquierdo. La urea es de 38 mg/dl y en la radiografía de tórax se observa una condensación alveolar con broncograma aéreo en el lóbulo superior izquierdo. Se establece el diagnóstico de neumonía. ¿Cuál de las siguientes opciones sería la correcta?:

1. La puntuación de la escala de riesgo CURB-65 es 1. Es una persona joven, los gérmenes más probables son el neumococo y el mycoplasma. Puede tratarse ambulatoriamente con azitromicina.
2. La puntuación de la escala de riesgo CURB-65 es 2. Debe ingresar en el hospital en una sala convencional y podría tratarse con una cefalosporina de tercera generación y azitromicina, puesto que hay que cubrir el neumococo resistente y la legionella.
3. La puntuación de la escala de riesgo CURB-65 es 3. Debe ingresar en el hospital en una sala convencional. Se tomarán muestras para cultivo con un catéter telescopado y un lavado broncoalveolar y se esperarán los resultados de los cultivos antes de iniciar cualquier tratamiento antibiótico.
4. La puntuación de la escala de riesgo CURB-65 de 4. Debe cubrirse como germen más probable la *Pseudomonas aeruginosa* y tratarlo con cefalosporinas antipseudomona en una unidad de cuidados intensivos.

19. Pregunta asociada a la imagen 19.

Niño de 8 años y medio que acude a urgencias por dolor inguinal izquierdo y claudicación de la marcha tras accidente deportivo jugando al fútbol (impacto con un contrario con posterior caída sobre cadera izquierda). Los padres relatan algún episodio previo similar que mejoró con reposo y tratamiento médico, sin llegar a haber acudido a urgencias. Es un apasionado deportista que juega al fútbol y otros deportes, aunque como dicen los padres últimamente ha debido parar en más de una ocasión. ¿A la vista de la imagen radiográfica cuál sería su diagnóstico clínico?:

1. Fractura de cadera como consecuencia de la caída sufrida.
2. Epifisiolisis traumática de cadera izquierda.
3. Artritis séptica de cadera izquierda.
4. Enfermedad de Perthes.

20. Pregunta asociada a la imagen 20.

¿Cuál es el tratamiento de elección para una paciente de 96 años que presenta la fractura de la imagen?:

1. Clavo trocantérico en mesa ortopédica.
2. Prótesis parcial bipolar de cadera.
3. Osteosíntesis con tornillos canulados.
4. No cirugía, vida cama-sillón precoz.

21. Pregunta asociada a la imagen 21.

Paciente de 44 años con lesión (16x8x12 cm) de crecimiento rápido que interesa las partes blandas del tercio proximal del muslo derecho. Refiere que ha empezado a notar la masa, que tiene una consistencia dura y está adherida a planos profundos, en los últimos 6 meses. Previamente hacía deporte habitualmente, llegando a haber terminado alguna maratón. Se observa a la exploración circulación colateral, pero no se palpan adenopatías inguinales derechas. Tras la biopsia se confirma que se trata de un sarcoma pleomórfico indiferenciado de alto grado, que en los estudios de imagen se encuentra proximal al trocánter menor. La TC de extensión es negativa. ¿Cuál sería su actitud terapéutica?:

1. Desarticulación de la cadera.
2. Tratamiento con ifosfamida y tamoxifeno durante 6 ciclos previos a la cirugía de resección para reducir el tamaño de la lesión.
3. Cirugía marginal extirpando la pseudocápsula que suelen formar estos tumores como respuesta a su rápido crecimiento.
4. Hemipelvectomía derecha modificada.

22. Pregunta asociada a la imagen 22.

Paciente de 60 años que acude a urgencias por sensación de mareo y sudación de media hora de evolución. ¿Qué alteración encontramos en su electrocardiograma?:

1. Taquicardia sinusal.
2. Flutter auricular.
3. Extrasístoles auriculares frecuentes.
4. Fibrilación auricular.

23. Pregunta asociada a la imagen 23.

Mujer de 25 años que acude a urgencias por dolor torácico de 2 días de evolución asociado a febrícula termometrada de hasta 37,6°C. Este dolor se localiza a nivel precordial, no se modifica con el ejercicio físico y empeora con el decúbito supino. Análíticamente destaca una proteína C reactiva discretamente elevada y leucocitosis moderada. El electrocardiograma se muestra en la imagen. Con respecto al tratamiento de esta patología señale la respuesta correcta:

1. Lo más probable es que se trate de un infarto agudo de miocardio. Avisaría a Cardiología para realización de coronariografía urgente.
2. Los fármacos más utilizados son los AINEs.
3. La colchicina está contraindicada en esta patología.
4. Lo más correcto sería iniciar tratamiento antibiótico empírico con una fluoroquinolona.

24. Pregunta asociada a la imagen 24.

¿Cuál sería el manejo obstétrico en una mujer secundigesta de 34 semanas tras el diagnóstico ecográfico de feto pequeño para edad gestacional, asintomática y que presenta el registro cardiotocográfico externo que aparece en la imagen?:

1. Extracción fetal mediante cesárea programada.
2. Extracción fetal tras inducción de parto.
3. Controles ecográficos fetales periódicos de forma ambulatoria.
4. Ingreso y control estricto materno-fetal.

25. Pregunta asociada a la imagen 25.

Varón de 59 años que consulta por hipertensión arterial de al menos 5 años de evolución, actualmente en tratamiento con valsartán/hidroclorotiazida y amlodipino a dosis plenas. Aporta cifras de presión arterial ambulatoria de 143/88 mmHg. Con motivo de un episodio de diverticulitis le habían realizado una TC abdominal hace un mes donde llama la atención la imagen adjunta. Con estos datos clínicos y radiológicos, señale la respuesta correcta:

1. No es preciso realizar ningún estudio adicional.
2. Está indicada la determinación de renina plasmática y aldosterona.
3. El hallazgo en dos analíticas sucesivas de cifras de potasio <3,5 mEq confirmaría el diagnóstico de sospecha.
4. La ausencia de hipopotasemia y alcalosis metabólica, descarta el diagnóstico de sospecha.

26. El 2,3-BPG (2,3-bisfosfoglicerato) es un compuesto orgánico que modula la unión de oxígeno a la hemoglobina. Este metabolito es sintetizado en los hematíes a través de una derivación de la vía glicolítica. Señale la respuesta FALSA:
1. La concentración de 2,3-BPG en los eritrocitos (normalmente cercana a 5 mM) aumenta en situaciones de hipoxia, anemia grave y de adaptación a altitudes elevadas.
 2. La presencia de 2,3-BPG apenas influye en la oxigenación de la hemoglobina a nivel de los capilares pulmonares en condiciones fisiológicas.
 3. La adición de 2,3-BPG a la sangre almacenada para transfusiones es ineficaz.
 4. La hemoglobina fetal tiene mayor afinidad por el 2,3-BPG que la hemoglobina A1.
27. En una persona sana y en posición erguida, en relación con el cociente ventilación-perfusión, señale la respuesta INCORRECTA:
1. La ventilación alveolar es mayor en áreas pulmonares superiores.
 2. El flujo capilar es menor en áreas pulmonares superiores.
 3. La ventilación alveolar es ligeramente menor que el flujo capilar en áreas pulmonares inferiores.
 4. La ventilación alveolar es mayor que el flujo capilar en áreas pulmonares superiores.
28. En cuanto a las interrelaciones entre la presión, el flujo y la resistencia de los vasos sanguíneos, señale la afirmación INCORRECTA:
1. La resistencia es directamente proporcional a la diferencia de presión e inversamente proporcional al flujo.
 2. En el flujo laminar, la velocidad del flujo en el centro del vaso es mayor que en los bordes exteriores.
 3. Cambios pequeños en el diámetro de un vaso provocan cambios importantes en su conductancia.
 4. Si se añaden vasos sanguíneos en paralelo en un circuito, aumenta la resistencia vascular total.
29. El resultado de la gasometría arterial de un paciente es: pH: 7,40, PaCO₂ 60 mmHg; bicarbonato 36 mM/L. ¿Cuál es la alteración que presenta?:
1. Ninguna, el pH es normal.
 2. Acidosis respiratoria.
 3. Acidosis respiratoria y alcalosis metabólica.
 4. Alcalosis metabólica.
30. La adaptación metabólica al inicio del ayuno intermedio (por encima de 24 horas) va acompañado de un aumento en la proteólisis y la liberación de aminoácidos desde el músculo. En esta situación, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?:
1. Los aminoácidos ramificados son degradados en el hígado.
 2. La alanina liberada es captada por el hígado para su uso como sustrato gluconeogénico.
 3. La glutamina es transformada en los enterocitos en alanina, generándose amonio y arginina.
 4. Los aminoácidos son utilizados en gran parte en el hígado para la síntesis de proteínas plasmáticas.
31. En relación con la autorregulación de la filtración glomerular (FG) y del flujo sanguíneo renal (FSR) en condiciones fisiológicas señale la afirmación INCORRECTA:
1. Los valores de FG y FSR se mantienen relativamente constantes a pesar de cambios acentuados en la presión arterial sistémica.
 2. Se autorregulan en paralelo, pero en ciertas condiciones es más eficiente la autorregulación del FSR.
 3. La reducción del cloruro de sodio en la mácula densa dilata las arteriolas aferentes y aumenta la liberación de renina.
 4. La angiotensina II ejerce una acción vasoconstrictora preferente sobre las arteriolas eferentes renales.
32. Cuando un mismo cuadro clínico (o con pequeñas modificaciones) está causado por mutaciones diferentes de un mismo gen nos referimos a la:
1. Heterogeneidad de locus.
 2. Heterogeneidad alélica.
 3. Heterogeneidad genética.
 4. Impronta parental.
33. ¿Cuál de los siguientes criterios diagnósticos es considerado como criterio mayor para realizar el diagnóstico de mastocitosis sistémica?:
1. Triptasa sérica total superior a 20 ng/ml.
 2. Infiltrados densos multifocales de mastocitos (>15 mastocitos por agregado) en médula ósea u otros tejidos extracutáneos.
 3. Fenotipo superficial de mastocitos anómalos con expresión de CD25 o CD2 o ambos.
 4. Morfología alterada de los mastocitos (fusiformes, núcleo excéntrico bilobulado o multilobulado, citoplasma hipogranulado).

34. **El SARS-CoV-2 es un virus de ARN de hebra sencilla. Entre los mecanismos que participan en la respuesta inmune innata frente a virus de ARN, como el SARS-CoV-2, se encuentra:**
1. La producción de interferones tipo I tras el reconocimiento del ARN vírico por receptores de reconocimiento de patrón como los Toll-like receptors (TLR) o los RIG-like receptors (RLR).
 2. La producción de interferón gamma por los linfocitos CD4+ Th1 tras el reconocimiento de péptidos víricos en las células presentadoras de antígeno.
 3. La producción de anticuerpos neutralizantes tipo IgG producidos en respuesta a las proteínas víricas.
 4. La actividad citotóxica mediada por linfocitos T CD8+ tras el reconocimiento de péptidos víricos en las células infectadas.
35. **¿Cuál de las siguientes consecuencias puede tener una mutación del nucleótido G por el nucleótido A en el primer nucleótido de un intrón?:**
1. Al ser una mutación intrónica no tiene ninguna repercusión.
 2. Al ser una transición (los dos nucleótidos tienen la misma estructura) no tiene ninguna repercusión.
 3. Aunque es una mutación intrónica produce la exclusión de todos los exones que están situados detrás de la mutación.
 4. La mutación en este nucleótido puede afectar a la maduración del ARN (*splicing*) y cambiar la estructura del ARN y, por consiguiente de la proteína.
36. **Los receptores para los fragmentos Fc de las diferentes clases de inmunoglobulinas (Ig) se pueden expresar en distintos tipos de células que llevan a cabo funciones efectoras. Indique cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA:**
1. La IgG se une al receptor III para Fc-gamma (Fc-gamma-RIII) en las células NK activando la citotoxicidad celular dependiente de anticuerpos (ADCC).
 2. La IgA se une al receptor poli-Ig (pIgR) del epitelio intestinal para llegar a la luz intestinal.
 3. La IgM se une al receptor Fc neonatal (FcRn) en el sincitiotrofoblasto para atravesar la placenta.
 4. La IgE se une al receptor para Fc-epsilon (Fc-epsilon-R) en mastocitos e induce su desgranulación.
37. **La vacuna neumocócica de polisacáridos PPSV23 genera una respuesta inmunitaria de tipo timo-independiente frente a 23 subtipos de neumococos. La inmunización con dosis repetidas de PPSV23:**
1. Está indicada en niños menores de dos años en situación de riesgo.
 2. Induce una respuesta secundaria con altos niveles de IgG específica.
 3. Inducen maduración de la afinidad de los anticuerpos generados.
 4. No genera memoria inmunológica.
38. **Paciente de 72 años de edad que acude a urgencias por presentar aparatoso e importante angioedema lingual. No presenta urticaria asociada ni refiere antecedentes de alergia a fármacos o alimentos. Entre sus antecedentes personales destacan diabetes mellitus tipo 2, dislipemia, hipertensión arterial, hipotiroidismo y enfermedad de Parkinson. En tratamiento habitual con metformina, simvastatina, enalapril, tiroxina y levodopa. ¿Cuál de los siguientes fármacos es con mayor probabilidad el fármaco causal del cuadro clínico descrito?:**
1. Enalapril.
 2. Simvastatina.
 3. Metformina o levodopa por igual.
 4. Levodopa.
39. **En relación con la inmunoterapia basada en linfocitos T con receptores antigénicos quiméricos (*chimeric antigen receptor*, CAR) que reconocen CD19 (CART19):**
1. Está aprobada para el tratamiento de leucemia mieloblástica aguda refractaria o en recaída.
 2. Un efecto secundario grave de esta terapia es el síndrome de liberación de citoquinas.
 3. El receptor CAR reconoce CD19 de forma restringida por el HLA.
 4. Se asocia a hipergammaglobulinemia permanente por activación crónica de linfocitos B CD19+.
40. **¿En cuál de las siguientes intoxicaciones por plantas nos debemos plantear una etiología accidental por uso intencionado con fines recreativos?:**
1. *Taxus baccata* (tejo).
 2. *Thevetia peruviana* (adelfa amarilla).
 3. *Atropa belladonna* (escopolamina).
 4. *Aconitum napellus* (acónito).
41. **¿Cuál de las siguientes respuestas NO es cierta en relación con el tratamiento del dolor en el paciente con cáncer?:**
1. El fentanilo transmucoso (oral o nasal) es el fármaco de elección en el tratamiento del dolor irruptivo oncológico.
 2. Los ensayos clínicos demuestran diferencias en la eficacia y tolerabilidad entre los diferentes opioides mayores.
 3. La rotación de opioides o la analgesia raquídea son medidas de tratamiento del dolor refractario.
 4. La eficacia de la escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es del 80-90 %.
42. **En un paciente terminal la omisión o la interrupción de tratamientos médicos vitales, para permitir a la persona que fallezca (interrupción de los tratamientos que permiten conservar la vida) se denomina:**
1. Eutanasia activa voluntaria.
 2. Eutanasia activa involuntaria.
 3. Eutanasia pasiva.
 4. Suicidio asistido por un médico.

43. **En una intoxicación por insecticidas organofosforados, señale la respuesta correcta:**
1. No existe absorción a través de la piel.
 2. Es común el fallecimiento al cabo de unos minutos.
 3. Se inicia con síntomas nicotínicos.
 4. Su acción selectiva es anticolinesterásica.
44. **Recibo una llamada de un compañero de promoción que trabaja en otro hospital. Me solicita información sobre un paciente ingresado en mi hospital para el que le han pedido una interconsulta de su especialidad. Como conozco e identifico al médico que me pregunta, la actuación más correcta es:**
1. Consultar el historial médico del paciente y darle la información que me pide.
 2. Decirle que yo no tengo nada que ver con el paciente y terminar la conversación.
 3. Transmitir al médico responsable del paciente la pregunta de mi colega y ponerles en contacto.
 4. Mandarle un informe escrito del paciente para evitar dar información por teléfono.
45. **Respecto a las características de una prueba diagnóstica, indique la respuesta correcta:**
1. Los valores predictivos dependen de la probabilidad a priori de tener la enfermedad.
 2. La especificidad es la capacidad de la prueba de clasificar correctamente, con un resultado negativo, a los enfermos.
 3. La especificidad es la capacidad de la prueba de clasificar correctamente, con un resultado positivo, a los enfermos.
 4. El valor predictivo positivo indica la probabilidad de que un paciente con un resultado positivo no tenga la enfermedad.
46. **Sobre los cocientes de probabilidad o razones de verosimilitud de una prueba diagnóstica, indique la respuesta INCORRECTA:**
1. El cociente de probabilidades se configura como el índice que engloba la sensibilidad y especificidad y sus complementarios.
 2. Las pruebas diagnósticas con cocientes de probabilidad próximos al valor 1 no tienen utilidad, pues sus resultados no cambiarán la probabilidad previa.
 3. El cociente de probabilidades del resultado positivo de una prueba nos indica cuántas veces más probable es que la prueba sea positiva en una persona que no tenga la enfermedad que en una que sí la tenga.
 4. Los cocientes de probabilidad indican hasta qué punto un resultado determinado de un examen diagnóstico aumentará o disminuirá la probabilidad preexamen de un trastorno objetivo.
47. **Un forest plot o diagrama de bosque es:**
1. Un tipo de representación gráfica de los resultados (por ejemplo, estimadores de efecto) de un meta-análisis de ensayos clínicos.
 2. Un tipo de histograma que se usa en las revisiones sistemáticas de la literatura.
 3. Una forma de presentar las modas de una distribución no normal.
 4. El diagrama de flujos de los artículos en una revisión de la literatura.
48. **Mujer de 86 años de edad en quien se ha detectado una fibrilación auricular no valvular. Tiene una puntuación CHADS2 de 3 puntos. En la bibliografía, pacientes similares en tratamiento con warfarina tienen un riesgo de ictus del 2,2 % frente al 5,2 % en los pacientes sin warfarina. ¿Cuál sería el número necesario a tratar (NNT) para prevenir un ictus embólico con el tratamiento anticoagulante?:**
1. 3.
 2. 19,2.
 3. 33,3.
 4. 49,5.
49. **Los ensayos clínicos en fase II tienen como objetivo:**
1. La estimación inicial de la seguridad y tolerancia.
 2. Demostrar el efecto terapéutico.
 3. Obtener información sobre la eficacia.
 4. Evaluar la aparición de efectos secundarios.
50. **Las guías de práctica clínica:**
1. Son de obligado cumplimiento para todos los médicos.
 2. Todo su contenido ha de estar basado en la evidencia científica.
 3. Solo deben tener en cuenta los beneficios de salud de los pacientes (por tanto, no debe considerar el coste de las intervenciones clínicas).
 4. Son recomendaciones que el médico debe adaptar a la situación clínica de cada paciente.
51. **Para conocer si el consumo habitual de una dieta de tipo mediterráneo se asocia a menor riesgo de infarto de miocardio no fatal se selecciona un grupo de sujetos, se averigua el grado de adherencia a dicha dieta y se les sigue durante 5 años para identificar los casos nuevos de infarto de miocardio. Señale la respuesta correcta sobre el diseño de este estudio:**
1. Es un ensayo clínico porque puede orientar la prevención en la clínica.
 2. Es un estudio de cohortes, porque se sigue a sujetos clasificados según su exposición para identificar el riesgo de una enfermedad.
 3. Es un estudio ecológico porque se sigue a un grupo de sujetos.
 4. Es un estudio transversal porque la adherencia a la dieta mediterránea se valora en un momento concreto en el tiempo (al inicio del seguimiento).

52. **¿Cuál de las siguientes enfermedades alcanza mayor letalidad?:**
1. Ictus.
 2. COVID-19.
 3. Infarto agudo de miocardio.
 4. Encefalopatía espongiiforme bovina.
53. **Respecto a la clorhexidina señale la respuesta correcta:**
1. Es una sustancia del mismo tipo químico que las biguanidas.
 2. Carece de actividad frente a los hongos.
 3. No se debe utilizar como antiséptico.
 4. En mucosas y heridas se utiliza concentrada al 5 % en solución acuosa.
54. **Mujer de 42 años que acude a consulta de su médico de familia por gonalgia. De forma oportunista se aprovecha la consulta para valorar estilos de vida, especialmente el tabaquismo. Si se quiere seguir la estrategia de educación para la salud basada en el modelo de las cinco "aes", ¿cuál de las siguientes NO se incluye en esta estrategia?:**
1. Averiguar: preguntar sobre los factores y las conductas de riesgo (preguntar a la paciente si fuma).
 2. Aumentar: incrementar la percepción de riesgo para facilitar el cambio (explicar las consecuencias del tabaquismo).
 3. Aconsejar: dar consejos claros, específicos y personalizados (aconsejar el abandono del tabaco).
 4. Acordar: pactar colaborativamente los objetivos de cambio (valorar la disponibilidad para hacer un intento de dejar de fumar).
55. **La capacidad de un medicamento de producir el efecto deseado en condiciones ideales de uso es lo que llamamos:**
1. Efectividad.
 2. Eficacia.
 3. Potencia farmacológica.
 4. Afinidad intrínseca.
56. **A la hora de valorar las distintas alternativas farmacoterapéuticas para un paciente con dolor, ¿qué parámetro farmacológico considera que determinará la eficacia máxima del analgésico?:**
1. Su potencia.
 2. Su actividad intrínseca.
 3. Su índice terapéutico.
 4. Su afinidad por el lugar diana de acción.
57. **¿Cuál de las siguientes situaciones NO es una indicación de los anticoagulantes orales de acción directa?:**
1. Portador de prótesis valvular aortica mecánica.
 2. Tratamiento del tromboembolismo pulmonar.
 3. Profilaxis de la trombosis venosa en el postoperatorio de prótesis de rodilla.
 4. Prevención de ictus en fibrilación auricular no valvular.
58. **Ante un paciente que presenta una lesión úlcero-vegetante en la encía mandibular a nivel de la región de los molares de 5 meses de evolución, la aparición de hipoestesia en la región mentoniana requiere descartar:**
1. Una neuropatía paraneoplásica.
 2. El diagnóstico de sarcoidosis con parálisis facial "en báscula".
 3. Infección por virus herpes en paciente inmunodeprimido.
 4. El diagnóstico de carcinoma con infiltración del canal mandibular.
59. **En cuanto a la anatomía de la pared abdominal en relación con la cirugía reconstructiva es FALSO que:**
1. La inervación de los músculos rectos abdominales procede de nervios que discurren entre el músculo transversal abdominal y el músculo oblicuo interno.
 2. Tras la disección y rotación de un colgajo TRAM (*transversus abdominis musculus*) se produce una debilidad de la pared abdominal especialmente por encima de la línea arcuata.
 3. La irrigación del músculo recto abdominal proviene principalmente de los vasos epigástricos inferiores y superiores profundos.
 4. El músculo recto abdominal puede utilizarse para reconstrucción de defectos mediastínicos.
60. **Acude a urgencias un niño de 3 años con sus padres porque el niño ha presentado de manera aguda y brusca fiebre alta, escalofríos, estridor, disnea, voz apagada y babeo. ¿Cuál es la sospecha diagnóstica más probable?:**
1. Laringotraqueítis aguda.
 2. Edema angioneurótico de la laringe.
 3. Amigdalitis aguda.
 4. Epiglotitis.

61. **Mujer de 56 años que consulta por presentar, desde hace 6 meses, habla entrecortada, con altibajos, como estrangulada, y temblor en la voz. Después de la exploración endoscópica laríngea, del análisis acústico de la voz y del habla, la sospecha diagnóstica es una distonía laríngea o disfonía espasmódica adductora. ¿Cuál de las siguientes propuestas de tratamiento está indicada?:**
1. Sección del nervio laríngeo inferior o recurrente.
 2. Extirpación del músculo tiroaritenoides.
 3. Tratamiento logopédico y administración de relajantes musculares.
 4. Inyección de toxina botulínica en el músculo de la cuerda vocal.
62. **Ante un paciente de 9 años de edad que ha sufrido recientemente un traumatismo directo sobre el mentón y que presenta dificultad para la apertura de la boca y maloclusión dental, debemos descartar como diagnóstico más probable:**
1. Fractura tipo Lefort-1.
 2. Fractura conminuta de ambas ramas horizontales mandibulares.
 3. Fractura de cóndilo mandibular.
 4. Fractura en tallo verde de región sinfisaria mandibular.
63. **¿Cuál de los siguientes NO es un factor de riesgo de sufrir un glaucoma primario de ángulo abierto?:**
1. Tomar anticonceptivos orales.
 2. Tener hipermetropía.
 3. Ser de raza negra.
 4. Que los hermanos estén diagnosticados de glaucoma.
64. **¿Cuál de los siguientes datos NO es útil para la determinación de la reserva ovárica?:**
1. Progesterona sérica basal.
 2. Hormona antimülleriana sérica basal.
 3. Recuento ecográfico de folículos antrales.
 4. Hormona folículo estimulante sérica basal.
65. **En relación con la gestación en el lupus eritematoso sistémico, es cierto que:**
1. La fertilidad no se ve afectada.
 2. Durante la gestación los brotes suelen ser más frecuentes y graves.
 3. En el puerperio, la enfermedad no suele reactivarse.
 4. Una paciente con anticuerpos anti-Ro y bloqueo AV fetal tiene menos riesgo de presentar el bloqueo AV fetal en la siguiente gestación.
66. **Una mujer de 26 años, con antecedente de un embarazo a los 24 años finalizado en aborto espontáneo en la semana 12ª que no requirió legrado, acude a la consulta presentando sangrado vaginal diario de un mes de evolución, sin fiebre ni dolor. En la ecografía se observa un aumento de la línea endometrial, con una imagen intracavitaria de aspecto polipodeo. La biopsia endometrial muestra proliferación del trofoblasto intermedio. ¿Qué diagnóstico es el correcto?:**
1. Tumor del lecho placentario.
 2. Hiperplasia endometrial atípica.
 3. Pólipo endometrial.
 4. Coriocarcinoma.
67. **Mujer de 31 años que acude a la consulta de su médico de familia a comunicarle que está embarazada. No tiene antecedentes de interés. Se le recomienda que se haga la prueba de cribado de la diabetes gestacional. ¿En qué periodo debería realizarse?:**
1. Entre las semanas 12 y 16 de gestación.
 2. Entre las semanas 16 y 20 de gestación.
 3. Entre las semanas 24 y 28 de gestación.
 4. Entre las semanas 32 y 38 de gestación.
68. **Acude a la consulta una mujer de 15 años con dolor intenso en el inicio de las menstruaciones. El dolor se localiza en hipogastrio y se irradia a la zona lumbar. Asocia en numerosas ocasiones náuseas y diarrea; a veces no puede ir al instituto. La clínica desaparece con el fin de la menstruación. El resultado de la exploración ginecológica es normal al igual que los valores analíticos. Señale la respuesta correcta:**
1. Se trata de una dismenorrea secundaria a un problema digestivo.
 2. Le pauta anticonceptivos hormonales, pero no AINES por la clínica digestiva.
 3. Le pauta AINES y le explica que los anticonceptivos hormonales en su caso no están indicados por su edad.
 4. Le pauta AINES y, si no mejora, le podría pautar anticonceptivos hormonales.
69. **Acerca de la terapia hormonal en la menopausia, señale la respuesta correcta:**
1. Los estrógenos vaginales son un tratamiento farmacológico eficaz para los síntomas urogenitales.
 2. Las dosis de estrógenos administrados en la terapia hormonal deben alcanzar niveles plasmáticos similares o superiores a los alcanzados en un ciclo menstrual normal.
 3. La tibolona es un fármaco indicado en mujeres con antecedentes de cáncer de mama y clínica vasomotora intensa.
 4. En mujeres con útero, está indicada la terapia hormonal sistémica con sólo estrógenos.

70. **¿Cuál de los siguientes factores NO aumenta el riesgo de padecer cáncer de mama?:**
1. Consumo moderado de alcohol.
 2. Obesidad.
 3. Mastopatía fibroquística.
 4. Menopausia tardía.
71. **De los siguientes elementos, ¿cuál actuaría como factor protector frente al cáncer de endometrio?:**
1. Menopausia tardía.
 2. Implante de etonorgestrel.
 3. Síndrome de ovario poliquístico.
 4. Endometriosis ovárica.
72. **¿Cuál sería el método anticonceptivo más aconsejable en una mujer de 37 años sin antecedentes de interés cuyo parto fue hace 4 meses, ha reiniciado sus ciclos menstruales y mantiene lactancia materna?:**
1. Ninguno; la lactancia materna, a través de la liberación de oxitocina, impide la gestación.
 2. Dispositivo intrauterino con levonorgestrel.
 3. Preparados hormonales combinados con 20 microgramos de etinilestradiol.
 4. Preparados hormonales combinados con gestágenos de tercera generación.
73. **En la hiperplasia suprarrenal congénita debida a la forma clásica de déficit de 21-hidroxilasa, señale la respuesta correcta:**
1. Existe un defecto en la síntesis de androstendiona.
 2. Suele manifestarse ya en el periodo neonatal con síndrome pierde-sal y virilización en niñas.
 3. El tratamiento de mantenimiento con hidrocortisona en monoterapia es suficiente para controlar la pérdida salina.
 4. Los niveles de 17-OH-progesterona se encuentran disminuidos.
74. **En el megacolon agangliónico congénito (enfermedad de Hirschsprung) se dan todas las características siguientes, EXCEPTO una. Señálela:**
1. En la zona afectada existe una concentración aumentada de acetilcolinesterasa.
 2. Está ausente el reflejo inhibitorio recto-anal.
 3. Las pruebas diagnósticas de referencia son las biopsias rectales por succión.
 4. Es frecuente la presencia de encopresis o incontinencia fecal.
75. **Un lactante de 1 mes se encuentra hospitalizado y a dieta absoluta. Utilizando el método del peso corporal para el cálculo del volumen diario de líquido de mantenimiento a este paciente le corresponderá:**
1. 30 ml/kg/día.
 2. 60 ml/kg/día.
 3. 80 ml/kg/día.
 4. 100 ml/kg/día.
76. **En relación con la anemia de Fanconi indique la respuesta INCORRECTA:**
1. La anemia aplásica suele estar ya presente en los primeros meses de vida.
 2. Son típicas las malformaciones esqueléticas.
 3. El trasplante de progenitores hematopoyéticos es el tratamiento curativo, pero no hace desaparecer el riesgo de cáncer.
 4. Los andrógenos suelen producir una respuesta favorable pero transitoria.
77. **Señale la respuesta FALSA con respecto a la clínica, diagnóstico y tratamiento de la fibrosis quística:**
1. La colonopatía fibrosante es consecuencia de la diarrea crónica por dosis insuficientes de enzimas pancreáticas.
 2. La hepatopatía es independiente del genotipo, aunque sí se asocia más a insuficiencia pancreática e íleo meconial.
 3. La determinación de elastasa 1 fecal es la prueba más útil para el diagnóstico de insuficiencia pancreática.
 4. En el lactante puede manifestarse con una alcalosis metabólica hipoclorémica.
78. **Lactante de 4 meses que acude a urgencias por vómitos y letargia. En la exploración llama la atención disminución importante del nivel de conciencia con incapacidad para despertar a pesar de estímulos. En los exámenes complementarios destaca la presencia de anemia, hemorragias retinianas en el fondo de ojo, hematoma subdural en la TC craneal y fractura en parte posterior de tercera costilla. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos considera más probable como responsable de estas lesiones?:**
1. Maltrato físico.
 2. Politraumatismo por caída de la cuna.
 3. Traumatismo torácico en lactante con alteración de la coagulación.
 4. Leucemia promielocítica aguda tras realizar aspirado de médula ósea.
79. **Varón de 9 años que consulta por hematuria macroscópica, cefalea y astenia, sin dolor abdominal ni edemas. Antecedente de infección faringoamigdalina 1-2 semanas antes. Niveles de C3 sérico descendidos. De las siguientes opciones diagnósticas indique la más probable por su frecuencia y presentación clínica:**
1. Glomerulopatía membranosa.
 2. Nefropatía por inmunoglobulina A (nefropatía de Berger).
 3. Glomerulonefritis membranoproliferativa o mesangiocapilar.
 4. Glomerulonefritis aguda postinfecciosa.

- 80. Referida a la parotiditis epidémica en la infancia, señale la respuesta FALSA:**
1. El virus de la parotiditis solo presenta un inmunotipo y el ser humano es el único huésped natural.
 2. La vacuna de la parotiditis está incluida en la vacuna triple vírica y en la tetravírica y precisa dos dosis.
 3. La orquitis como complicación es más frecuente en la infancia más temprana.
 4. La pancreatitis puede producirse en la parotiditis con o sin afectación clínica de las glándulas parotídeas.
- 81. Niña de 7 años que acude a consulta porque los padres le notan la cara roja desde el día anterior y en las últimas horas le han notado manchas rojas en el cuerpo. En la exploración está afebril, con amígdalas y oídos sin alteraciones, auscultación cardiopulmonar normal. Presenta un exantema maculo papuloso confluyente en ambas mejillas, respetando el labio superior, semejando cara de “bofetón”. En el tórax presenta un exantema reticular, en encaje, no pruriginoso. ¿Cuál es el diagnóstico clínico más probable?:**
1. Varicela.
 2. Rubeola.
 3. Eritema infeccioso o 5ª enfermedad.
 4. Exantema súbito o 6ª enfermedad.
- 82. ¿Cuál de los siguientes criterios NO es característico de una convulsión febril simple en un niño?:**
1. Crisis primaria generalizada.
 2. Duración inferior a 15 minutos.
 3. Recurrencia en las primeras 24 horas.
 4. No hay focalidad neurológica.
- 83. Respecto al tratamiento profiláctico con litio en el trastorno bipolar, señale la respuesta correcta:**
1. El margen entre las dosis terapéuticas y tóxicas es estrecho.
 2. Su uso es seguro durante el embarazo.
 3. Los nuevos antipsicóticos han hecho que su uso quede prácticamente obsoleto.
 4. Los diuréticos tiazídicos pueden disminuir su tasa sanguínea y por tanto su eficacia.
- 84. ¿En cuál de los siguientes antipsicóticos es necesario realizar hemogramas de control durante el tratamiento por presentar un mayor riesgo de agranulocitosis?:**
1. Olanzapina.
 2. Quetiapina.
 3. Clozapina.
 4. Risperidona.
- 85. Un paciente con una recaída psicótica que ha empezado tratamiento con un antipsicótico al que mostró buena respuesta en el episodio anterior acude a consulta por presentar sensación de inquietud motora que le obliga a moverse constantemente y le impide permanecer sentado. ¿Cuál de los siguientes es el tratamiento más adecuado?:**
1. Reducir la dosis del antipsicótico y añadir bromocriptina.
 2. Añadir β -bloqueantes.
 3. Añadir dantroleno.
 4. Añadir un anticolinérgico.
- 86. Según el DSM 5, el trastorno dismórfico corporal pertenece al grupo de:**
1. Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados.
 2. Trastornos de ansiedad.
 3. Trastornos psicossomáticos.
 4. Trastornos del estado de ánimo.
- 87. En un paciente de 85 años con deterioro cognitivo y un episodio depresivo, señale el tratamiento antidepresivo que se debe EVITAR:**
1. Amitriptilina.
 2. Sertralina.
 3. Vortioxetina.
 4. Venlafaxina.
- 88. En relación con la hipomanía señale cuál de las siguientes características es INCORRECTA:**
1. La hipomanía casi nunca es motivo de consulta y debe buscarse en la anamnesis de los episodios depresivos.
 2. El antecedente de hipomanía en un paciente con episodio depresivo mayor modifica el diagnóstico de trastorno depresivo e influye en la decisión terapéutica.
 3. Los pacientes con hipomanía pueden sentirse más activos y sociables, aunque generalmente su comportamiento resulta algo inapropiado.
 4. Estos pacientes presentar síntomas psicóticos, como ideas delirantes de grandiosidad.
- 89. ¿Cuál de los siguientes NO es un rasgo principal de la demencia frontotemporal?:**
1. Habla estereotipada o ecolalia.
 2. Desinhibición (sexual, locuacidad).
 3. Rápido inicio y progresión de la enfermedad.
 4. Pérdida de la higiene personal.

90. **Paciente de 65 años con antecedentes de consumo habitual de alcohol que es atendido en urgencias por cuadro clínico de 24 horas de evolución de fiebre, cefalea, rigidez de nuca y progresivo deterioro del nivel de conciencia. Se realiza una TC craneal que es normal y seguidamente una punción lumbar que muestra un LCR con pleocitosis (1500 células/ μ l), hiperproteínorraquia (325 mg/dl) e hipoglucorraquia (< 10 mg/dl). El tratamiento antibiótico empírico inicial más correcto de entre los siguientes es:**
1. Cefotaxima y ampicilina.
 2. Cefotaxima y vancomicina.
 3. Cefotaxima, vancomicina y ampicilina.
 4. Cefotaxima y tuberculostáticos.
91. **Indicar cuál de los siguiente estudios mediante TC puede diferenciar, en un ictus del despertar, el área cerebral en riesgo de isquemia potencialmente recuperable del área de infarto ya establecido irrecuperable:**
1. AngioTC.
 2. TC de difusión.
 3. TC de perfusión.
 4. TC sin contraste.
92. **En relación con el síndrome de piernas inquietas en el paciente mayor, señale la respuesta INCORRECTA:**
1. Existe una forma familiar.
 2. La deficiencia de hierro se considera un factor de riesgo para su aparición.
 3. Su prevalencia aumenta a partir de los 70 años.
 4. Es más frecuente en los varones que en las mujeres.
93. **Hombre de 64 años que consulta por presentar desde hace un año alteración progresiva del lenguaje consistente en dificultad para encontrar las palabras. Usa muchos términos ómnibus y circunloquios. Entiende perfectamente y el lenguaje es relativamente fluido salvo por las pausas anómicadas. En la exploración llama la atención la dificultad para repetir frases largas. No tiene alteración de la memoria ni problemas de conducta evidentes. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:**
1. Variante no fluente de la afasia progresiva primaria probablemente por demencia frontotemporal.
 2. Variante logopénica de la afasia progresiva primaria, probablemente por enfermedad de Alzheimer.
 3. Demencia por cuerpos de Lewy difusos.
 4. Disnomia inespecífica del paciente mayor.
94. **Mujer de 75 años que consulta por un cuadro de dolor lancinante que recorre el labio y el ala nasal derecha. No es capaz de lavarse la cara o los dientes por el dolor que le produce, que describe como una descarga eléctrica. No refiere dolor al dormir. Escoja la respuesta correcta:**
1. El cuadro corresponde a una hemicránea paroxística.
 2. El tratamiento de elección es la fenitoína.
 3. La causa más probable es una compresión del VII par en su trayecto cisternal.
 4. Puede tratarse con radiocirugía, pero con riesgo de recurrencia.
95. **Hombre de 59 años, casado, sin antecedentes psiquiátricos, que de forma progresiva a lo largo de los dos últimos años presenta importante irritabilidad y apatía. Ha faltado varias veces a su trabajo y su rendimiento ha disminuido notablemente. Le han amonestado en el mismo, por insultar a varios clientes o por ausencias injustificadas. En los fines de semana es monitor de tiempo libre con adolescentes, donde refieren que bromea excesivamente con los chicos y una monitora se ha quejado de que le ha hecho insinuaciones inapropiadas. Hasta el presente, nunca habían ocurrido comportamientos de este tipo. Su esposa está muy preocupada porque dice cosas raras y está pensando en separarse. Su médico de familia le ha practicado un test cognitivo Minimental que está dentro del rango normal y en el que no se aprecian déficit significativos de memoria. ¿Cuál es el diagnóstico MENOS probable?:**
1. Esquizofrenia de inicio tardío.
 2. Episodio maniaco de inicio tardío.
 3. Enfermedad de Alzheimer.
 4. Demencia frontotemporal.
96. **Señale cuál de las siguientes manifestaciones clínicas le harían dudar de un diagnóstico de enfermedad de Parkinson:**
1. Edad de inicio a los 55 años.
 2. Caídas dentro de los dos primeros años de sintomatología.
 3. Presencia de un trastorno de conducta durante el sueño REM.
 4. Ausencia de temblor.

97. **Mujer de 55 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 y ansiedad que acude a urgencias porque esa tarde de forma súbita comenzó con dificultad para la emisión del lenguaje (“quería decir mesa pero no me salía”) y movimientos incontrolables “como sacudidas” en el brazo y en la pierna derechos. Pasados dos minutos, los movimientos cedieron y hablaba con normalidad. Ella en todo momento fue consciente de la situación. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:**
1. Crisis focal compleja.
 2. Accidente isquémico transitorio en territorio carotídeo derecho.
 3. Crisis de ansiedad.
 4. Crisis focal simple.
98. **Tras un accidente de tráfico usted atiende a un herido. El paciente abre los ojos a la llamada, pero únicamente emite palabras que son inapropiadas. En la exploración motora localiza el dolor en extremidades derechas pero extiende al estimular las extremidades izquierdas. ¿Cómo describiría su situación según la escala de coma de Glasgow?:**
1. E3V2M4.
 2. E3V3M5.
 3. E2V3M4.
 4. E2V4M5.
99. **Un paciente de 73 años con antecedente de enfermedad renal crónica que presenta un cuadro de 5 días de fiebre, cefalea y confusión, acompañado de una crisis epiléptica tónico-clónica. El estado clínico en el momento de la evaluación es bueno y la exploración física es normal. En los análisis destaca leucocitosis de 18.000/μl con neutrofilia del 92 %, serie roja y plaquetas normales; creatinina 2,3 mg/dl, eFG 32 ml/min y PCR 15 mg/L (VN<5). La TC craneal no muestra alteraciones. El LCR muestra un líquido claro con 200 leucocitos/μl (60 % linfocitos), glucosa 80 mg/dl, proteínas 85 mg/dl (VN<50), ADA 25 UI/l (VN<15); la tinción de Gram del LCR no muestra microorganismos. ¿Qué tratamiento recomendaría en este momento?:**
1. Aciclovir.
 2. Aciclovir más isoniacida, rifampicina, etambutol y pirazinamida.
 3. Aciclovir más metilprednisolona IV.
 4. Vancomicina, ampicilina y ceftriaxona IV.
100. **Para tratar el dolor neuropático periférico se podría utilizar uno de los siguientes fármacos antiepilépticos:**
1. Etosuximida.
 2. Vigabatrina.
 3. Gabapentina.
 4. Levetiracetam.
101. **En un paciente en situación de shock séptico con un foco infeccioso abordable, ¿cuál de los siguientes enunciados es cierto?:**
1. El control del foco solo se intentará una vez el paciente haya alcanzado la estabilidad hemodinámica y no dependa de vasopresores.
 2. El control del foco se realizará tras al menos la administración de dos dosis de antibiótico.
 3. El control del foco se realizará tan pronto como sea posible.
 4. Si la situación de shock séptico lleva más de 12 horas de evolución el control del foco ya no será beneficioso para el paciente.
102. **Un varón de 34 años sufre un accidente de tráfico y es atendido en el lugar del accidente. El personal sanitario objetiva que está pálido, sudoroso, tiene pulso filiforme con una presión arterial de 90/50 mmHg, una frecuencia cardíaca de 127 lpm, una frecuencia respiratoria de 28 rpm y una saturación de oxígeno de 92 %. Se le infunden 20 ml/kg de cristaloides. Durante su traslado al hospital los signos vitales mejoran transitoriamente y después se deterioran a su llegada al hospital. Señale la respuesta correcta:**
1. Requiere transfusión de sangre tipo-específica.
 2. Requiere transfusión de sangre de emergencia (O Rh negativo).
 3. Debe prepararse una posible transfusión de sangre con pruebas cruzadas.
 4. Debe probarse la infusión de nuevo de otros 20 ml/kg de cristaloides.
103. **Un paciente de 56 años es encontrado en coma en su domicilio. Tiene antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus. No tiene hábitos tóxicos ni ninguna otra enfermedad crónica. Está en tratamiento con irbesartan y empaglifozina. No presenta signos de desnutrición. Presenta una presión arterial de 110/60 mmHg, una frecuencia cardíaca de 110 lpm, una SatO₂ del 90 %, una glucosa capilar de 120 mg/dl y una frecuencia respiratoria de 7 rpm. ¿Qué actitud terapéutica inicial le parece la más correcta?:**
1. Administrar naloxona, flumazenilo y tiamina.
 2. Administrar naloxona, flumazenilo y glucosa hipertónica.
 3. Administrar naloxona y flumazenilo.
 4. Administrar tiamina y glucosa hipertónica.
104. **Una mujer de 24 años con antecedentes de migraña, en tratamiento con propranolol y anticonceptivos orales, que acude por disnea intensa, ronquera, erupción cutánea, náuseas y vómitos 30 minutos después de la toma de metamizol. Presenta una presión arterial de 90/40 mmHg y una SatO₂ de 90 %. El tratamiento inicial más correcto sería administrar:**
1. Adrenalina.
 2. Adrenalina y dexclorfeniramina.
 3. Adrenalina, dexclorfeniramina y metilprednisolona.
 4. Adrenalina, dexclorfeniramina y glucagón.

- 105. Varón de 15 años de edad, ingresado tras haber sido atropellado en la vía pública, resultando despedido. Ingresa consciente y orientado, con intenso dolor en hemitórax izquierdo y disnea. En la exploración física se halla tensión arterial 90/60 mmHg, frecuencia cardiaca 130 lpm, saturación basal de oxígeno 90 %, frecuencia respiratoria 35 rpm. Hay hipofonosis completa en el hemitórax izquierdo y matidez a la percusión. En la radiografía de tórax se ven múltiples fracturas costales izquierdas y derrame pleural ipsilateral masivo. Se indica la colocación de un drenaje pleural, con salida de 1700 cc de líquido hemático. ¿Cuál es la decisión que se debe tomar?:**
1. Instaurar ventilación mecánica no invasiva y solicitar transfusión sanguínea.
 2. Analgesia, oxigenoterapia, solicitar transfusión sanguínea e indicar una intervención quirúrgica urgente.
 3. Intubación orotraqueal, solicitar transfusión sanguínea y observación para, en caso de empeoramiento, indicar la intervención quirúrgica.
 4. Intubación orotraqueal y realización de una TC urgente para valoración exacta de las lesiones.
- 106. Una paciente de 65 años sufrió hace tres semanas una caída con fractura-luxación anterior de hombro que fue reducida en urgencias. Le fue colocado un cabestrillo y se recomendó su retirada a las 3 semanas. Al retirar la inmovilización se observa una zona de disestesia circunscrita a la región lateral del hombro. La paciente puede realizar abducción, pero solo alcanza 15°. Dispone de un estudio de resonancia magnética en el que el manguito de los rotadores está indemne. ¿Cuál es el diagnóstico de sospecha más probable?:**
1. Tendinopatía del redondo mayor.
 2. Capsulitis adhesiva.
 3. Neuropatía del nervio supraescapular.
 4. Lesión del nervio axilar.
- 107. Un niño sufre, en un accidente deportivo, una epifisiolisis distal de tibia. Al informar a los padres sobre el pronóstico, ¿cuál de los siguientes factores NO influye en el riesgo de deformidad futura?:**
1. Edad y género del niño.
 2. Fractura intraarticular.
 3. Tipo de Salter y Harris.
 4. Actividad deportiva.
- 108. En una luxación posterior de la cadera, señale la respuesta INCORRECTA:**
1. El miembro inferior se encuentra en flexión, rotación externa y abducción.
 2. Hay que realizar una reducción de urgencia.
 3. Una de sus complicaciones posibles es la necrosis de la cabeza femoral.
 4. Una vez reducida, son infrecuentes las recidivas.
- 109. En la patología de la mano, ¿cuál de las siguientes afirmaciones sobre la enfermedad de Dupuytren es INCORRECTA?:**
1. Afecta con mayor frecuencia a los dedos anular y meñique.
 2. El tratamiento conservador con fisioterapia es poco eficaz.
 3. Es un engrosamiento y retracción de la aponeurosis palmar.
 4. Es más frecuente en trabajadores manuales.
- 110. Paciente de 45 años que presenta un primer episodio de lumbalgia de 3 semanas de evolución que le impide realizar su vida normal. No refiere traumatismo ni otra patología subyacente. En la exploración física no hay déficit neurológico. ¿Qué prueba de imagen estaría indicada?:**
1. Al ser el primer episodio de lumbalgia, únicamente una radiografía simple de columna lumbar.
 2. Resonancia magnética, que aporta más información sobre partes blandas y posibles herniaciones.
 3. TC, para valorar mejor la estructura ósea y las posibles fracturas.
 4. No hay indicación de prueba de imagen.
- 111. Un paciente de 40 años comienza a sentir molestias en la nalga derecha tras un viaje prolongado en coche. Desde ese momento no tolera la sedestación prolongada por reaparición del dolor. Ocasionalmente siente entumecimiento en el miembro inferior derecho que desaparece al levantarse. Dispone de estudio de resonancia magnética y radiografía de cadera en los que no se informan anomalías. El examen de la sensibilidad y los reflejos osteotendinosos no muestra alteraciones. Las maniobras de rotación externa y la abducción resistidas, con la cadera en 90° de flexión, reproducen el dolor. El diagnóstico más probable es:**
1. Síndrome de choque fémoro-acetabular.
 2. Síndrome del tensor de la fascia lata.
 3. Radiculopatía S1.
 4. Síndrome del piramidal.
- 112. ¿Cuál de las siguientes manifestaciones extraarticulares NO es característica de la artritis reumatoide?:**
1. Pleuritis.
 2. Nódulos subcutáneos.
 3. Glomerulonefritis proliferativa.
 4. Enfermedad pulmonar intersticial.
- 113. Sobre la fibromialgia, señale la respuesta correcta:**
1. Tiene una prevalencia en la población general de entre un 5 y un 10 %.
 2. La edad más frecuente de aparición es por encima de los 50 años.
 3. Existen múltiples fármacos aprobados para su tratamiento.
 4. La fatiga es un síntoma muy común, por encima del 70 % de los pacientes.

114. Entre los siguientes fármacos para el tratamiento de la osteoporosis, ¿cuál de ellos NO causa osteonecrosis mandibular o fractura atípica de fémur como efecto adverso?:
1. Zolendronato.
 2. Denosumab.
 3. Alendronato.
 4. Teriparatida.
115. Una paciente de 45 años con antecedentes de reflujo gastroesofágico presenta desde hace un año episodios de palidez en algunos dedos de las manos con la exposición al frío. Recientemente se le había prescrito prednisona a dosis de 20 mg/día por dolor articular e induración cutánea en manos y brazos. Presenta desde hace 48 horas malestar general y cefalea intensa, por lo que acude a urgencias. En la exploración destaca únicamente una taquicardia rítmica a 100 lpm, no se aprecia focalidad neurológica. La presión arterial es de 200/110 mmHg. En la analítica destaca únicamente una creatinina de 2,5 mg/dl. Indique cuál de los siguientes autoanticuerpos se relaciona mejor con el proceso descrito:
1. Anticuerpos anti-RNA polimerasa III.
 2. Anticuerpos anti-centrómero.
 3. Anticuerpos anti-proteínasa 3.
 4. Anticuerpos anti-PM-Scl.
116. En la esclerodermia, con objeto de diagnosticar en fases tempranas la afección pulmonar, es recomendable la realización de:
1. Pruebas funcionales respiratorias y TC de alta resolución cada año.
 2. Ecocardiograma Doppler y pruebas funcionales respiratorias, solo si el paciente presenta signos de insuficiencia respiratoria y/o cardíaca.
 3. Pruebas funcionales respiratorias y ecocardiograma Doppler, ambas con periodicidad anual.
 4. Pruebas funcionales respiratorias y prueba de la marcha de caminar 6 minutos.
117. Sobre la fiebre mediterránea familiar es FALSO que:
1. La gran mayoría de los pacientes presentan fiebre alta de forma brusca.
 2. Los episodios inflamatorios son breves y recurrentes, con intervalos asintomáticos.
 3. Las manifestaciones digestivas son poco frecuentes.
 4. Pueden presentar dolor torácico por pleuritis y/o pericarditis estéril.
118. ¿Cuál de los siguientes es un objetivo prioritario en la estrategia terapéutica de la artritis reumatoide?:
1. Evitar cambios frecuentes del tratamiento y evitar combinaciones de fármacos.
 2. Evitar tratamientos innecesarios en pacientes que a pesar de tener síntomas, pueden mantener una actividad diaria aceptable.
 3. El tratamiento debe ser temprano e intensivo.
 4. Debe aplicarse en todos los pacientes el mismo protocolo.
119. Sobre la gota, es FALSO que:
1. El tratamiento hipouricemiante debe iniciarse durante el ataque de gota, tan pronto como sea posible.
 2. El fármaco de elección es el alopurinol comenzando con dosis bajas.
 3. Como norma general, la hiperuricemia asintomática no debe ser tratada.
 4. Alrededor del 50 % de los casos se manifiestan como monoartritis inflamatoria aguda de la primera articulación metatarsofalángica.
120. Varón de 75 años, hipertenso en tratamiento con enalapril (20 mg/día), que consulta por deterioro del estado general, cefalea bitemporal y claudicación mandibular de 3 semanas de evolución. Además, en las últimas horas, refiere dos episodios de amaurosis fugaz del ojo izquierdo. En la exploración física destaca engrosamiento y ausencia de pulso de la arteria temporal izquierda. Análisis: PCR 6 mg/dl (VN <1); hemoglobina 10,5 g/dl; VSG 92 mm. Radiografía de tórax normal. Teniendo en cuenta el diagnóstico más probable, marque la opción correcta en cuanto al tratamiento:
1. Debe administrarse rituximab, puesto que los glucocorticoides han quedado relegados a un tratamiento de segunda línea debido a sus efectos secundarios.
 2. El tocilizumab se ha mostrado eficaz en reducir las recidivas y la dosis acumulada de prednisona en más del 50 % de los pacientes.
 3. En presencia de clínica isquémica, y para no empeorar el riesgo vascular del paciente, se debe evitar el uso de glucocorticoides a dosis superiores a 30 mg/día.
 4. Junto con bolos de glucocorticoides de 1 g/día, el infliximab debe utilizarse como fármaco de primera línea para la inducción a la remisión.

121. **Mujer de 27 años de raza negra que consulta por la aparición de edemas en miembros inferiores, disminución de diuresis, fiebre y un rash malar en alas de mariposa de 20 días de evolución. Analíticamente destaca creatinina 3 mg/dl, leucopenia, hemoglobina 10,5 g/dl (normocítica normocrómica), PCR 9 mg/dl y VSG 60 mm. Respecto a la patología que presenta esta paciente, señale la respuesta correcta:**
1. Los anti-Sm no son específicos de esta patología.
 2. Los anticuerpos anticentrómero se detectan en el 90 % de los casos.
 3. Los ANA (anticuerpos antinucleares) se detectan en el 50 % de los casos.
 4. Los anti-ADN bicatenario o nativo se correlacionan con el riesgo de nefritis.
122. **Recién nacido de 2 semanas, cuya madre durante el embarazo presentó poliartalgias no filiadas y que tras la primera exposición solar desarrolla lesiones cutáneas eritematosas policíclicas que asemejan las del lupus eritematoso cutáneo subagudo. ¿Cuál de los siguientes autoanticuerpos debe investigarse?:**
1. Anticuerpos anti-ADN en el recién nacido.
 2. Anticuerpos anti-citoplasma de neutrófilo (ANCA) en la madre.
 3. Anticuerpos anti-Ro/SS-A en la madre.
 4. Anticuerpos anti-Sm en el recién nacido.
123. **Una mujer consulta por haber sufrido una agresión sexual hace 3 horas. En cuanto a la profilaxis post-exposición al VIH señale la respuesta INCORRECTA:**
1. La duración debe ser 28 días.
 2. Debe hacerse una serología frente al VIH al inicio y al terminar la profilaxis.
 3. La evidencia de la utilidad de este tratamiento no está basada en ensayos clínicos.
 4. El tratamiento es tenofovir y emtricitabina.
124. **Un paciente de 45 años fue diagnosticado de infección VIH hace tres meses, presentando en ese momento CD4 45 linfocitos/ μ l y una carga viral de VIH-1 de 500.000 copias/ml. En ese momento presentaba un Mantoux negativo. Comenzó tratamiento con un inhibidor de integrasa y dos inhibidores de transcriptasa inversa, y al mes presentaba 25.000 copias y los CD4 habían subido a 80/ μ l. Consulta por presentar un cuadro de adenopatías cervicales y fiebre de dos semanas de evolución. La punción de una de las adenopatías muestra bacilos ácido-alcohol resistentes aislados y granulomas epitelioides:**
1. Se trata de una tuberculosis ganglionar relacionada con una incompleta recuperación inmunológica.
 2. Presenta fracaso al tratamiento y se trata de una infección oportunista.
 3. Se trata de una infección oportunista desenmascarada en el seno de un cuadro de reconstitución inmune.
 4. El hecho de presentar una prueba de Mantoux negativa descarta la tuberculosis.
125. **Con respecto a la meningitis bacteriana grave por *Streptococcus pneumoniae*, ¿cuál de las siguientes es FALSA?:**
1. En nuestro medio más del 50 % de los *S. pneumoniae* causantes de meningitis son resistentes a penicilina.
 2. La mortalidad de la meningitis por *S. pneumoniae* que requiere ingreso en UCI supera el 30 %.
 3. La precocidad en el inicio del tratamiento es básica para el buen pronóstico.
 4. El uso de dexametasona mejora el pronóstico funcional y vital.
126. **Paciente de 64 años, fumador de 1 paquete al día, con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo 2 y dislipemia, que acude a consulta refiriendo dolor en la pantorrilla derecha cuando camina 200 metros y que mejora con el reposo. ¿Qué prueba le realizaría en primer lugar?:**
1. Índice tobillo brazo.
 2. Eco Doppler de miembros inferiores.
 3. Radiografía de columna lumbar.
 4. TC abdominal.
127. **¿Cuál de las siguientes afirmaciones con respecto al infarto de ventrículo derecho es FALSA?:**
1. El infarto del ventrículo derecho puede producir signo de Kussmaul.
 2. La elevación del segmento ST en V4 es la presentación más frecuente en el electrocardiograma.
 3. El tratamiento incluye la expansión de volumen para conservar la precarga del ventrículo derecho.
 4. Con la ecocardiografía podemos observar hipocinesia y dilatación del ventrículo derecho.
128. **La monitorización de las concentraciones plasmáticas de fármaco se realiza con frecuencia en la práctica clínica para ajustar la pauta posológica de:**
1. Digoxina.
 2. Pioglitazona.
 3. Acenocumarol.
 4. Carbimazol.
129. **Señale qué característica corresponde a la insuficiencia cardiaca con función sistólica conservada:**
1. Es más frecuente en varones jóvenes.
 2. Las arritmias auriculares son bien toleradas.
 3. El pronóstico a 1 año es bueno, con una mortalidad menor del 5 %.
 4. La hipertensión arterial es la patología más asociada.

130. Un varón de 40 años consulta por disnea de esfuerzo lentamente progresiva desde hace un año. No tiene hábitos tóxicos ni antecedentes de interés. No ha tenido dolor torácico. Presenta un soplo sistólico rudo en foco aórtico, irradiado a ápex cardiaco y carótidas. El ECG en ritmo sinusal muestra criterios de hipertrofia ventricular izquierda y en la Rx de tórax es evidente una raíz de aorta dilatada. Con estos datos, ¿qué diagnóstico es el más probable?:
1. Válvula aórtica bicúspide estenótica.
 2. Comunicación interventricular perimembranosa.
 3. Insuficiencia aórtica degenerativa.
 4. Miocardiopatía restrictiva.
131. Respecto a la tromboangitis obliterante (enfermedad de Buerger) señale la respuesta correcta:
1. Predomina en el sexo femenino.
 2. La presencia de reactantes de fase aguda determina el pronóstico.
 3. La evolución de las lesiones depende fundamentalmente de la supresión del hábito tabáquico.
 4. Se caracteriza por ser una trombosis inflamatoria segmentaria, ateromatosa, que afecta a arterias y venas de mediano y pequeño calibre.
132. Varón de 54 años con persistencia de cifras altas de colesterol a pesar de recibir tratamiento con atorvastatina 40 mg (no toleró la dosis de 80 mg por mialgias) y haber asociado ezetimiba. No refiere antecedentes de hipertensión arterial ni diabetes. Aporta analítica reciente con los siguientes resultados: colesterol total 302 mg/dl, LDL-colesterol 270 mg/dl, HDL-colesterol 32 mg/dl y triglicéridos normales. Destaca en la exploración física un IMC de 29 y un engrosamiento a nivel de los tendones de Aquiles. Con respecto a la sospecha diagnóstica y tratamiento, señale la afirmación INCORRECTA:
1. El diagnóstico puede realizarse mediante un análisis genético.
 2. En caso de confirmarse la entidad en el paciente, debemos realizar estudio genético a todos los familiares de primer grado.
 3. Podría beneficiarse de iniciar tratamiento con un fármaco inhibidor de PCSK9.
 4. Es fundamental el control de todos los factores de riesgo cardiovascular debido a la asociación de esta patología con eventos cardiovasculares precoces.
133. Mujer de 53 años de edad con antecedentes personales de obesidad y migraña. En repetidas ocasiones se le ha tomado la presión arterial en la consulta médica y de enfermería presentando cifras inferiores a 140/90 mmHg. Sin embargo, se ha comprado un aparato homologado para la toma de la presión arterial y se le ha enseñado a utilizarlo correctamente. Acude mostrando registros de presión arterial tomados en su domicilio a lo largo de varias semanas con valores superiores a 140/90 mmHg. Señale la respuesta correcta:
1. Presenta una hipertensión arterial secundaria.
 2. Presenta una hipertensión arterial enmascarada.
 3. Presenta una hipertensión clínica aislada.
 4. Presenta una hipertensión arterial refractaria.
134. La aparición de *torsades de pointes*, por alargamiento del intervalo QT en el electrocardiograma, puede aparecer con más probabilidad en el curso de un tratamiento antiarrítmico con fármacos del grupo:
1. Ia (por ejemplo, procainamida).
 2. Ib (por ejemplo, lidocaína).
 3. II (por ejemplo, bisoprolol).
 4. IV (por ejemplo, diltiazem).
135. Un varón de 66 años, diabético y fumador sufre un infarto de miocardio anterior con elevación de segmento ST. La coronariografía urgente muestra una lesión única con oclusión aguda en la arteria descendente anterior proximal, implantándose un stent recubierto. Al alta, su electrocardiograma está en ritmo sinusal con bloqueo de rama izquierda (QRS 150 ms). La fracción de eyección es de 32 %. Dos meses más tarde acude a revisión. A pesar de cumplir un tratamiento óptimo, su clase funcional es III de la NYHA y la fracción de eyección del 30 %. ¿Qué tratamiento debe ofrecerle en ese momento?:
1. Implantarle un desfibrilador automático y resincronizador cardiaco.
 2. Repetir la coronariografía por sospecha de trombosis del stent implantado.
 3. Añadir digoxina y diuréticos de asa y esperar en 6 meses la mejoría de la fracción de eyección.
 4. Remitirle a una unidad de trasplante para ser incluido en lista de espera.
136. Una mujer de 28 años sin antecedentes cardiológicos ingresa por síncope. No toma fármacos ni consume tóxicos. No presenta alteraciones hidroelectrolíticas. Su electrocardiograma muestra un bloqueo aurículo-ventricular completo con un frecuencia ventricular a 30 lpm que requiere el implante de un marcapasos definitivo. Con estos datos, ¿cuál de las patologías siguientes debe sospecharse?:
1. Una valvulopatía reumática con estenosis mitral.
 2. Una embolia de pulmón con infarto pulmonar.
 3. Una enfermedad infiltrativa o inflamatoria sistémica.
 4. Una trombosis de vena cava inferior.

- 137. De entre las diferentes maniobras exploratorias del corazón, ¿cuál es la que presenta menor rentabilidad diagnóstica (sensibilidad y especificidad)?:**
1. Inspección del precordio.
 2. Palpación del área precordial.
 3. Percusión cardíaca.
 4. Auscultación cardíaca.
- 138. Todas las siguientes terapias han demostrado aumentar la supervivencia en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección del ventrículo izquierdo deprimida EXCEPTO una. Señale cual:**
1. IECA o ARA 2.
 2. Digoxina.
 3. DAI (desfibrilador automático implantable) o resincronizador.
 4. Betabloqueantes.
- 139. Varón de 63 años, con antecedentes de hipertensión arterial, síndrome de Sjögren y revascularización iliofemoral izquierda (tromboendarterectomía). Presenta pérdida de peso de 10 kg y dolor abdominal grave tras la ingesta. La angioTC abdominopélvica muestra estenosis grave de tronco celiaco y de arteria mesentérica superior. Señale la respuesta FALSA:**
1. La exploración física revela frecuentemente signos de malnutrición y un soplo abdominal.
 2. El tratamiento consiste en tromboembolectomía con sonda de Fogarty.
 3. La ecografía Doppler (*duplex*) es una exploración no invasiva útil para el diagnóstico.
 4. La angioplastia con stent de los troncos viscerales es una opción terapéutica con una tasa de éxito del 80 %.
- 140. En relación con los aneurismas de arteria poplítea:**
1. Cuando se sospechan por palpación de un pulso poplíteo amplio la ecografía es la prueba diagnóstica de elección.
 2. El riesgo de rotura aneurismática es alto.
 3. El edema por compresión de la vena poplítea es la manifestación más frecuente.
 4. Son más frecuentes en mujeres que en varones en una proporción 2:1.
- 141. Paciente de 59 años procedente del África subsahariana, con episodios frecuentes de disminución de conciencia por enolismo crónico. Consulta por sudación nocturna, tos y fiebre de varias semanas de duración. En la radiografía y en la TC de tórax se observa una lesión cavitada de 3,5 cm de diámetro con un nivel hidroaéreo en lóbulo inferior derecho. ¿Cuál sería la respuesta INCORRECTA?:**
1. Es preciso analizar muestras de esputo inducido para descartar tuberculosis.
 2. Se debe iniciar un tratamiento empírico con metronidazol.
 3. Si en el esputo no se aísla un patógeno específico se presupone la presencia de gérmenes anaerobios.
 4. Si sospecha compromiso inmunitario debe realizar de forma inmediata broncoscopia con biopsia o aspiración con aguja guiada por TC.
- 142. En un paciente con carcinoma microcítico de pulmón la radioterapia torácica:**
1. Está contraindicada en quimio-resistencia.
 2. Solo se emplea en el síndrome de vena cava superior.
 3. Es más eficaz después de la quimioterapia.
 4. Se recomienda de forma simultánea con los dos primeros ciclos de quimioterapia.
- 143. En el síndrome de distrés respiratorio del adulto es cierto que:**
1. El edema de pulmón se debe a una elevación de la presión capilar pulmonar.
 2. El edema de pulmón se debe a una lesión de la membrana alveolocapilar.
 3. La lesión pulmonar se debe a una presión pleural muy negativa.
 4. La lesión pulmonar se debe fundamentalmente a una broncoaspiración.

144. **Mujer de 84 años, diagnosticada de enfermedad pulmonar obstructiva crónica en tratamiento con oxigenoterapia domiciliaria. Acude a urgencias por empeoramiento de su estado general, fiebre de 39°C, tos y expectoración purulenta de 5 días de evolución. En la exploración física se halla una tensión arterial de 90/70 mmHg, frecuencia cardiaca de 125 lpm, saturación basal de oxígeno 86 % y frecuencia respiratoria 35 rpm. En la auscultación hay hipofonesis basal izquierda. La analítica muestra 30.000 leucocitos (85 % neutrófilos). En la radiografía de tórax se detecta un gran infiltrado pulmonar apical izquierdo y un derrame pleural moderado ipsilateral. Se realiza una toracocentesis que obtiene un líquido pleural purulento, del que se solicita cultivo. ¿Cuál es el diagnóstico de sospecha y la actitud terapéutica inicial?:**
1. Neumonía adquirida en la comunidad. Se debe solicitar antigenuria de neumococo y pautar cobertura antibiótica de amplio espectro.
 2. Derrame pleural a estudio. Se debe realizar una cobertura antibiótica y controles radiológicos serios.
 3. Neumonía adquirida en la comunidad y derrame paraneumónico izquierdo. Se debe realizar cobertura antibiótica y esperar a los resultados del cultivo del líquido pleural para valorar la colocación de un drenaje pleural.
 4. Neumonía adquirida en la comunidad y empiema pleural paraneumónico izquierdo. Se debe realizar cobertura antibiótica, solicitar antigenuria de neumococo y colocar un drenaje pleural izquierdo urgente.
145. **En un paciente asmático con bronquiectasias centrales y sospecha de aspergilosis broncopulmonar alérgica, ¿qué prueba complementaria apoyaría el diagnóstico de esta entidad?:**
1. Test del sudor.
 2. IgE específica frente a *Aspergillus fumigatus*.
 3. IgE específica frente a *Aspergillus niger*.
 4. Broncoscopia.
146. **Al mes de tratamiento estándar por una tuberculosis pulmonar, un paciente presenta hiperuricemia en una analítica de control, con un valor de 12 mg/dl (límite alto de la normalidad 7 mg/dl). Está asintomático. ¿Cuál sería su actitud?:**
1. Retirar toda la medicación.
 2. Continuar con el mismo tratamiento.
 3. Retirar la isoniacida.
 4. Retirar la pirazinamida.
147. **Hombre de 82 años que acude a urgencias por cuadro de estreñimiento junto con gran distensión abdominal. En la radiología simple de abdomen se observa el signo de grano de café y en el enema opaco el signo de pico de pájaro. El tratamiento, si no existen signos de gangrena o peritonitis, consistirá en primer lugar en:**
1. Detorsión endoscópica.
 2. Colectomía segmentaria y Hartmann.
 3. Colectomía segmentaria y anastomosis colorrectal laparoscópica.
 4. Detorsión quirúrgica y pexia de sigmoides.
148. **Mujer de 72 años sin antecedentes de interés. Tras un cólico renal complicado se encuentra casualmente en la TC abdominal una lesión quística en cola de páncreas de 2 cm, junto con múltiples lesiones quísticas renales bilaterales. La ultrasonografía endoscópica muestra una lesión poliquística formada por múltiples vesículas con calcificación central en cola de páncreas sin conexión con el conducto de Wirsung. El análisis del líquido es compatible con un cistoadenoma seroso. De las siguientes, ¿cuál es la actitud más correcta con respecto al manejo de esta paciente?:**
1. Resección quirúrgica (pancreatectomía corporocaudal).
 2. Punción guiada mediante ultrasonografía endoscópica y etanolización de la misma.
 3. Seguimiento de la lesión mediante RM.
 4. Trasplante de riñón-páncreas.
149. **Varón de 43 años sin antecedentes de interés que consulta por un cuadro de diez días de evolución de ictericia de piel y mucosas, coluria y acolia. No refiere dolor abdominal, pérdida de peso ni otra clínica, salvo prurito generalizado. Niega consumo de alcohol. No toma medicación salvo ibuprofeno ocasional por dolores musculares tras actividad deportiva. La analítica muestra una bilirrubina aumentada a expensas de directa. Una ecografía urgente muestra un hígado normal, colesterosis vesicular y ausencia de dilatación de vía biliar, sin otras alteraciones de interés. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:**
1. Colangitis aguda por barro biliar.
 2. Hepatitis tóxica por ibuprofeno.
 3. Colangiocarcinoma.
 4. Síndrome de Gilbert.

- 150. Varón de 83 años que consulta por un cuadro recurrente de dolor abdominal en fosa iliaca izquierda, acompañado de diarrea de hasta 6 deposiciones al día sin productos patológicos, de 10-15 días de evolución. No refiere fiebre ni afectación del estado general. En una analítica reciente no se observa leucocitosis y presenta una sangre oculta en heces negativa. En la exploración se observa leve dolor a la palpación de fosa iliaca izquierda sin irritación peritoneal. Tiene realizada una colonoscopia hace tres años en la que se informa de divertículos a lo largo de todo el colon, más numerosos en colon izquierdo, sin otras lesiones asociadas. De las siguientes, ¿cuál sería la mejor actitud a seguir?:**
1. Realizar un tratamiento empírico con antibióticos.
 2. Solicitar una colonoscopia preferente.
 3. Solicitar una ecografía abdominal urgente.
 4. Derivar a cirugía para valorar sigmoidectomía.
- 151. Los tumores benignos más frecuentes del esófago son:**
1. Los pólipos fibrovasculares.
 2. Los leiomiomas.
 3. Los papilomas escamosos.
 4. Los hemangiomas.
- 152. La escisión mesorrectal total junto con resección anterior de recto en el tratamiento del cáncer de recto medio-bajo pretende:**
1. Realizar una anastomosis con mayor facilidad.
 2. Realizar una anastomosis más baja.
 3. Disminuir el número de recurrencias locales.
 4. Disminuir el intervalo libre de enfermedad.
- 153. Mujer de 52 años histerectomizada años atrás por mioma uterino, que consulta por presentar estreñimiento distal y abultamiento en cara posterior vaginal que se incrementa durante las maniobras defecatorias, debiendo introducir un dedo en la vagina para conseguir la defecación. En la exploración se observa rectocele grado III. En la resonancia magnética se observa descenso de la cúpula vaginal junto con el rectocele. El tratamiento quirúrgico más adecuado es:**
1. Colporrectosacropexia con malla.
 2. Intervención de reforzamiento del tabique rectovaginal por vía transanal (técnica de Khubchandani).
 3. Intervención transperineal con colocación de malla en el tabique recto-vaginal.
 4. Esfinteroplastia anterior.
- 154. El cáncer de páncreas localmente avanzado:**
1. Es una presentación clínica infrecuente (menor del 10 %).
 2. Tiene una supervivencia mediana inferior a 3 meses.
 3. Es candidato a quimio-radioterapia neoadyuvante.
 4. Es mínimamente sintomático.
- 155. El diagnóstico del síndrome de intestino irritable es principalmente clínico y se basa en síntomas compatibles y la ausencia de signos o síntomas de alarma. ¿Cuál de los siguientes NO se considera un signo o síntoma de alarma?:**
1. Edad de aparición de los síntomas por encima de los 50 años.
 2. Pérdida de peso.
 3. Sangre oculta en heces positiva.
 4. Urgencia defecatoria.
- 156. Mujer de 79 años hipertensa en tratamiento con olmesartán que acude a consulta por diarrea acuosa de 4 a 6 deposiciones al día desde hace dos meses. Hace tres meses recibió tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos durante 3 semanas por lumbociática. Se realizó gastroscopia y colonoscopia, ambas sin alteraciones macroscópicas. Las biopsias duodenales fueron normales, mientras que en las biopsias de colon se observa un infiltrado inflamatorio crónico de la lámina propia con una banda irregular de colágeno inmediatamente por debajo del epitelio de superficie de la mucosa con un grosor mayor a 10 mm y un número de linfocitos intraepiteliales >20 por cada 100 células epiteliales. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:**
1. Colitis microscópica.
 2. Enteropatía por AINEs.
 3. Enteropatía asociada a olmesartán.
 4. Síndrome de intestino irritable.
- 157. El tratamiento quirúrgico de elección de la compresión vascular del duodeno, conocida también como síndrome de la arteria mesentérica superior o síndrome de Wilkie, es:**
1. La división del ligamento de Treitz.
 2. La duodenoyeyunostomía.
 3. El cambio de la posición del duodeno.
 4. El bypass de la arteria mesentérica superior.
- 158. Paciente diagnosticado de diverticulitis aguda, tratado con amoxicilina/clavulánico. Al cabo de 5 días comienza con fiebre y diarrea. Se le diagnostica de colitis por *Clostridium difficile*, se suspende la amoxicilina/clavulánico y se pauta metronidazol. A los 4 días no ha respondido al metronidazol, pero se encuentra clínicamente estable. El siguiente paso del tratamiento es:**
1. Cambiar el metronidazol por vancomicina oral (125 mg, cuatro veces al día durante 10 días).
 2. Cambiar el metronidazol por piperacilina/tazobactam (4 g de piperacilina/0,5 g de tazobactam cada 8 horas).
 3. Indicar una colectomía subtotal.
 4. Realizar una ileostomía en asa con lavado anterógrado de polietilenglicol.

- 159. Paciente de 46 años intervenido hace un año de gastrectomía Bilroth II por úlcera péptica. Presenta un cuadro de dolor epigástrico y hemorragia digestiva alta. En la endoscopia se detectan úlceras tanto en estómago como en intestino delgado. Tras realizar estimulación con secretina IV no se aprecia aumento significativo de gastrina sérica. El cuadro corresponde muy probablemente a:**
1. Gastrinoma.
 2. Síndrome de antro retenido.
 3. Síndrome de asa aferente.
 4. Carcinoma de muñón gástrico.
- 160. En un paciente con diabetes mellitus mal controlada e insuficiencia renal crónica (TFGe 52 ml/min) está recomendado añadir por su beneficio cardiovascular, tras metformina:**
1. Sulfonilurea.
 2. Insulina basal.
 3. Glitazona.
 4. Inhibidor de SGLT2.
- 161. La diabetes insípida central se caracteriza por:**
1. Adipsia y orinas hipotónicas.
 2. Hipotonicidad plásmatica y urinaria, polidipsia y poliuria con nicturia.
 3. Respuesta inapropiada a la administración de vasopresina.
 4. Natremia en valores altos de la normalidad con hipotonicidad urinaria.
- 162. La insuficiencia suprarrenal central debida a la supresión del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal por la administración de corticoides:**
1. Es la causa más frecuente de insuficiencia suprarrenal.
 2. La dosis y la duración de la corticoterapia no se asocian directamente con el riesgo de insuficiencia adrenal tras su suspensión.
 3. La administración de corticoides suprime la secreción de ACTH pero no afecta la secreción de CRH.
 4. La resolución de la insuficiencia suprarrenal tras corticoterapia crónica se produce 24-48 horas tras la retirada del fármaco.
- 163. Una vez confirmado un síndrome de Cushing por criterios clínicos y bioquímicos, ¿cuál es la prueba fundamental para averiguar su causa?:**
1. Determinación de ACTH plasmática matutina.
 2. Prueba de supresión de cortisol con dosis altas de dexametasona.
 3. Muestreo de seno petroso inferior y cateterismo venoso selectivo.
 4. Resonancia magnética de la región hipotálamo-hipofisaria.
- 164. La apoplejía hipofisaria es habitualmente una urgencia endocrinológica. Señale la respuesta correcta:**
1. Cursa con sintomatología compresiva, hipopituitarismo e hiperprolactinemia por sección del tallo hipofisario.
 2. La oftalmoplejía por afectación de pares craneales remite espontáneamente.
 3. En pacientes sin alteración del campo visual es preciso realizar de forma urgente cirugía transesfenoidal descompresiva.
 4. El déficit hormonal más frecuente es el de hormona antidiurética.
- 165. Mujer de 66 años diagnosticada de diabetes mellitus tipo 2 desde hace tres meses. Tiene un IMC de 31 Kg/m² y presenta mal control glucémico a pesar de realizar un programa de medidas no farmacológicas (alimentación saludable, ejercicio). ¿Cuál de los siguientes fármacos hipoglucemiantes se asocia a aumento de peso y deberíamos evitar en esta paciente?:**
1. Metformina (biguanida).
 2. Pioglitazona (tiazolidindiona).
 3. Canagliflozina (inhibidor del cotransportador 2 de sodio-glucosa- iSGLT2).
 4. Liraglutida (agonista del receptor para GLP-1).
- 166. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO es propia de una nefritis intersticial aguda?:**
1. Frecuentemente está causada por fármacos.
 2. La proteinuria suele ser de rango nefrótico.
 3. Es frecuente la leucocituria estéril.
 4. El diagnóstico definitivo se establece por biopsia renal.
- 167. En una de las siguientes condiciones, la bacteriuria asintomática NO requeriría ser tratada:**
1. Niños menores de 5 años con reflujo vesicoureteral.
 2. Pacientes mayores dependientes institucionalizados.
 3. Pacientes neutropénicos.
 4. Pacientes a los que se les ha de realizar una exploración endoscópica o quirúrgica de la vía urinaria.
- 168. Paciente de 18 años que consulta por edemas. Se realiza analítica completa que muestra proteinuria de 8 g/día sin microhematuria, hipoalbuminemia e hipercolesterolemia con función renal normal. Se le administran de forma empírica corticoides. Al cabo de un mes, el cuadro clínico ha desaparecido completamente. ¿Cuál es su hipótesis diagnóstica?:**
1. Amiloidosis.
 2. Nefropatía IgA o enfermedad de Berger.
 3. Síndrome de Alport.
 4. Nefropatía con cambios mínimos.

169. **Ante un paciente con enfermedad renal crónica avanzada (ERC G4, FGe 20 ml/min) conocida, que acude a urgencias por debilidad general y se le detecta una hiperpotasemia grave (K 7 mEq/l) con alteraciones electrocardiográficas. ¿Cuál sería la primera medida a tomar?:**
1. Administración de resinas de intercambio catiónico.
 2. Colocación de un catéter para iniciar diálisis.
 3. Administración de gluconato cálcico endovenoso.
 4. Administración de furosemida oral.
170. **¿Cuál de los siguientes iones urinarios favorece la formación de litiasis urinaria?:**
1. Citrato.
 2. Magnesio.
 3. Sodio.
 4. Sulfato.
171. **La causa más frecuente de neutropenia grave (<500 neutrofilos/microlitro) es:**
1. Secundaria a enfermedades autoinmunes.
 2. Primaria por leucemia aguda.
 3. Iatrogénica por administración de medicamentos.
 4. Debida al hiperesplenismo desarrollado en las infecciones.
172. **Mujer de 70 años que acude a urgencias por astenia. En el examen físico destaca palidez cutáneomucosa con subictericia conjuntival y un soplo pansistólico audible en todos los focos. Analíticamente destaca hemoglobina 8 g/dl, VCM 100 fl, LDH 900 U/l, haptoglobina indetectable y bilirrubina total 3.5 mg/dl. Se solicitó la determinación de una prueba inmunohematológica. Señale la respuesta correcta:**
1. El diagnóstico más probable es el de saturnismo; debemos solicitar plomo en orina de 24 horas.
 2. Se trata de una anemia hemolítica; para determinar su naturaleza debemos solicitar una electroforesis de hemoglobinas.
 3. Se trata de una anemia hemolítica; debemos solicitar un test de Coombs directo, que determina la presencia de IgG y/o la fracción C3 del complemento sobre la membrana del hematíe.
 4. Se trata de una anemia hemolítica; debemos solicitar un test de Coombs directo, que determina la presencia de IgG libre en plasma.
173. **Una mujer de 19 años, con antecedentes familiares de anemia, presenta datos de anemia hemolítica crónica, Coombs directo negativo. ¿Cuál sería el diagnóstico más probable?:**
1. Esferocitosis hereditaria.
 2. Deficit de piruvatoquinasa eritrocitaria.
 3. Betatalasemia mayor.
 4. Hemoglobinuria paroxística nocturna.
174. **Una de las siguientes consecuencias NO se puede atribuir directamente al síndrome de inmovilidad en el paciente mayor:**
1. Insuficiencia cardíaca.
 2. Hipotensión ortostática.
 3. Impactación fecal.
 4. Neumonía aspirativa.
175. **Un varón de 75 años, en buen estado de salud y que podría ser considerado como robusto, consulta para solicitar información sobre la utilización de algún tipo de tratamiento para mantenerse con buen estado de salud y físico. ¿Cuál sería la mejor recomendación para este paciente?:**
1. Hormona de crecimiento.
 2. Testosterona.
 3. Vitamina D.
 4. Ejercicio físico regular.
176. **Una mujer de 25 años acude a urgencias acompañada de una amiga relatando que ha sido víctima de una agresión sexual hace 4 horas. La paciente se encuentra muy afectada, contestando a sus preguntas de forma incongruente, con lentitud y sin ser capaz de recordar cómo se ha producido la agresión. Sus constantes vitales (tensión arterial, frecuencia cardíaca y temperatura) son normales. ¿Cuál de las siguientes actuaciones sería INCORRECTA?:**
1. Contactar con el juzgado de guardia.
 2. Realizar de inmediato una exploración ginecológica con toma de citología cervical.
 3. Administrar 500 mg de ceftriaxona intramuscular, 1 g de azitromicina vía oral y 2 g de tinidazol vía oral en dosis únicas.
 4. Administrar 1500 mg de levonorgestrel vía oral en dosis única.
177. **En la TC de abdomen con contraste intravenoso realizada para estudio de pancreatitis crónica, ¿cuál de los siguientes hallazgos es típico de esta enfermedad?:**
1. Ensanchamiento del marco duodenal.
 2. Áreas focales de necrosis pancreática.
 3. Aumento en el realce glandular en fase arterial.
 4. Dilatación de conducto pancreático.
178. **En relación con la encefalitis por anticuerpos anti-receptor de N-metil-D-Aspartato (NMDAR) señale la respuesta INCORRECTA:**
1. En adolescentes predominan las manifestaciones psiquiátricas.
 2. En algunos casos puede ocurrir tras una infección por virus herpes simple 1.
 3. No afecta a niños menores de 1 año de edad.
 4. El diagnóstico se establece al demostrar la presencia de anticuerpos anti-NMDAR en el LCR y el suero.

179. **Mujer de 32 años con síndrome de neoplasia endocrina múltiple de tipo 2A (MEN-2A) y portadora de una mutación en RET. En una ecografía de cuello se identifica un nódulo hipoecogénico de 6 mm con calcificaciones en su interior. Se decide tiroidectomía total y vaciamiento ganglionar cervical. En el estudio macroscópico se identifican un total de tres nódulos, dos en el lóbulo derecho de 5 y 6 mm, y uno en el lóbulo izquierdo de 4 mm. En el estudio microscópico las tres lesiones están constituidas por una proliferación uniforme de células redondeadas que se disponen con un patrón sólido y se acompañan de calcificaciones y de depósitos de amiloide. Los núcleos no son claros, ni muestran hendiduras, ni pseudoinclusiones. La tinción inmunohistoquímica para sinaptofisina es positiva. En el vaciamiento ganglionar cervical se identifican metástasis. ¿Cuál es el diagnóstico anatomopatológico de las lesiones identificadas en la tiroidectomía total?:**
1. Carcinoma medular multifocal.
 2. Carcinoma papilar multifocal.
 3. Carcinoma folicular.
 4. Hiperplasia de células parafoliculares.
180. **Paciente de 25 años de edad, que sufre un accidente de moto un viernes por la noche. Es trasladado a urgencias y diagnosticado de traumatismo abdominal (eco-fast negativa), un traumatismo craneal leve (Glasgow = 14) y una fractura intracapsular desplazada de cadera derecha. Hemodinámicamente está estable. ¿Cuál sería el tratamiento de elección?:**
1. Reducción, abierta si se precisa, y osteosíntesis de la fractura en las primeras 24-36 horas.
 2. Artroplastia total de superficialización de la cadera el lunes de forma programada.
 3. Esperar a que mejore del traumatismo craneal y programar la semana siguiente una cirugía reglada consistente en la reducción y osteosíntesis de la fractura.
 4. Ante el riesgo de no consolidación de estos tipos de fractura le implantaría de urgencias una hemiarthroplastia bipolar de cadera.
181. **Una paciente de 33 años, no fumadora, con antecedentes de neumotórax en dos ocasiones, acude a la consulta por disnea progresiva. La Rx de tórax muestra un derrame pleural izquierdo que ocupa 1/3 del hemitórax y múltiples imágenes quísticas distribuidas de forma regular por ambos pulmones. En la espirometría presenta un FEV1/FVC del 64 % y un test de difusión con una TLCO del 50 %. Señale el diagnóstico más probable:**
1. EPOC.
 2. Histiocitosis X.
 3. Malformación adenoide quística.
 4. Linfangioleiomiomatosis.
182. **Una recomendación de clase I en una guía de práctica clínica significa que:**
1. Está basada en evidencias científicas procedentes de ensayos clínicos.
 2. Hay evidencia o acuerdo de que seguir la recomendación tiene más beneficios que perjuicios para los pacientes.
 3. Todos los pacientes en que se siga la recomendación van a mejorar su nivel de salud.
 4. Que la intervención recomendada tiene alto coste.
183. **Varón de 37 años presenta astenia, febrícula (37,6°C) y pérdida de peso de unos 5 kg de 2 meses de evolución. En las 2 últimas semanas se añaden parestesias urentes e hipoestesia en las cuatro extremidades, así como lesiones purpúricas palpables no dolorosas en ambas piernas y pies. La presión arterial, la función renal y el sedimento de orina son normales. ¿Cuál sería la prueba complementaria para confirmar el diagnóstico más probable?:**
1. Una ecografía-Doppler de las arterias renales para el diagnóstico de una arteritis de Takayasu.
 2. Un biopsia cutánea tipo "punch" (sacabocados) para el diagnóstico de una poliarteritis nudosa.
 3. La detección de crioglobulinas circulantes para el diagnóstico de una vasculitis crioglobulinémica.
 4. Una biopsia renal para el diagnóstico de una vasculitis por IgA.
184. **A un paciente ingresado por una micosis sistémica oportunista se le prescribe un fármaco antifúngico de índice terapéutico estrecho. La forma activa del fármaco se excreta sin metabolizar por orina en un 60 %. El paciente sufre una insuficiencia renal grave, con un aclaramiento de creatinina de 20 ml/min. Si la pauta de dosificación habitual del antifúngico es de 40 mg/kg/10 h, ¿cuál de las siguientes pautas es más adecuada?:**
1. 40 mg/kg/10 h (no se requiere ajuste de dosificación).
 2. 30 mg/kg/10 h (solo se reduce la dosis a 30 mg/kg).
 3. 30 mg/kg/20 h (se reduce la dosis a 30 mg/kg y se alarga el intervalo interdosis a 20 h).
 4. 40 mg/kg/20 h (solo se alarga el intervalo interdosis a 20 h).
185. **En un paciente de quién se conoce que tenía hace unos años un Mantoux negativo se produce un viraje del mismo. La primera reacción:**
1. Es un verdadero negativo.
 2. Es un falso negativo.
 3. Es un verdadero positivo.
 4. Es un falso positivo.

