

MIR 2018

Examen comentado



Curso
INTENSIVO
MIR
ASTURIAS



PRUEBAS SELECTIVAS MIR 2018
HOJAS DE RESPUESTAS

NUMERO DE MESA
VERSIÓN DEL CUESTIONARIO DE EXAMEN.....
NÚMERO DE EXPEDIENTE
NÚMERO DE DNI O EQUIVALENTE PARA EXTRANJEROS
APELLIDOS Y NOMBRE.....
ADVERTENCIAS

- a) Escriba con BOLIGRAFO sobre superficie dura y lisa.
- b) NO utilice lápiz, rotulador o pluma de tinta que se pueda borrar.
- c) Indique la respuesta que crea correcta en forma claramente legible, utilizando las cifras 1, 2, 3, o 4.
- d) Las equivocaciones deben subsanarse tachando íntegramente la respuesta errónea, sin que ésta quede visible, y escribiendo al lado la respuesta elegida.
- e) Si inutilizara esta hoja de respuestas devuelva los tres ejemplares de que se compone a la Mesa de Examen para recibir otra de repuesto y no olvide consignar sus datos personales.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	4	3	2	2	1	2	1	3	2

21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
2	4	A	2	4	3	3	2	1	2

41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
1	1	4	4	3	4	3	1	2	4

61	62	63	64	65	66	67	68	69	70
3	2	1	2	3	2	1	2	2	4

81	82	83	84	85	86	87	88	89	90
3	4	1	1	2	4	4	1	3	1

101	102	103	104	105	106	107	108	109	110
2	1	4	3	3	1	4	3	1	4

121	122	123	124	125	126	127	128	129	130
2	2	4	2	4	1	4	3	2	4

141	142	143	144	145	146	147	148	149	150
4	3	2	3	4	4	3	1	1	3

161	162	163	164	165	166	167	168	169	170
4	1	3	4	3	1	2	4	1	1

181	182	183	184	185	186	187	188	189	190
3	4	3	2	4	3	A	3	2	4

201	202	203	204	205	206	207	208	209	210
3	3	3	3	2	2	3	2	2	1

221	222	223	224	225	226	227	228	229	230
3	3	2	1	2	2	3	4	A	3

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
4	2	3	1	3	1	4	2	4	1

31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
3	4	A	2	1	3	2	4	1	2

51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
1	4	1	3	2	3	1	2	4	2

71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
1	2	4	3	2	4	1	3	4	3

91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
2	3	4	3	1	1	4	2	1	2

111	112	113	114	115	116	117	118	119	120
3	4	4	2	3	1	4	2	3	1

131	132	133	134	135	136	137	138	139	140
2	1	2	1	2	2	1	2	A	3

151	152	153	154	155	156	157	158	159	160
4	2	3	4	3	3	1	1	4	1

171	172	173	174	175	176	177	178	179	180
2	4	2	1	2	4	3	4	1	1

191	192	193	194	195	196	197	198	199	200
1	1	4	2	1	4	2	4	2	1

211	212	213	214	215	216	217	218	219	220
2	4	3	1	4	4	3	1	3	2

231	232	233	234	235
4	3	2	2	1

SELLO DE LA MESA DE EXAMEN

A	 ANULADA	Pregunta anulada en el MIR oficial
(A)		Pregunta <u>no</u> anulada en el MIR oficial, pero anulada para el curso, por haber quedado obsoleta o no válida.

DISTRIBUCIÓN DE ASIGNATURAS

Asignatura	Número	Preguntas
1. Medicina Preventiva	17	115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 127, 128, 129 ,130, 131, 132, 206, 233
2. Digestivo y C. General	14	13, 14, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 84, 85, 86, 227
3. Infecciosas y Microbiología	15	18, 19, 59, 60, 61, 62, 63, 83, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 235
4. Cardiología y C. Cardíaca	15	6, 7, 8, 9, 21, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 228
5. Neumología y C. Torácica	12	22, 23, 24, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155
6. Pediatría	10	175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 230
7. Neurología y Neurocirugía	9	25, 26, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 234
8. Nefrología y Urología	15	133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 229
9. Endocrino y c. Endocrina	11	16, 17, 35, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94
10. Ginecología y Obstetricia	13	27, 28, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 231
11. Reumatología	7	33, 191, 192, 193, 194, 195, 196
12. Hematología	10	95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104
13. Psiquiatría	8	184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 232
14. Traumatología	7	34, 197, 198, 199, 200, 201, 202
15. Dermatología	4	11, 12, 73, 74
16. Fisiología	3	46, 47, 48
17. Otorrinolaringología	3	31, 113, 114
18. Oftalmología	4	29, 172, 173, 174
19. Farmacología	5	40, 41, 42, 43, 44
20. Anatomía Patológica	4	4, 5, 38, 39
21. Anatomía	5	1, 2, 3, 36, 37
22. C. Vascular	2	10, 32
23. Inmunología	5	54, 55, 56, 57, 58
24. Genética	6	30, 49, 50, 51, 52, 53
25. Oncología	3	213, 214, 215
26. C. Paliativos	3	216, 217, 218
27. Gestión clínica	5	20, 124, 125, 126, 221
28. Geriatria	3	210, 211, 212
29. Medicina Legal	1	219
30. Bioética	1	205
31. Anestesia	2	203, 204
32. Plástica	2	208, 209
33. C. Maxilofacial	2	111, 112
34. Urgencias	5	207, 222, 223, 224, 225
35. Bioquímica	2	45, 226
36. Comunicación	1	220
37. Radiología	1	15

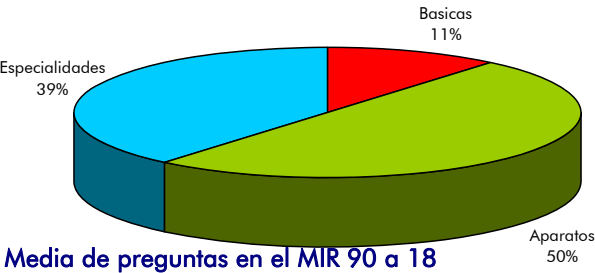
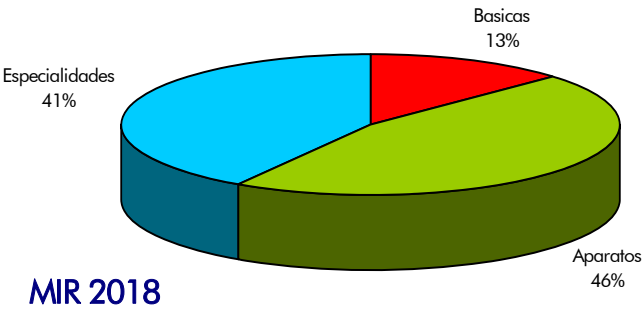


Figura 1. Distribución de preguntas por bloques de asignaturas en el examen MIR 2018

PREGUNTAS REPETIDAS POR ASIGNATURAS

ASIGNATURA	Número	Código de Pregunta	Código de Pregunta años anteriores
1. Medicina Preventiva	7	11292 (8 MIR) 11293 (11 MIR) 11294 (5 MIR) 11295 (20 MIR) 11296 (6 MIR) 11303 (6 MIR) 11407 (3 MIR)	10433, 10204, 9704, 9711, 7701, 6150, 5105 10822, 10660, 9946, 8750, 8220, 7702, 7186 ,6937, 6138, 5876 10836, 10198, 9948, 9474 11150, 10416, 9943, 9708, 9473, 9239, 9244, 9005, 9013, 8476, 8219, 7954, 7696, 7177, 7178, 6696, 6410, 3805, 3563 10419, 5640, 4584, 4318, 3800 11305, 9721, 7714, 7184, 6936 10832, 3877
2. Digestivo y C. General	6	11250 (10 MIR) 11251 (2 MIR) 11253 (5 MIR) 11254 (12 MIR) 11256 (5 MIR) 11401 (4 MIR)	10945, 10281, 9533, 7772, 7513, 6480, 2282, 1775, 1131 10545 8284, 6731, 5165, 3386 8280, 8021, 6980, 6460, 6210, 5727, 5731, 5164, 5171, 1772, 1353 10087, 8542, 4383, 3376 8939, 406, 132
3. Infecciosas y Microbiología	7	11192 (11 MIR) 11193 (3 MIR) 11233 (5 MIR) 11233 (4 MIR) 11235 (13 MIR) 11237 (11 MIR) 11284 (12 MIR)	10112, 9926, 8922, 8144, 6382, 5531, 3701, 2730, 1923 ,1247 6513, 1285 10455, 8407, 7757, 6781 8925, 5017, 1823 10809, 9027, 8694, 6857, 6047, 5323, 4932, 5135, 4538, 3443, 2748, 985 11409, 11058, 4211, 2956, 3075, 2608, 1283, 1042, 800, 204 10439, 9734, 8398, 6433, 6090, 6194, 4807, 3330, 2775, 1916, 471
4. Cardiología y C. Cardíaca	11	11181 (4 MIR) 11183 (18 MIR) 11238 (4 MIR) 11239 (4 MIR) 11240 (4 MIR) 11241 (2 MIR) 11243 (2 MIR) 11244 (3 MIR) 11245 (3 MIR) 11246 (11 MIR) 11402 (8 MIR)	10846, 8385, 8127 10942, 11011, 10068, 9582, 7265, 6769, 5992, 5703, 4428, 3913, 3641, 3507, 2359, 2079, 897, 964, 568 10061, 9535, 9105 9107, 7788, 3241 10526, 10284, 8047 8054 4458 5710, 5463 8053, 7793 10067, 10073, 9341, 9109, 8835, 8573, 8312, 4677, 4692, 4422 11010, 10767, 10070, 7523, 7266, 5659, 1078
5. Neumología y C. Torácica	8	11196 (3 MIR) 11197 (5 MIR) 11321 (8 MIR) 11322 (3 MIR) 11325 (3 MIR) 11326 (10 MIR) 11328 (5 MIR) 11329 (7 MIR)	10727, 167 10134, 10139, 4414, 2515 10850, 6496, 6499, 5685, 4145, 3626, 3399 4401, 4140 8838, 893 8322, 8062, 7804, 7004, 6485, 6457, 5184, 1869, 1410 11085, 10299, 7797, 400 9859, 9305, 9117, 8846, 8066, 5681
6. Pediatría	5	11349 (15 MIR) 11350 (4 MIR) 11353 (3 MIR) 11354 (2 MIR) 11404 (3 MIR)	10403, 10024, 10025, 10063, 9922, 9230, 6768, 6511, 6369, 4952, 4680, 4162, 2083, 1434 11102, 10625, 9229 9667, 8201 726 3757, 842
7. Nefrología	9	11307 (2 MIR) 11309 (8 MIR) 11310 (13 MIR) 11311 (5 MIR) 11312 (10 MIR) 11315 (2 MIR) 11317 (2 MIR) 11318 (2 MIR) 11319 (13 MIR)	8633 9846, 9397, 6842, 5930, 4945, 4239, 3227 10840, 10582, 10334, 8897, 8117, 7601, 6597, 6078, 3043, 1997, 1444, 1048 8793, 8374, 6845, 1851 10950, 10106, 6974, 6325, 6154, 5803, 3966, 2705, 1032 8902 5818 6085 10724, 9890, 8641, 8382, 6603, 5815, 4521, 3152 ,2263, 1963, 580, 156

8. Neurología y Neurocirugía	7	11199 (2 MIR) 11200 (5 MIR) 11330 (6 MIR) 11333 (7 MIR) 11334 (11 MIR) 11335 (4 MIR) 11408 (3 MIR)	8774 6273, 5496, 4788, 3726 9358, 9126, 7562, 7298, 6267, 3452 10148, 9608, 9361, 9443, 8078, 6770 8079, 7561, 6271, 5650, 3719, 1688, 1201, 1085, 200, 29 10310, 7291, 2025 8074, 5232
9. Endocrino y C. Endocrina	6	11191 (2 MIR) 11262 (2 MIR) 11264 (2 MIR) 11265 (4 MIR) 11266 (2 MIR) 11268 (2 MIR)	9612 9063 3922 9826, 2026, 86 9828 6794
10. Ginecología y Obstetricia	4	11340 (12 MIR) 11342 (3 MIR) 11345 (4 MIR) 11405 (4 MIR)	11035, 10628, 9912, 9673, 3775, 3581, 2151, 1649, 1650, 331, 89 10632, 8449 9224, 8672, 7677 10872, 6636, 1738
11. Reumatología	6	11365 (4 MIR) 11366 (2 MIR) 11367 (2 MIR) 11368 (3 MIR) 11369 (16 MIR) 11370 (18 MIR)	9028, 6050, 2502 6802 9139 9598, 9383 10895, 10605, 10345, 9866, 9228, 8622, 8362, 6795, 6293 ,6292, 6290, 4669, 4468, 3673, 143 8881, 8617, 8105, 7845, 7585, 6843, 6168, 5812, 5450, 5264, 5257, 4196, 3671, 3433, 2855, 1527, 1195
12. Hematología	5	11269 (2 MIR) 11270 (4 MIR) 11274 (3 MIR) 11275 (6 MIR) 11276 (3 MIR)	4217 9857, 5024, 1548 10645, 6567 8652, 4222, 1392, 868, 447 10409, 3053
13. Psiquiatría	6	11358 (8 MIR) 11360 (3 MIR) 11361 (6 MIR) 11363 (10 MIR) 11364 (2 MIR) 11406 (4 MIR)	10694, 8957, 8956, 8437, 7659, 6108, 5590 8963, 8696 6361, 6106, 3782, 831, 511 11122, 9931, 9686, 9125, 8703, 8599, 6864, 6365, 4770 6628 11143, 5589, 4101
14. Traumatología	1	11208 (3 MIR)	9388, 9144
15. Otorrinolaringología	3	11205 (7 MIR) 11289 (5 MIR) 11288 (7 MIR)	9202, 7653, 5572, 5061, 3062, 1981 9820, 6236, 3555, 720 7911, 5325, 4796, 3017, 2463, 1561
16. Oftalmología	3	11203 (4 MIR) 11346 (3 MIR) 11347 (13 MIR)	3470, 2459, 2222 9198, 1622 8687, 8426, 7904, 6101, 5833, 5055, 3332, 3014, 2660, 2031, 1520, 55
17. Farmacología	1	11217 (2 MIR)	10982
18. Inmunología	1	11230 (2 MIR)	7728
19. Genética	5	11204 (7 MIR) 11223 (7 MIR) 11224 (6 MIR) 11226 (5 MIR) 11227 (5 MIR)	8729, 7575, 2715, 2466, 1448, 491 10991, 10514, 10051, 2736, 845, 727 10990, 10050, 8524, 5679, 4304 9802, 9741, 7935, 7244 10752, 10513, 9545, 7292
20. Oncología	2	11387 (2 MIR) 11389 (2 MIR)	10638 10918
21. C. Paliativos	1	11392 (6 MIR)	11128, 9655, 8934, 8414, 6492
22. Gestión Clínica	1	11298 (11 MIR)	10829, 10207, 9016, 8496, 7710, 7452, 6934, 6706, 4587, 4343
23. C. Maxilofacial	2	11285 (3 MIR) 11286 (2 MIR)	10376, 10209 8173
24. Urgencias	2	11381 (2 MIR) 11398 (3 MIR)	9659 9523, 6381
25. Comunicación	1	11394 (3 MIR)	10923, 10649
26. Bioética	1	11379 (2 MIR)	8232

Total de preguntas repetidas: 111

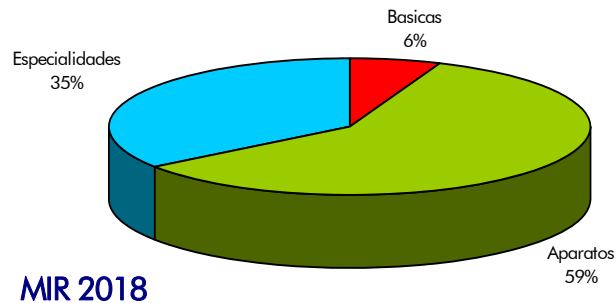
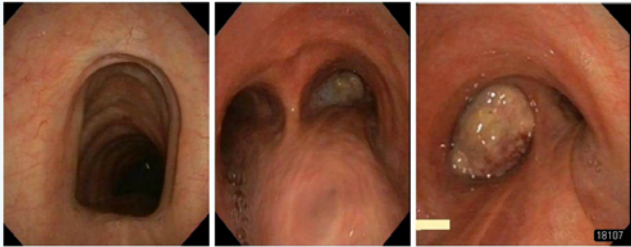


Figura 2. Distribución de preguntas repetidas por asignaturas en el examen MIR 2018

PREGUNTAS COMENTADAS

Pregunta 11175: (1) Pregunta vinculada a la imagen nº1. Indique en qué localización se encuentra la lesión:



- 1. Bronquio principal derecho.
- 2. Bronquio principal izquierdo.
- 3. Bronquio lobar medio.
- 4. Bronquio intermediario.

300001 ANATOMÍA Difícil -21% 18107

Solución: 4

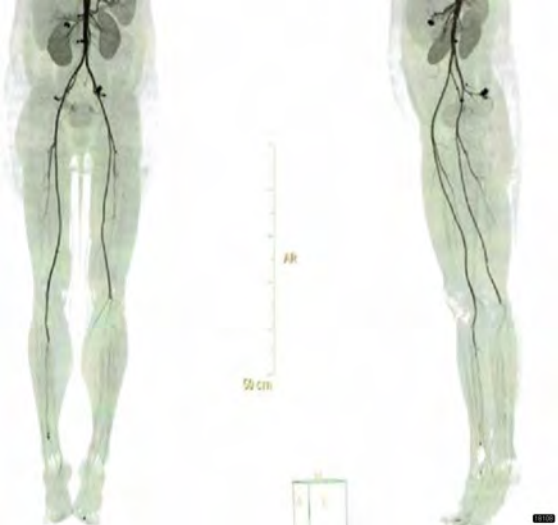
La lesión de la imagen está localizada en el bronquio intermediario. La tráquea (foto de la izquierda) se divide en bronquios principales derecho e izquierdo (foto central). Nótese que la pared posterior de la tráquea, plana y desprovista de cartílago, está en la parte inferior de la imagen, por lo tanto, a la derecha de la fotografía está el bronquio principal derecho y a la izquierda se encuentra el bronquio principal izquierdo. La lesión no está en ninguno de estos (respuestas 1 y 2 incorrectas).

Los bronquios principales se dividen a su vez en bronquios “lobares”, tres en el pulmón derecho y dos en el izquierdo. Posteriormente los bronquios lobares se dividen en bronquios segmentarios.

En el bronquio principal surge primeramente el bronquio lobar superior. Desde ese punto hasta que surge el bronquio lobar medio, el bronquio se denomina bronquio intermediario. Es decir, que el bronquio intermediario es el sector de bronquio principal derecho desde la salida del lobar superior hasta la salida del lobar medio

En la imagen central vemos que la lesión está localizada al fondo del bronquio principal derecho. Más abajo vemos en la imagen de la derecha que la lesión se encuentra aún en la parte más gruesa y medial (bronquio intermediario) una vez que ha salido ya la ramificación que corresponde al bronquio lobar superior.

Pregunta 11176: (2) Pregunta vinculada a la imagen nº2. Mujer de 51 años con antecedentes de tabaquismo activo, obesidad y sedentarismo. Refiere desde hace 5 meses molestias en piernas a la deambulación con sensación de pesadez. Desde hace 3 semanas asocia frialdad, dolor muscular y parestesias en la planta de los pies y tobillos que la obliga a detenerse tras recorrer algunos metros. En el estudio se realiza una angioTC abdominal y de MMII (imagen). A raíz de estos resultados, ¿cuál de las arterias NO está afectada?



- 1. Arteria peronea izquierda.
- 2. Arteria tibial anterior izquierda.

- 3. Arteria tibial posterior derecha.
- 4. Arteria poplítea derecha.

300002 ANATOMÍA Normal 43% 18108

Solución: 4

La arteria poplítea es la continuación de la arteria femoral. Sus ramas terminales son la arteria tibial anterior y el tronco tibioperoneo, que posteriormente se continúa con la arteria tibial posterior tras haber dado la arteria peronea. En la imagen de la izquierda vemos que la única arteria de las piernas que no está afectada es un fragmento corto en la pierna derecha (véase en la parte superior el hígado a la izquierda y el bazo a la derecha, por tanto la pierna que está a nuestra izquierda es la pierna derecha de la paciente) (respuestas 1 y 2 incorrectas). Esa porción corta sana en la pierna derecha corresponde a la arteria poplítea (respuesta 4 correcta). Pero más abajo, en lo que corresponde a la arteria tibial posterior (una vez emitida la peronea) vemos que el flujo también está afecto (respuesta 3 incorrecta).

Pregunta 11177: (3) Pregunta vinculada a la imagen nº3. En este corte ecográfico longitudinal de línea axilar anterior derecha, ¿qué estructura NO se identifica?



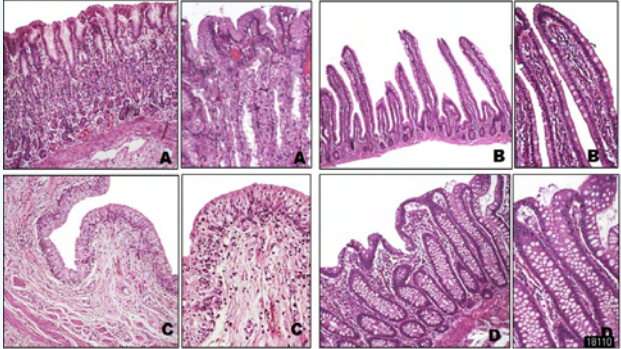
- 1. Diafragma.
- 2. Músculo psoas.
- 3. Glándula suprarenal.
- 4. Recesso hepatorenal.

300003 ANATOMÍA Normal 13% 18109

Solución: 3

En la imagen se aprecia una exploración longitudinal ecográfica, donde se ve a la izquierda (de la imagen; o sea derecha del paciente) el lóbulo derecho hepático, y a la derecha, oblicuamente, el riñón, separado del anterior por el espacio de Morrison o recesso hepatorenal derecho (respuesta 4 incorrecta). La línea blanca casi horizontal abajo y a la izquierda de la imagen (tapado por el rótulo “12.11cm”) se ve el diafragma (respuesta 1 incorrecta). También es posible ver el músculo psoas (respuesta 2 incorrecta). La glándula suprarenal no debería verse a partir del año de edad, y si se ve es porque está afectada por algún tipo de enfermedad (respuesta 3 correcta).

Pregunta 11178: (4) Pregunta vinculada a la imagen nº4. ¿Cuáles de las siguientes microfotografías teñidas con hematoxilina-eosina corresponden a mucosa de intestino delgado?



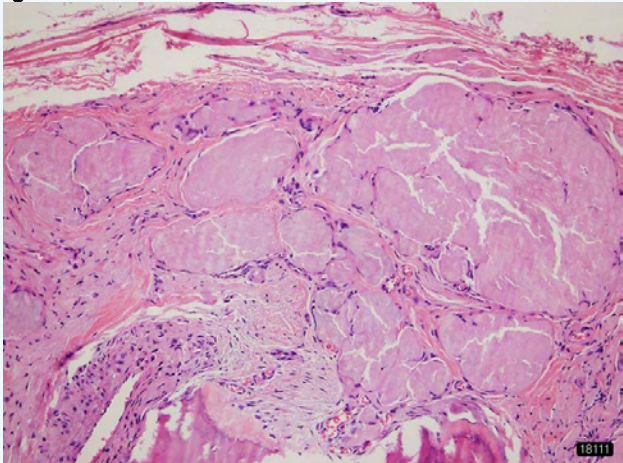
- 1. Las imágenes marcadas como "A".
- 2. Las imágenes marcadas como "B".
- 3. Las imágenes marcadas como "C".
- 4. Las imágenes marcadas como "D".

300004 ANATOMÍA PATOLÓGICA Dificil 33% 18110 Solución: 2

Lo primero que llama la atención es la pregunta en si, ya que hace muchos años que no se preguntaba sobre histología. Efectivamente, la pregunta presenta cuatro tejidos que corresponden respectivamente:

- A. Las secciones pertenecen a una mucosa gástrica de tipo fúndico sin alteraciones histológicas. Tejido normal.
- B. Mucosa de intestino delgado, en la que se observan vellosidades largas y flexuosas/onduladas con una relación vellosidad: cripta superior a 2,5; revestidas por un epitelio absortivo con ribete en cepillo, que puede observarse en la imagen a mayor aumento.
- C. Parece tratarse de un epitelio transicional quizás vesical.
- D. Mucosa de tipo colónico con células caliciformes sin alteraciones histológicas. Tejido normal.

Pregunta 11179: (5) Pregunta vinculada a la imagen nº5. Mujer de 86 años que consulta por alteraciones de la visión. Entre sus antecedentes personales destaca un mieloma múltiple IgA Kappa diagnosticado hace 10 años, en seguimiento desde entonces por el Servicio de Hematología. Actualmente, presenta un cuadro de hemianopsia temporal derecha, de aparición súbita, sin dolor ocular ni afectación contralateral. La paciente es valorada por el oftalmólogo, que diagnostica una neuropatía óptica isquémica. El TAC craneal no muestra alteraciones relevantes. La ecografía de las arterias temporales objetiva un halo hipoecoico en todas las ramas de la arteria temporal superficial. Ante la sospecha de patología vascular, se realiza biopsia de la arteria temporal derecha. La imagen corresponde a una sección histológica de la pared de la arteria temporal. ¿Qué técnica solicitaría para confirmar el diagnóstico en este caso?



- 1. Tricrómico de Masson.
- 2. Rojo Congo.
- 3. Ácido peryódico de Schiff (PAS).
- 4. Metenamina de plata.

300005 ANATOMÍA PATOLÓGICA Normal 44% 18111 Solución: 2

La pregunta es francamente compleja, máxime cuando en la imagen es difícil de identificar un vaso. Lo que si llama la atención en la imagen es la presencia de acúmulos de un material hialino, es decir, sin estructura histológica definida, sin límites precisos, de estructura irregular y dispuesto en lo que parece el tejido conectivo. Los datos clínicos son de gran transcendencia y las propias respuestas (aunque pueda parecer extraño) ayudan a contestar la pregunta:

- **Tricrómico de Masson:** tinción muy selectiva de procesos fibrosantes que no afectan de forma específica a los vasos y que desde un punto de vista morfológico no parecen corresponder con la imagen presentada.
- **Rojo Congo:** tinción muy selectiva de amiloidosis (aunque no es útil para diferenciar tipos de amiloidosis) el cuadro clínico presentado y la imagen sugieren rápidamente esta posibilidad.

- **PAS:** Tinción para glucoproteínas o moco, en términos generales, cosa que no aparece en la imagen.
- **Plata metenamina:** tinción utilizada en la detección de hongos, en la identificación de melanina o para delimitar las membranas basales, entre otros usos. En este caso ni la historia clínica apunta nada sobre su utilidad ni la imagen presentada.

Pregunta 11180: (6) Pregunta vinculada a la imagen nº6. Mujer de 65 años que acude a urgencias por un cuadro de unos días de evolución de disnea. Está en tratamiento con acenocumarol y torasemida 5 mg 1c/24 h. Tuvo fiebre reumática en la infancia y una cirugía de doble prótesis valvular mecánica mitroaórtica. Tiene fibrilación auricular crónica lenta. El primer electrocardiograma a su ingreso mostraba fibrilación auricular a 50 lpm. La Rx tórax mostraba cardiomegalia y signos de redistribución vascular. Analítica: correcta anticoagulación, CK 190 U/L (normal 40-150), creatinina 0,77 mg/dL, glucosa 232 mg/dL, Na 134 mEq/L, K 3,2 mEq/L, Ca 7,71 mg/dL. Se inicia tratamiento con diuréticos iv, IECAs, esteroides, broncodilatadores nebulizados y una dosis oral de levofloxacino. En la zona de observación de urgencias se produce parada cardiorrespiratoria. Se inician maniobras de resucitación cardiopulmonar e intubación orotraqueal. Presenta cinco episodios de fibrilación ventricular en un intervalo de unos 45 min, todos ellos revertidos con éxito tras choque eléctrico de 360 J. El electrocardiograma en dicha situación es el que se muestra en la imagen. El diagnóstico más probable es:

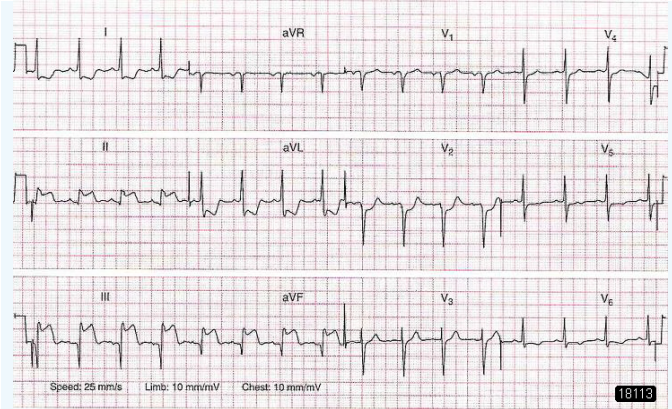


- 1. Síndrome de QT largo adquirido y torsades de pointes.
- 2. Infarto agudo de miocardio y taquicardia ventricular polimórfica.
- 3. Fibrilación auricular y aberrancia de rama.
- 4. Taquicardia ventricular monomorfa sostenida.

300006 CARDIOLOGÍA Normal 54% 18112 Solución: 1

Presenta un caso de un paciente con hipopotasemia e hipocalcemia en el que se inicia tratamiento con quinolonas y presenta taquicardia ventricular polimorfa con morfología de torsade de pointes (respuesta 1 correcta). No tiene ni clínica ni ECG de IAM (respuesta 2 incorrecta). En caso de FA con aberrancia de rama, el ECG sería arritmico, ancho pero monomorfo (respuesta 3 incorrecta). En caso de taquicardia ventricular monomorfa sostenida, sería ancho, regular y todos los complejos con la misma morfología (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta 11181: (7) Pregunta vinculada a la imagen nº7. Hombre de 57 años, exfumador, con antecedentes de pancreatitis aguda alitiásica, gastritis crónica por AINES y disfunción eréctil en tratamiento con pantoprazol y sildenafil. Consulta por dolor torácico opresivo a las 7:30 h a.m. mientras se encontraba en reposo. PA 148/82 mmHg, FC 85 lpm, Sat 98% basal. AC: rítmico, sin soplos. AP: murmullo vesicular conservado. No edemas, pulsos presentes y simétricos. Se le realiza un ECG de superficie (imagen). ¿Cuál de los siguientes fármacos está contraindicado en este paciente?



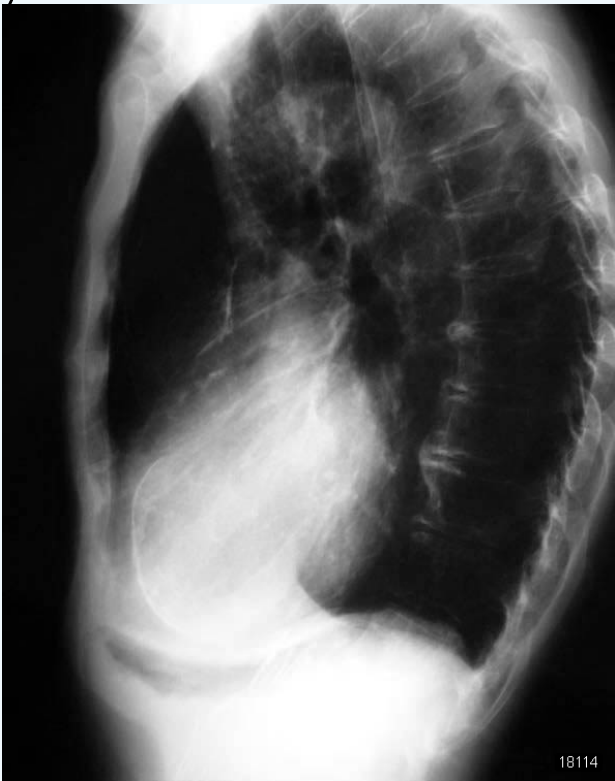
1. Morfina.
2. Dinitrato de isosorbida.
3. Atenolol.
4. Meperidina.

300007 CARDIOLOGÍA Fácil 74% 18113

Solución: 2

Presentan un caso clínico de IAM con ECG compatible con IAM inferior en un paciente bajo tratamiento crónico con sildenafil. Los mórficos pueden estar indicados en pacientes con IAM (respuestas 1 y 4 incorrectas). Los betabloqueantes en ausencia de insuficiencia cardiaca son útiles (respuesta 3 incorrecta). Está contraindicado el uso de nitratos en pacientes bajo tratamiento con sildenafil (respuesta 2 correcta).

Pregunta 11182: (8) Pregunta vinculada a la imagen nº8. Hombre de 61 años consulta por fatigabilidad progresiva, sensación de plenitud abdominal, debilidad muscular y pérdida de unos 8 Kg de peso en el curso del último año. Es originario de Pakistán, con barrera idiomática que dificulta el interrogatorio. Es fumador activo, refiere cuadros catarrales frecuentes, sin otros antecedentes de interés. A la exploración física destaca por su delgadez y un tinte icterico de escleróticas. Presenta ingurgitación yugular que parece aumentar en inspiración, hepatomegalia de 3 cm por debajo del reborde costal derecho, matidez desplazable en flancos y leve edema bimalear. La radiografía lateral de tórax es la que muestra la imagen. Independientemente de que se deba realizar un estudio en profundidad de los diversos problemas detectados en la historia y exploración, ¿cuál de las siguientes es la prueba de mayor utilidad a realizar a continuación?



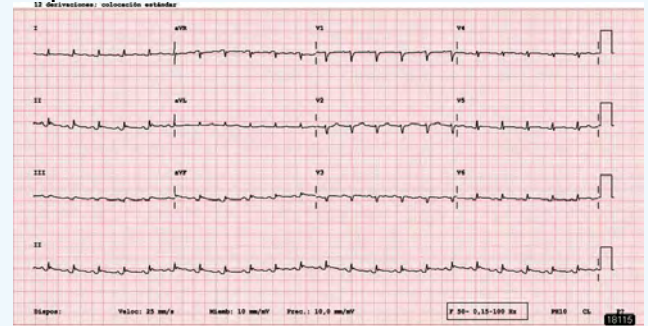
1. TC de tórax.
2. Ecografía abdominal.
3. Pruebas de funcionalismo respiratorio.
4. Serología de hepatitis B y C.

300008 CARDIOLOGÍA Normal 45% 18114

Solución: 1

Se trata de un paciente con cuadro crónico de probable etiología infecciosa (tuberculosis) que presenta claros datos de insuficiencia cardiaca derecha con ingurgitación yugular, edemas y ascitis. En la Rx de Tórax presenta calcificación pericárdica para confirmar la presencia y extensión de dicha calcificación realizaremos un TC de Tórax (respuesta 1 correcta). Se trata de un cuadro de congestión cardiaca (ingurgitación yugular) no hepática aislada (respuestas 2 y 4 incorrectas), no presenta criterios clínicos compatibles con enfermedad pulmonar (respuesta 3 incorrecta).

Pregunta 11183: (9) Pregunta vinculada a la imagen nº9. Mujer de 53 años, con antecedentes de carcinoma de mama en estadio IV, diagnosticado en 2017, en seguimiento por Oncología. Acude al servicio de urgencias por disnea de reposo y malestar general de una semana de evolución. A la exploración física destaca taquipnea a 28 respiraciones/minuto, frecuencia cardiaca 130 lpm, PA 80/50 mmHg y distensión venosa yugular. Con respecto a los hallazgos del ECG que se le realiza (imagen) y a la sospecha clínica, señale la respuesta CORRECTA:



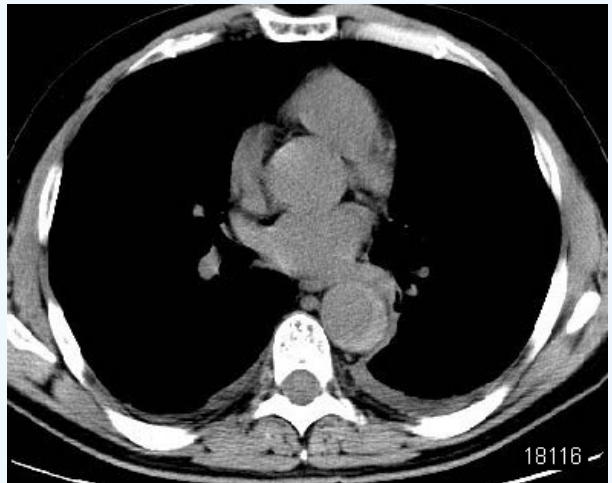
1. Presenta criterios electrocardiográficos de sobrecarga ventricular derecha.
2. El ritmo que se observa es flutter (aleteo) auricular común con conducción 2:1.
3. La prueba diagnóstica de imagen de elección es un ecocardiograma transtorácico urgente.
4. Dada la sospecha clínica, se debe iniciar rápidamente la administración de diurético de asa intravenoso para reducir la congestión venosa sistémica.

300009 CARDIOLOGÍA Normal 55% 18115

Solución: 3

Paciente con antecedentes de cáncer de mama que presenta disnea, hipotensión, ingurgitación yugular y en el ECG bajos voltajes y alternancia ECG, todo ello es compatible con la sospecha de taponamiento cardiaco por metástasis pericárdicas, cuya prueba de elección es el ecocardiograma (respuesta 3 correcta). No presenta datos de sobrecarga derecha (respuesta 1 incorrecta), el ritmo que presenta es sinusal (respuesta 2 incorrecta). Ante la sospecha clínica es necesario realizar pericardiocentesis y sobrecarga de líquido, no diuréticos (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta 11184: (10) Pregunta vinculada a la imagen nº10. La imagen de TC sin administración de contraste es característica de:



1. Trombosis mural aórtica.
2. Hematoma intramural aórtico.
3. Disección aórtica tipo B.
4. Úlcera penetrante aórtica.

300010 C. VASCULAR Difícil -27% 18116

Solución: 2

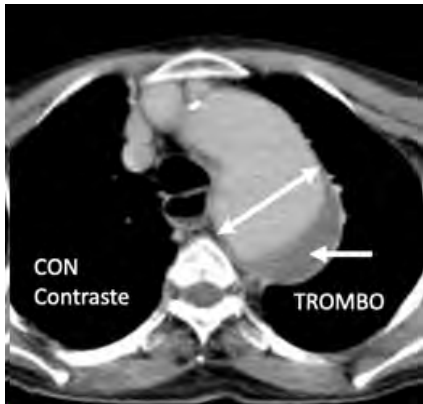
Se denomina "Síndrome aórtico agudo e incluye disección aórtica, hematoma intramural y úlcera penetrante aguda". Radiológicamente: siempre debe hacerse un estudio sin contraste intravenoso (como el de la imagen de la pregunta) para descartar hematoma intramural o mediastínico y para ver las calcificaciones. Posteriormente se realiza un AngioTC torácico de aorta, coronarias o arteria pulmonar.

Diagnóstico de la pregunta:

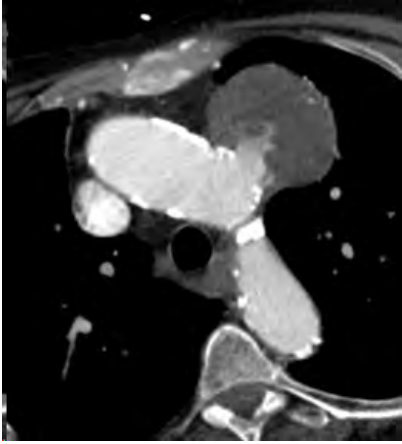
Hematoma intramural: Sangrado de los vasa vasorum de la pared aórtica sin desgarro intimal asociado. Se observa un engrosamiento de la pared de la aorta descendiente en el TC sin contraste.



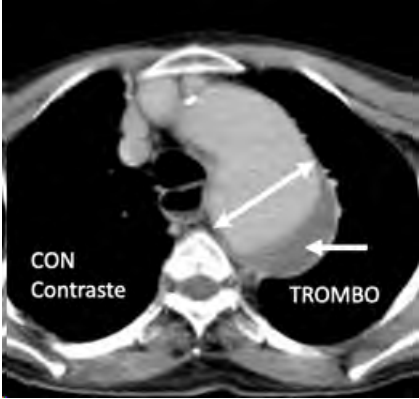
Diagnóstico diferencial: Aneurisma de aorta torácica, aorta con diámetro máximo de 5cm, pero la morfología de la pared suele ser normal. Pueden observarse calcificaciones y trombos en el interior de la luz. Si hay rotura se asocia a hematoma mediastínico y derrame pleural.



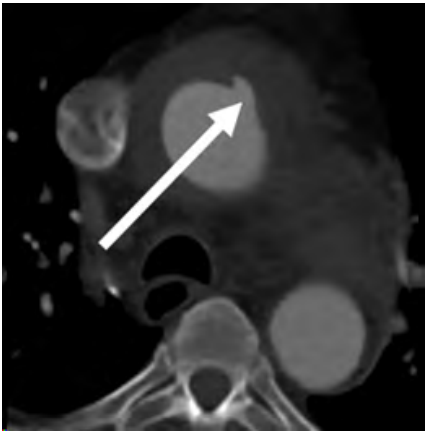
Pseudoaneurismas: la dilatación de la aorta es focal y más irregular. Suelen asociarse a rotura aórtica contenida y los más característicos son el pseudoaneurisma traumático y el pseudonaneurisma micótico.



Disección aórtica: Flap o membrana en el interior de la luz vascular que con contraste intravenoso se observa paso del mismo por las dos luces.



Úlcera penetrante: Es la ulceración de una placa de ateroma más allá de la lámina elástica interna puede asociarse a hematoma intramural o disección. Se suele hablar de úlcera penetrante cuando aparece calcio y una placa en la pared.



Pregunta 11185: (11) Pregunta vinculada a la imagen nº11. En relación a las lesiones dermatológicas de la imagen señale la respuesta correcta:



- 1. Es una dermatosis producida por herpes virus.
- 2. El tratamiento de elección es imiquimod.
- 3. Se considera una zoonosis de frecuente transmisión al ser humano.
- 4. Se incluye dentro de las enfermedades de transmisión sexual.

300011 DERMATOLOGÍA Normal 24% 18117

Solución: 4
El **molusco contagioso** es una infección cutánea benigna de origen viral causada por el virus Mollusum contagiosum (MCV), de la familia de los poxvirus (Poxviridae) (respuesta 1 incorrecta). Su diagnóstico es clínico: pequeñas pápulas hemisféricas, a menudo umbilicadas, de color blanquecino o similar a la piel circundante. Al exprimirlas desde la base sale un material blando y granuloso. Pueden afectar cualquier parte de la superficie cutánea, incluido mucosas. Se transmite por contacto directo: en el 35% de los casos hay algún otro miembro de la familia afecto, brotes epidémicos relacionados con el uso de piscinas, deportes de contacto, contacto con personas infectadas (piel con piel), a través de fómites (objetos contaminados como esponjas, toallas...) o vía sexual (respuesta 4 correcta). No constituye una zoonosis (respuesta 3 incorrecta). Aunque el imiquimod puede ser una opción de tratamiento, no es el tratamiento de elección (respuesta 2 incorrecta), que puede ser la abstención terapéutica (desaparecen espontáneamente) o la destrucción física de las lesiones.

Pregunta 11186: (12) Pregunta vinculada a la imagen nº12. Hombre de 35 años diagnosticado de enfermedad de Hodgkin estadio IIB en tratamiento con quimioterapia protocolo ABVD. A los 7 días tras el 4º ciclo de tratamiento presenta la lesión cutánea de la imagen. Entre los antecedentes epidemiológicos se recoge que convive con un gato y que su hijo de 5 años ha presentado un cuadro mononucleósico reciente ¿Cuál es el diagnóstico más probable?



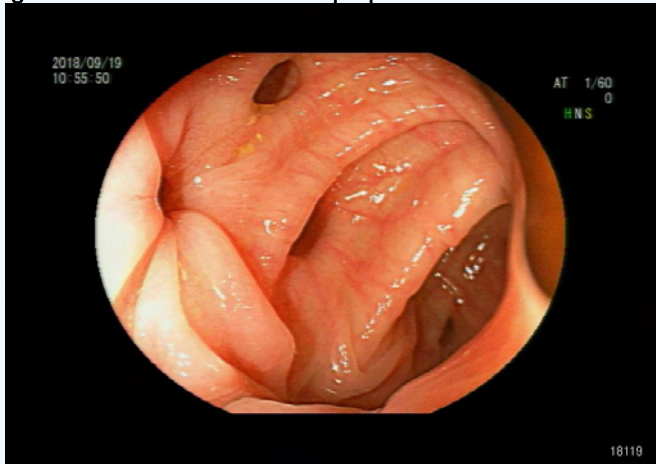
- 1. Infección diseminada por CMV.
- 2. Herpes zoster.
- 3. Síndrome de Sweet.
- 4. Toxicidad cutánea por bleomicina.

300012 DERMATOLOGÍA Difícil -4% 18118

Solución: 2
Una erupción de distribución metamérica en un paciente inmunodeprimido es con mayor probabilidad, un **herpes zoster** (respuesta 2 correcta). Las lesiones iniciales del herpes zoster son pápulas (24 h), que evolucionan a vesículas-ampollas (48 h) y pústulas (96 h), que se erosionan y forman costras (7 a 10 días). La distribución de las lesiones es metamérica y unilateral, aunque algunas veces abarcan dos o más dermatomas contiguos. Puede acompañarse de clínica sensitiva (temperatura, dolor, tacto) o parálisis facial. La infección por citomegalovirus en personas inmunocompetentes suele pasar inadvertida y asintomática, pero en ocasiones, puede causar un síndrome mononucleósico. Sin embargo, en pacientes inmunodeprimidos, la infección es más grave y afecta al tubo digestivo, el respiratorio; el hematológico; el cerebro (encefalitis), y la retina (respuesta 1 incorrecta). Las lesiones del síndrome de Sweet inicialmente pueden recordar a las del herpes zoster, pero no tienen distribución metamérica (respuesta 3 incorrecta). La toxicidad cutánea por bleomicina es frecuente pero suele

manifestarse en forma de hiperpigmentación lineal (respuesta 4 incorrecta).

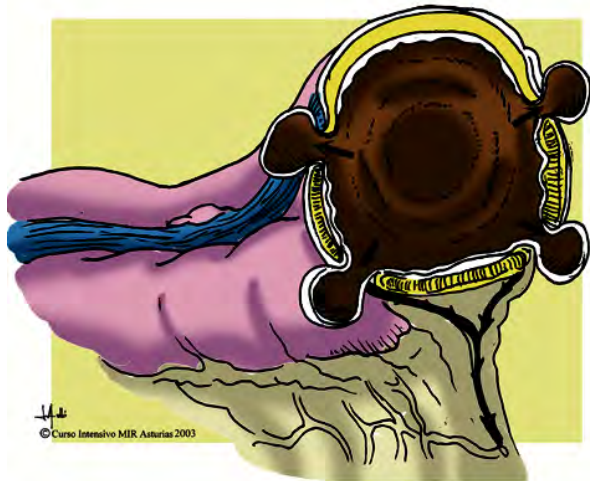
Pregunta 11187: (13) Pregunta vinculada a la imagen nº13. Mujer de 65 años que consulta por dolor cólico intermitente en fosa ilíaca izquierda, alternancia en diarrea/estreñimiento y distensión abdominal con flatulencia de 6 meses de evolución. Se le realiza una colonoscopia, con el siguiente hallazgo en sigma ¿Cuál es la actitud más apropiada en la consulta?



- 1. Recomendar una colonoscopia en 3 años y continuaría el estudio etiológico de sus síntomas.
- 2. Comenzar tratamiento con corticoides si la diarrea es grave.
- 3. Recomendar una dieta rica en fibra soluble y varios ciclos mensuales de rifaximina.
- 4. Realizar un estudio de estadificación previamente a indicar la resección quirúrgica.

300013 DIGESTIVO Fácil 79% 18119

Solución: 3
Nos encontramos ante una paciente con una clínica compatible con un colon irritable de 6 meses de evolución, a la que se le realiza una colonoscopia donde podemos visualizar múltiples divertículos no complicados en el colon. La paciente presenta por tanto una diverticulosis colónica no complicada. El tratamiento de esta enfermedad es una **dieta rica en fibra**. La asociación de **rifaximina** a la dieta (antibiótico de amplio espectro con absorción gastrointestinal prácticamente nula, concentrándose en la luz intestinal y heces) se acompaña de un 30% menos de síntomas recurrentes por diverticulosis no complicada (respuesta 3 correcta). No es necesario **repetir la colonoscopia** (respuesta 1 incorrecta). Iniciar **tratamiento con corticoides** podría ser el tratamiento de una EII en un brote grave (respuesta 2 incorrecta). Ante una diverticulosis no complicada **no está indicada la cirugía** (respuesta 4 incorrecta).



Pregunta 11188: (14) Pregunta vinculada a la imagen nº14. Una mujer de 68 años, diagnosticada de hipercolesterolemia en tratamiento con simvastatina, consulta por disfagia y odinofagia intensas de una semana de evolución. Se realiza una gastroscopia (ver imagen). ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?



1. Aunque no existen datos de inmunosupresión, no puede descartarse la etiología herpética.
2. La etiología más probable es farmacológica, dado su tratamiento actual con simvastatina.
3. La infección por citomegalovirus es la causa más frecuente de estas lesiones en personas inmunocompetentes.
4. La presencia de células gigantes y de cuerpos de inclusión eosinofílicos en el estudio histopatológico de las biopsias, confirmarían la etiología candidiásica.

300014 DIGESTIVO Normal 49% 18120

Solución: 1

Paciente con clínica de una esofagitis, donde nos dan la imagen de una endoscopia digestiva alta donde se visualizan múltiples úlceras esofágicas compatibles con una esofagitis infecciosa. Aunque no es frecuente, puede aparecer una esofagitis infecciosa **en pacientes no inmunodeprimidos, en quienes los microorganismos más frecuentes son el VHS y Cándida albicans** (respuesta 1 correcta, respuesta 3 incorrecta). La presencia en la biopsia de núcleos en “vidrio molido”, **cuerpos de inclusión eosinofílicos de Cowdry tipo A y las células gigantes son característicos de la esofagitis por VHS** (respuesta 4 incorrecta). La **esofagitis producida por fármacos** es una entidad poco frecuente, **suele ser producida por antibióticos, AINES o bifosfonatos**, y en la endoscopia veremos una lesión circunscrita (respuesta 2 incorrecta).

Pregunta 11189: (15) Pregunta vinculada a la imagen nº15. Las características ecográficas del quiste hidatídico hepático permiten ayudar a decidir el manejo terapéutico más conveniente. Respecto a la imagen que se muestra, ¿cuál es la respuesta correcta?

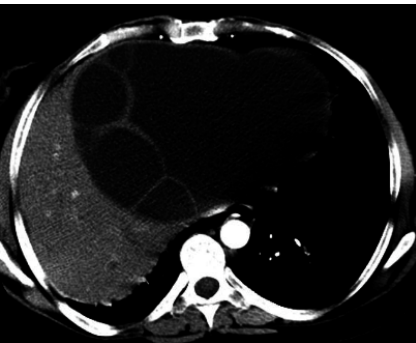
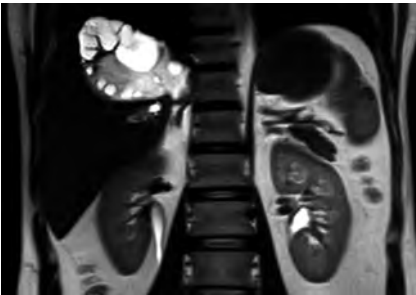
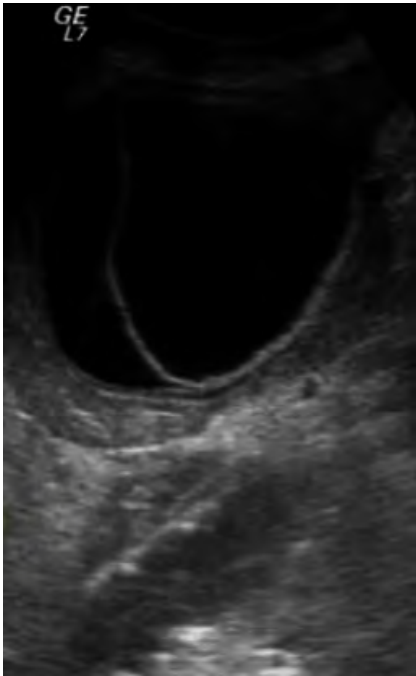


1. Es unilocular y anecoico, por lo que se considera activo. Una opción terapéutica es combinar aspiración, e infusión de agentes esclerizantes.
2. Al estar densamente calcificado no requiere tratamiento farmacológico.
3. Por su aspecto ecográfico es inactivo y no requiere tratamiento, salvo complicación.
4. Muestra vesículas hijas, lo que es compatible con quiste activo. Su ruptura puede producir diseminación peritoneal.

300015 RADIOLOGÍA Difícil -25% 18121

Solución: 3

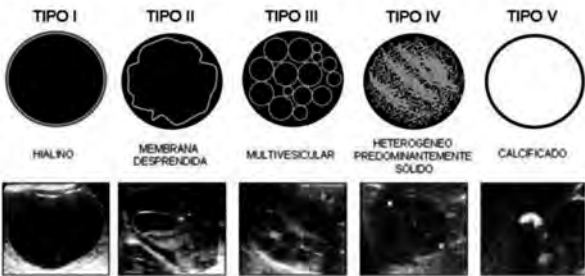
El quiste hidatídico posee una pseudocápsula periquística, una capa periquística o pared y un contenido quístico en su interior. Este contenido puede ser hipocogénico como en un quiste normal o presentar vesículas hijas (**patognomónico de quiste hidatídico (MIR)**).



Existe una clasificación ecográfica de los quistes hidatídicos (Gharbi ultrasound classification) que distingue cuatro estadios:

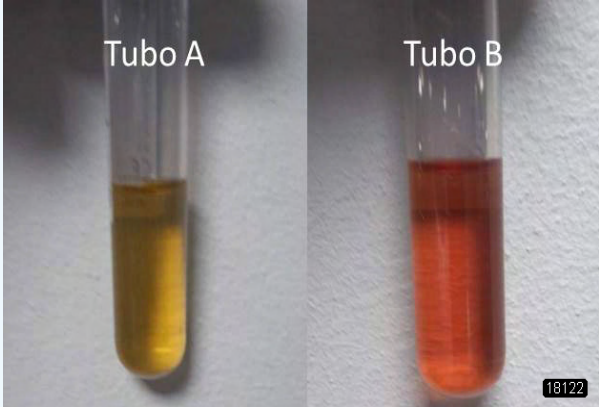
- **Estadio 1:** Quiste hipocogénico de paredes finas.
- **Estadio 2:** Quiste septado.
- **Estadio 3:** Quiste con vesículas hijas.
- **Estadio 4:** Quiste hiperecogénico.
- **Estadio 5:** Quiste calcificado.

Por regla general los estadios 1, 2 y 3 se consideran activos y los estadios 4 y 5 se consideran fases inactivas.



En este caso el quiste es hiperecogénico en su interior por lo que se considera un estadio 4 o 5 y por lo tanto es inactivo. Al ser homogéneamente hiperecogénico no se observan las vesículas hijas.

Pregunta 11190: (16) Pregunta vinculada a la imagen nº16. Pintor de 30 años que acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal acompañado de parestesias en extremidades. En la exploración física está agitado, con presión arterial de 185/100 mm Hg y frecuencia cardíaca de 120 lpm. Se recoge una muestra de orina (tubo A) y se añade un par de gotas de orina del paciente a una solución de p-dimetilamino benzaldehído en HCl (reactivo de Ehrlich) apreciándose un cambio de coloración (tubo B). Ante la sospecha clínica y en espera de la confirmación diagnóstica. ¿cuál es la actitud terapéutica más correcta?



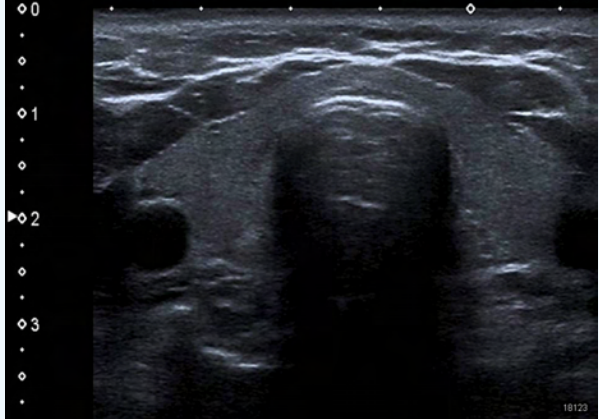
- 1. Administrar soluciones glucosadas y hemarginato i.v.
- 2. Administrar edetato cálcico disódico i.v.
- 3. Iniciar tratamiento con fenoxibenzamida seguido de labetalol.
- 4. Iniciar terapia de sustitución enzimática con agalsidasa-alfa.

300016 ENDOCRINOLOGÍA Difícil -6% 18122

Solución: 1

Se trata de un cuadro clínico compatible con una **porfiria aguda intermitente** (dolor abdominal+orina pseudocolúrica +alteraciones neuropáticas). La exposición a disolventes orgánicos que pueden aparecer en los líquidos de limpieza en seco o pinturas, pueden desencadenarla. La imagen muestra un **Test de Hoesch+**: (reactivo+orina: color rojo): **test+**: exceso de PBG, diagnóstico en la enfermedad. El tratamiento consiste en la administración de glucosa i.v y hematina liofilizada, albúmina de hem o **arginato de hem** (respuesta 1 correcta). La **fenoxibenzamina** seguida de labetalol sería el tratamiento preoperatorio del **feocromocitoma** (respuesta 3 incorrecta). La sustitución enzimática con **agalsidasa-alfa** sería el tratamiento de elección actual de la **enfermedad de Fabry** (respuesta 4 incorrecta). El **EDTA** (edetato cálcico disódico) se utiliza en el tratamiento de la **intoxicación aguda y crónica por plomo**(saturnismo) y la encefalopatía producida por plomo (respuesta 2 incorrecta).

Pregunta 11191: (17) Pregunta vinculada a la imagen nº17. Mujer de 34 años con hipotiroidismo de nueva aparición descubierto en su consulta de Medicina de Familia, sin otras alteraciones ni antecedentes médicos de interés. Se deriva a la paciente para realizar una ecografía de la glándula tiroides en el servicio de radiodiagnóstico de su hospital de referencia para descartar cáncer (imagen). ¿Ha sido correcta la realización de esta ecografía?



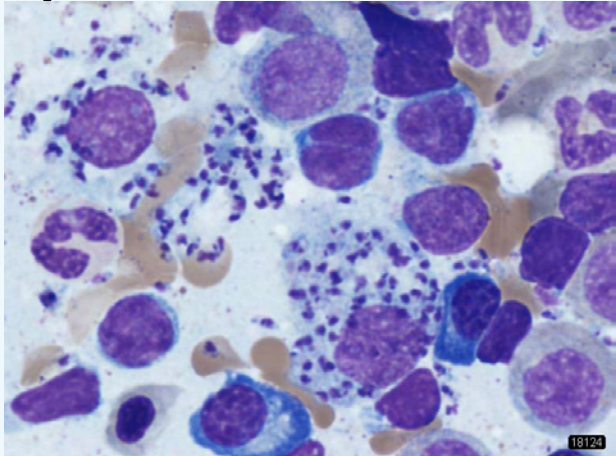
- 1. Sí. Es correcta la realización de esta ecografía porque el hipotiroidismo es indicación de estudio de imagen de la glándula tiroides.
- 2. No. Es incorrecta la realización de esta ecografía. Habría que realizar una gammagrafía tiroidea.
- 3. Sí. Es correcta la realización de esta ecografía porque se trata de una paciente joven con patología tiroidea.
- 4. No. Es incorrecta la realización de esta ecografía porque el hipotiroidismo no es indicación de estudio de imagen de la glándula tiroides.

300017 ENDOCRINOLOGÍA Difícil 33% 18123

Solución: 4

En la pregunta se nos expone el caso de una paciente con diagnóstico de hipotiroidismo. Para el **diagnóstico de hipotiroidismo, no es necesario realizar ninguna prueba de imagen**, ya que el diagnóstico es clínico y bioquímico con la **determinación de la TSH**, y no la realización de pruebas de imagen incluyendo la ecografía (respuesta 4 correcta, respuesta 1 incorrecta). Tampoco es necesaria pruebas de medicina nuclear como la gammagrafía (respuesta 2 incorrecta). La edad o el sexo del paciente, ante un hipotiroidismo, tampoco es indicación para el diagnóstico de ecografía (respuesta 3 incorrecta).

Pregunta 11192: (18) Pregunta vinculada a la imagen nº18. Hombre de 34 años, que presenta fiebre de hasta 39.3°C desde hace 2 semanas, junto con malestar general, astenia y dolor abdominal. El paciente reside en la zona sur de Madrid, pero es originario de Guinea Ecuatorial, habiendo visitado este país por última vez hace 1 año. A la exploración física destaca esplenomegalia palpable, que por ecografía corresponde a un bazo de 17 cm. En la analítica presenta aumento de PCR y LDH, y un hemograma con Hb 10,1 g/dL, leucocitos 2.900/μL y plaquetas 80.000/μL. En el frotis de sangre periférica no se observan anomalías morfológicas ni parásitos intra o extracelulares. Después de realizar una TC de tórax y abdomen, junto con distintos cultivos y serologías de VIH, VHB y VHC, todos con resultado negativo, se obtiene un aspirado de médula ósea (imagen). ¿A cuál de los siguientes corresponde la imagen?



- 1. Gametocitos de Plasmodium falciparum.
- 2. Amastigotes de Leishmania infantum.
- 3. Tripomastigotes de Trypanosoma brucei.
- 4. Microfilarias de Loa Loa.

300018 INFECCIOSAS Fácil 79% 18124

Solución: 2

De cuantas respuestas se ofertan la válida es la 2, que ilustra amastigotes de *Leishmania* observables en médula ósea mediante tinción de Giemsa. Se nos presenta un cuadro clínico típico de leishmaniasis visceral, cuyo signo más frecuente es la fiebre moderada a elevada, acompañada de rigidez y escalofríos. Otro signo característico es la aparición de una gran esplenomegalia, acompañada habitualmente de una hepatomegalia moderada. Todo ello, junto con el precedente de haber realizado un viaje a una zona endémica del complejo *L. infantum*, y junto con la pancitopenia acompañante nos hace sospechar de una posible infección por *Leishmania*.

Sin embargo, para poder confirmar el diagnóstico, es necesario demostrar la presencia de amastigotes en un frotis de tejido aspirado, como se muestra en la imagen adjunta. La sensibilidad del frotis esplénico es > 95%, mientras la del frotis medular es del 60 a 85%.

La respuesta 1 es incorrecta, ya que, pese a que el Paludismo suele cursar con un cuadro clínico inespecífico, analíticamente la mayoría de los pacientes sólo se acompañan de anemia (normocítica y normocrómica) y esplenomegalia. Además, en el aspirado observaríamos las formas características del *Plasmodium falciparum*, como trofozoítos o bien como gametocitos.

La respuesta 3 es incorrecta, ya que el cuadro típico de *Trypanosoma brucei* (agente causal de la Enfermedad del Sueño con dos subespecies: *rhodesiense* y *gambiense*) comenzaría con la formación de un chancro subcutáneo en el punto de inoculación (denominado chagoma), acompañado de linfadenopatía local. Después de estos signos locales el paciente manifiesta fiebre, malestar general, anorexia y edema de cara y extremidades inferiores. Más tarde pueden aparecer cuadros como miocarditis o invasión del sistema nervioso.

La respuesta 4 es incorrecta. Si bien las infecciones por microfilarias *Loa Loa* son características de África Central y Occidental, suelen predominar los síntomas alérgicos, con eosinofilia y episodios frecuentes de edema de Calabar, probablemente por reacciones de hipersensibilidad a los antígenos del gusano adulto. Las microfilarias se pueden observar en sangre durante el día (otras tienen periodicidad nocturna como *Brugiamalay* o *Wuchereria bancrofti*).

Pregunta 11193: (19) Pregunta vinculada a la imagen nº19. Hombre de 71 años con antecedentes personales de recambio valvular con plastia mitral por prolapso mitral en octubre 2010, flutter auricular que requirió cardioversión en 2017, y anemia microcítica que requirió ferroterapia unos meses antes. En tratamiento con sintrom y pantoprazol. Refiere un cuadro de pérdida de peso de 6 kg en los últimos tres meses acompañado de astenia e hiporexia con fiebre vespertina entre 37,5°C y 38,2°C y sudoración nocturna. En la exploración física está estable hemodinámicamente, con saturación de 97% basal y Tª de 37,9°C. En la auscultación se aprecian tonos rítmicos con soplo sistólico en borde esternal izquierdo. El abdomen está blando y depresible, sin hepatomegalia. No tiene edemas. En la analítica destaca Hb 8,7 g/dL con VCM 83,2 fL, VSG 79 mm/h, hierro 16 ug/dL, transaminasas y LDH en rango, PCR 7,72 mg/dL (normal hasta 0,5), ferritina 271 ng/mL, INR 3,4. A raíz de los hallazgos radiológicos (imagen), ¿cuál de las siguientes pruebas realizarías a continuación?



1. Una esofagogastroduodenoscopia con toma de biopsia gástrica.
2. Un drenaje guiado por ecografía de absceso hepático.
3. Una colonoscopia por sospecha de neoplasia de colon.
4. Un ecocardiograma para descartar endocarditis bacteriana.

300019 INFECCIOSAS Difícil 6% 18125

Solución: 4

En el paciente que se presenta el antecedente de recambio valvular con plastia por prolapso mitral otorga prioridad a descartar endocarditis bacteriana (y en consecuencia realizar un ecocardiograma, como oferta la respuesta 4), máxime con los episodios de flutter y anemia microcítica previos.

Cabe retener que el síndrome clínico de la endocarditis infecciosa es sumamente variable. Suele afectar a diversos órganos y abarca un espectro continuo que discurre desde la presentación aguda hasta la presentación subaguda. En los pacientes con presentaciones **subagudas**, la **fiebre es típicamente de bajo grado** y rara vez supera los 39°C. Aunque los **soplos cardíacos** suelen ser indicativos de cardiopatía subyacente más que de endocarditis, la lesión valvular (en forma de vegetación o verruga) y la rotura de las cuerdas tendinosas pueden provocar la aparición de nuevos soplos de insuficiencia. Las manifestaciones periféricas no supurativas clásicas de la endocarditis subaguda se relacionan con la duración de la infección y en la actualidad son poco frecuentes gracias al diagnóstico y tratamiento oportunos.

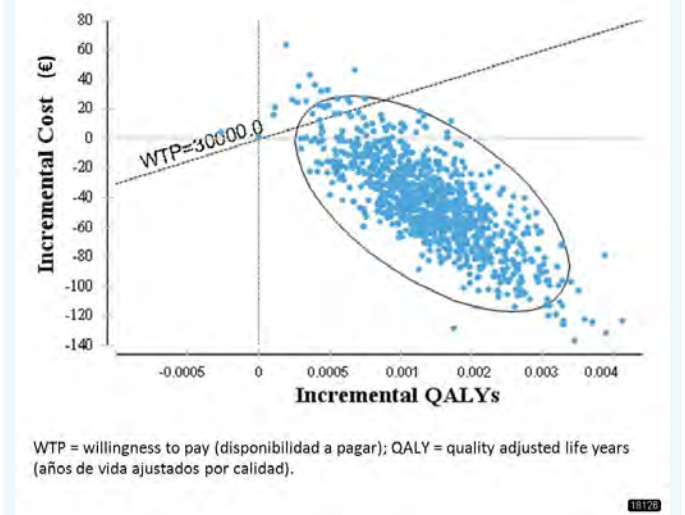
El **diagnóstico** de endocarditis infecciosa se establece con certeza únicamente cuando las **vegetaciones** obtenidas en la cirugía cardíaca, en la necropsia o de una arteria (un émbolo) se someten a un **estudio histológico y microbiológico**. No obstante, sobre la base de los **datos clínicos, de laboratorio y ecocardiográficos** se ha desarrollado un esquema sumamente sensible y específico, denominado **criterios de Duke**. La importancia de la bacteriemia y de los datos ecocardiográficos en el diagnóstico de la endocarditis quedan convenientemente destacados en los criterios de Duke.

Las imágenes ecocardiográficas permiten la confirmación anatómica de la endocarditis infecciosa, determinar el tamaño de las vegetaciones, detectar complicaciones intracardíacas y valorar el funcionamiento cardíaco. Los expertos recomiendan la valoración ecocardiográfica de todos los pacientes con un diagnóstico clínico de endocarditis; sin embargo, el estudio no se utilizará para la detección sistemática de individuos con una baja probabilidad de endocarditis.

En esta enfermedad suelen estar aumentados valores analíticos como la tasa de eritrosedimentación, la proteína C reactiva y las concentraciones de complejos inmunitarios.

El resto de respuestas apuntan a descartar patología digestiva (gástrica, hepática, colónica) que no resulta prioritaria en este momento.

Pregunta 11194: (20) Pregunta vinculada a la imagen nº20. ¿A qué tipo de análisis corresponde la gráfica de la imagen vinculada a esta pregunta?



1. Análisis de sensibilidad probabilístico de coste- utilidad incremental.
2. Análisis de sensibilidad multivariante de minimización de costes.
3. Análisis de nube de puntos de calidad de vida poblacional ajustado por renta per cápita.
4. Análisis de sensibilidad univariante de coste- efectividad incremental.

300020 GESTIÓN CLÍNICA Fácil 86% 18126

Solución: 1

De todos los tipos de análisis de evaluación económica propuestos en la pregunta, sólo la *respuesta 1* es correcta. Se trata de un análisis de coste-utilidad, puesto que en la imagen se mencionan los **QALYs (Quality Adjusted Life Years)** que se corresponde a la traducción de **AVACs (Años de Vida Ajustados por Calidad)**, la unidad de medida característica de los **estudios de coste-utilidad**. La nube de puntos representa un análisis de sensibilidad que refleja la posible variabilidad en los resultados de forma probabilística.



Pregunta 11195: (21) Pregunta vinculada a la imagen nº21. Hombre de 68 años de edad consulta en el ambulatorio por disnea progresiva de unos 6 meses de evolución. Es fumador activo de 15 cig/día, diabético en tratamiento con metformina desde hace al menos 10 años, con mal control glucémico. Además toma amiodarona desde hace 8 años por episodios de “palpitaciones”, sin que sepa precisar más. Fue diagnosticado de probable hipertrofia benigna de próstata por polaquiuria y se le propuso tratamiento con alfa-bloqueantes, que no ha seguido. Recientemente se ha quedado viudo y se ha mudado a nuestra ciudad desde otra parte de España para vivir con su hija. El paciente refiere la disnea fundamentalmente a los esfuerzos. Cumple criterios de bronquitis crónica. Duerme habitualmente con dos almohadas, pero no refiere cambios al respecto en los últimos tiempos. Se levanta al menos una vez cada noche a orinar, pero tampoco refiere cambios recientes. El paciente está arrítmico a 84 lpm y se auscultan crepitantes discretos en ambos campos pulmonares. En base a los datos clínicos y a la radiografía de tórax que se observa en la imagen, ¿cuál es su diagnóstico de presunción inicial?



- 1. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- 2. Insuficiencia cardíaca izquierda.
- 3. Fibrosis pulmonar.
- 4. Neumonitis alérgica extrínseca.

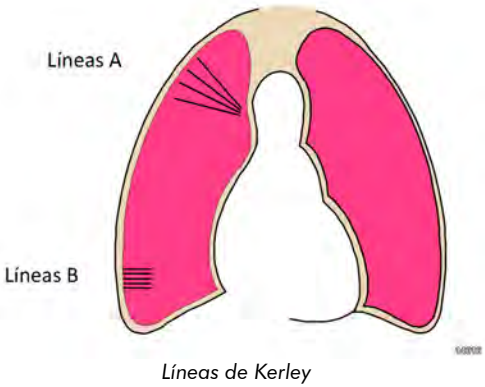
300021 NEUMOLOGÍA Normal 62% 18127

Solución: 2

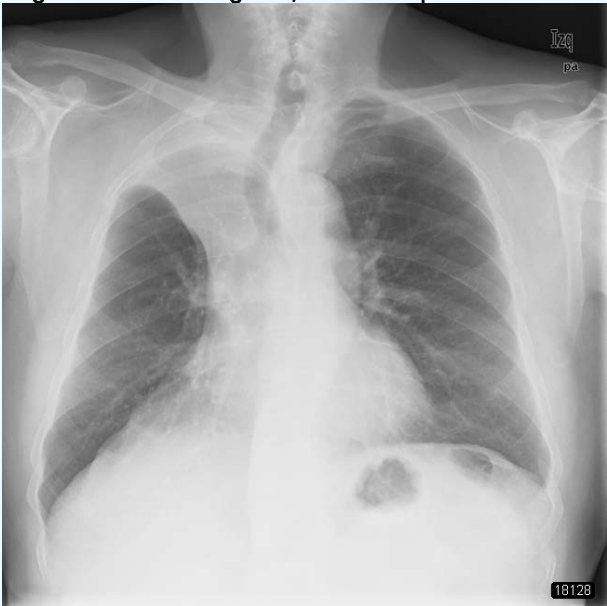
Tanto la clínica como la imagen radiológica nos orientan hacia un paciente con **insuficiencia cardíaca izquierda** (*respuesta 2 correcta*): disnea de esfuerzo, ortopnea, nicturia, crepitantes bilaterales... La imagen radiológica muestra cardiomegalia, patrón alveolar y líneas “b” de Kerley (engrosamientos de los espacios perilinfáticos en bases), junto con refuerzo hilar. La **EPOC** no justificaría los crepitantes ni las líneas “B” de Kerley. Tampoco guarda relación con la cardiomegalia ni con la ortopnea o la nicturia (*respuesta 1 incorrecta*). La **fibrosis pulmonar** por amiodarona aparece típicamente en

campos superiores. La fibrosis pulmonar idiopática se localiza en campos inferiores. La radiografía no es compatible con ninguna de estas dos patologías. Además, la fibrosis pulmonar por amiodarona suele aparecer con exposición a dosis superiores a las habituales “de mantenimiento” (generalmente necesita más de 400 mg diarios durante períodos prolongados) (*respuesta 3 incorrecta*).

La **neumonitis (o bronquioloalveolitis) alérgica extrínseca** cursa con un patrón intersticial en campos superiores y está relacionado con la exposición a polvos inorgánicos. En el enunciado no aparece ningún dato que nos oriente hacia este tipo de patologías. Además, la radiografía no muestra fibrosis en campos superiores.



Pregunta 11196: (22) Pregunta vinculada a la imagen nº22. Hombre de 65 años, exfumador, sin antecedentes cardiorrespiratorios de interés, que acude a consulta por un cuadro progresivo de malestar general, episodios de tos y febrícula de una semana de evolución. Entre las pruebas que le solicita su médico se incluye una radiografía de tórax. En relación con los hallazgos de dicha radiografía, señale la opción correcta:



- 1. Se observa una consolidación alveolar en el lóbulo superior derecho. El diagnóstico más probable es una neumonía.
- 2. La imagen radiológica corresponde a una lesión extrapulmonar; puede tratarse de una masa pleural o de una masa de la pared torácica.
- 3. Hay un ensanchamiento mediastínico que se extiende a la región superior del hemitórax derecho, por lo que la principal sospecha es que se trate de un linfoma.
- 4. El paciente tiene una atelectasia del lóbulo superior derecho; la primera sospecha diagnóstica es un carcinoma broncogénico.

300022 NEUMOLOGÍA Fácil 95% 18128

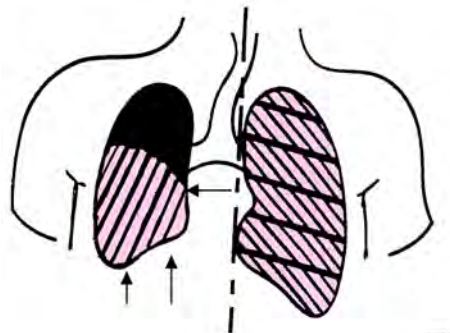
Solución: 4

La imagen radiológica muestra una **atelectasia** en el lóbulo superior derecho (aumento de densidad con retracción del mediastino hacia el lado afecto). Teniendo en cuenta que se trata de un adulto, con exposición al humo de tabaco (exfumador) y sin otros antecedentes de interés, podría tratarse de un **carcinoma broncogénico** (*respuesta 4 correcta*).

La **consolidación alveolar en el lóbulo superior derecho** mostraría un patrón alveolar con broncograma aéreo (no una imagen homogénea, como la que se aprecia en la radiografía). Además, la **neumonía** suele cursar con fiebre (no con febrícula) y no genera una retracción del mediastino (respuesta 1 incorrecta).

La imagen radiológica presenta una alteración del parénquima pulmonar (no se trata de una **lesión extrapulmonar**). Tanto la patología pleural (ejemplo, el mesotelioma) como las masas propias de la pared torácica producirían angulaciones bruscas a nivel del parénquima pulmonar (la radiografía del enunciado presenta márgenes redondeados, suaves) (respuesta 2 incorrecta).

El **ensanchamiento mediastínico** empujaría la tráquea hacia el lado contralateral. En este caso, se aprecia que la tráquea está desplazada hacia el mismo lado de la lesión, lo cual sugiere atelectasia como primera opción diagnóstica (respuesta 3 incorrecta).



Atelectasia: aumento de densidad con retracción

Pregunta 11197: (23) Pregunta vinculada a la imagen nº23. Una mujer de 62 años consulta por disnea progresiva de 1 año de evolución. Se realiza una espirometría que se muestra en la imagen. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos es el MENOS compatible con los resultados?

Espirometría y curva Flujo-Volumen

Apellidos: xxx
Nombre: xxx
F. Nacimiento: 25/04/1956
Sexo: mujer

Identificación: xx
Grupo teóricos: Standard
Edad: 62 Años
Altura: 156,0 cm
Peso: 64,0 kg

ESPIROMETRIA		Med1	Teórico	%Med1/Teor	Med2	%Med2/Teor	%Difer
FVC	[L]	1.21	2.41	50.4	1.27	52.6	4.4
FEV 1	[L]	0.98	2.01	48.7	1.01	50.2	3.1
FEV 1 % FVC	[%]	80.63	77.32	104.3	79.53	102.8	-1.5
FEF	[L/s]	4.89	5.61	87.1	4.72	84.1	-3.4
FEF 25	[L/s]	4.73	5.07	93.3	4.59	90.4	-3.1
FEF 50	[L/s]	1.26	3.43	36.8	1.25	36.5	-0.8
FEF 75	[L/s]	0.31	1.20	26.2	0.30	24.9	-4.8
MEF 75/25	[L/s]	0.94	2.76	34.2	0.90	32.7	-4.1

ABREVIATURAS:
FVC: Capacidad Vital Forzada, FEV1: Volumen Espiratorio Forzado primer segundo, FEF: Flujo Espiratorio Pico, FEF: Flujo Espiratorio Forzado al 25, 50 y 75% de la FVC, MEF 75/25: Flujo Mesoespiratorio Máximo.

Med1: medición basal, Med2: Medición postbroncodilatador, %Difer: % de diferencia entre Med1 y med2

- 1. Bronquiectasias.
- 2. Fibrosis pulmonar idiopática.
- 3. Obesidad mórbida.
- 4. Esclerosis lateral amiotrófica.

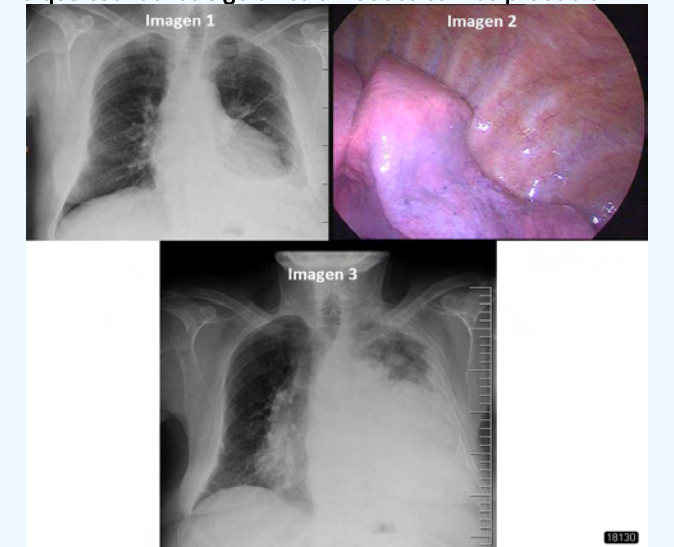
300023 NEUMOLOGÍA Normal 63% 18129 ANULADA

Los valores espirométricos muestran unos volúmenes disminuidos (tanto el FEV1 como la CVF presentan un valor inferior al 70% del previsto) con un cociente FEV1/FVC del 104%. Estos datos son típicos de patologías restrictivas.

Por otro lado, nos encontramos 3 opciones correspondientes a enfermedades restrictivas (fibrosis pulmonar idiopática, obesidad mórbida y esclerosis lateral amiotrófica) y 1 compatible con obstrucción (bronquiectasias). La plantilla inicial del Ministerio dio como correcta la opción 1, dado que se corresponde con un patrón obstructivo y, por consiguiente, debería mostrar un cociente FEV1/FVC < 70%.

Sin embargo, esta pregunta acabó anulándose por una sencilla razón. Nos preguntan por la opción "menos" compatible con los resultados mostrados. Si nos fijamos en los datos de la imagen, podemos apreciar que el peso de la paciente es 64 Kg y la estatura 156 cm. Esto se corresponde con un índice de masa corporal de 26,3 Kg/m2, por lo que la opción 3 (obesidad mórbida) también es incorrecta.

Pregunta 11198: (24) Pregunta vinculada a la imagen nº24. Hombre de 68 años sin hábitos tóxicos, con fibrilación auricular en tratamiento anticoagulante. Presenta disnea y dolor torácico izquierdo realizándose pruebas complementarias (imagen 1 y 2). A los 4 años del diagnóstico histopatológico y tratamiento se realiza radiografía de control (imagen 3). Indique cuál de las siguientes entidades es más probable:



- 1. Hemotórax espontáneo tardío.
- 2. Mesotelioma pleural.
- 3. Atelectasia pasiva crónica.
- 4. Metástasis pulmonares de origen desconocido.

300024 NEUMOLOGÍA Normal 28% 18130

Solución: 2

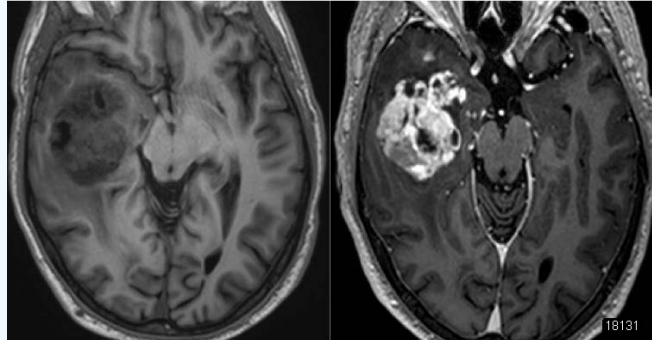
La imagen 1 muestra un derrame pleural izquierdo, leve. La imagen 2 es una toracoscopia en la que apreciamos una placa pleural en la pleura parietal, sugestiva de haber estado expuesto al asbesto o amianto. La imagen 3 es una radiografía de tórax donde se aprecia un derrame pleural izquierdo importante, junto con imágenes en el interior del parénquima pulmonar izquierdo, sugestivas de metástasis pulmonares. Todo ello es compatible con un **mesotelioma pleural** (respuesta 2 correcta).

El diagnóstico de **hemotórax** requiere una toracocentesis con demostración de un hematocrito pleural superior al 50% del plasmático. No es posible realizar dicho diagnóstico únicamente mediante una radiografía de tórax (respuesta 1 incorrecta).

La **atelectasia** produciría un desplazamiento de la tráquea hacia el lado afecto. En este caso, está desplazada hacia el lado contralateral. Esto significa que el aumento de densidad de la imagen 3 se corresponde con un derrame pleural (respuesta 3 incorrecta).

Tanto las imágenes intraparenquimatosas como el derrame pleural podrían corresponder a **metástasis pulmonares de origen desconocido**. Sin embargo, la presencia de placas pleurales en la toracoscopia nos orienta hacia un diagnóstico de mesotelioma (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta 11199: (25) Pregunta vinculada a la imagen nº25. Hombre de 64 años con astenia y debilidad de 5 semanas de evolución. Comienza en los últimos días con torpeza en extremidades izquierdas y dos episodios de disartria. Se realiza la siguiente RM craneal con secuencias potenciadas en T1 sin y con contraste i.v. ¿Cuál es el diagnóstico de sospecha y la actitud a seguir?



- 1. Encefalitis herpética, tratamiento con aciclovir y esteroides.
- 2. Glioma de bajo grado, tratamiento exclusivo con radioterapia.
- 3. Encefalomiелitis aguda diseminada, tratamiento con esteroides y control con RM en 6 semanas.
- 4. Glioblastoma, cirugía con resección máxima seguida de tratamiento con quimiorradioterapia.

300025 NEUROLOGÍA Fácil 92% 18131

Solución: 4

La imagen se trata de una masa temporal derecha mal definida, con importante efecto de masa (desplaza el lóbulo temporal medial contra el mesencéfalo), heterogéneamente hipointensa en T1 y con marcado realce tras la administración de contraste. Hay zonas en su interior que no captan y que se tratan probablemente de áreas de necrosis en su interior. Estas características son típicas de un **Glioblastoma multiforme**. Su tratamiento incluye cirugía de resección máxima, radioterapia y quimioterapia con Temozolamida (respuesta 4 correcta).

Las **encefalitis herpéticas** suelen afectar también al temporal, pero suele producir un engrosamiento de la corteza, mientras que aquí lo que se ve más afectado es la sustancia blanca. Aunque puede presentar realce en T1 con contraste no suele observarse un realce intenso como el de la imagen (respuesta 1 incorrecta) y presentaría restricción a la difusión (que el glioblastoma no suele presentar).

Los **gliomas de bajo grado** suelen ser más homogéneos (menos áreas quísticas o de necrosis en su interior) y no realzan tras administrar contraste (respuesta 2 incorrecta).

La **encefalomiелitis aguda diseminada** suele aparecer en la juventud, con lesiones diseminadas por el SNC similares a las de la esclerosis múltiple, aunque de forma monofásica, generalmente después de una infección vírica o vacunaciones. Aunque puede dar lesiones pseudotumorales, estas suelen presentar un realce en anillo incompleto abierto hacia la corteza (respuesta 3 incorrecta), y por otro lado no vemos lesiones desmielinizantes típicas en otras localizaciones.

Pregunta 11200: (26) Pregunta vinculada a la imagen nº26. Joven de 17 años con traumatismo craneoencefálico secundario a choque frontal mientras jugaba al rugby sin presentar pérdida de consciencia, pero sí deterioro clínico con obnubilación y amnesia. El paciente está estable tanto hemodinámica como respiratoriamente, con escala de coma de Glasgow de 15 y sin focalidad neurológica a su llegada. Se realiza TC de cráneo sin contraste Intravenoso. Señale la respuesta FALSA:



- 1. La lesión no es un hematoma subdural dado que, aunque aparece como un coágulo hiperdenso no presenta la morfología típica ni provoca un mayor desplazamiento horizontal (efecto de masa) del que se esperaría por su tamaño.
- 2. La lesión se corresponde con un hematoma epidural agudo en el que la duramadre, firmemente adherida, se desprende de la superficie interna del cráneo, de modo que se forma una hemorragia característica de contornos lenticulares.
- 3. El hematoma subdural avanza por lo general con mayor rapidez y se acompaña con menos frecuencia de lesión cortical subyacente que los hematomas epidurales.
- 4. Por lo general, los hematomas epidurales son causados por rotura de la arteria meníngea media después de una fractura del hueso temporal.

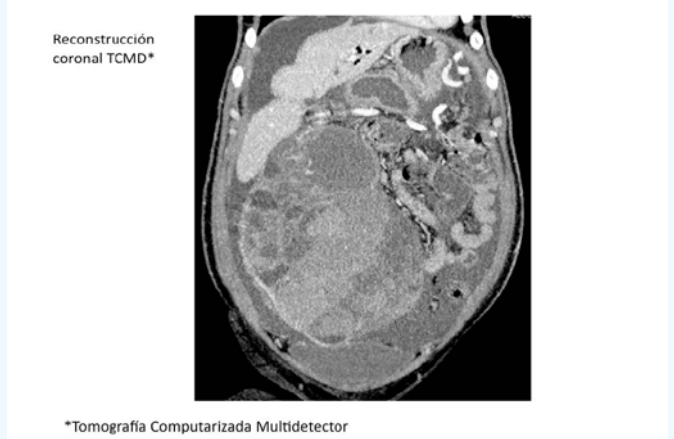
300026 NEUROLOGÍA Fácil 68% 18132

Solución: 3

La lesión que se muestra en la imagen es una colección hiperdensa con forma de disco biconvexo, sugestiva de hematoma epidural agudo frontal izquierdo (respuesta 1 incorrecta). En los hematomas epidurales agudos la sangre que resulta de la rotura de la arteria meníngea media separa la duramadre del hueso, dando la imagen característica lenticular (respuestas 2 y 4 incorrectas).

Los hematomas subdurales suelen acompañarse de mayor daño cortical asociado que los hematomas epidurales (respuesta 3 correcta).

Pregunta 11201: (27) Pregunta vinculada a la imagen nº27. Mujer de 66 años que acude al médico de familia por aumento del perímetro abdominal, amenorrea secundaria y estreñimiento. A la palpación detecta la presencia de una tumoración abdomino-pélvica y remite a la paciente para la realización de una TC abdominal. Señale la respuesta correcta:



- 1. La imagen visualizada corresponde a un tumor mesenquimal sin poder definir claramente su dependencia.
- 2. Lo más probable es que se trate de un tumor de origen intestinal con carcinomatosis peritoneal.
- 3. La presencia de ascitis sugiere una diseminación de un tumor de origen ovárico.
- 4. Solo la determinación de marcadores tumorales nos podrá definir su origen y las posibilidades de malignidad o benignidad.

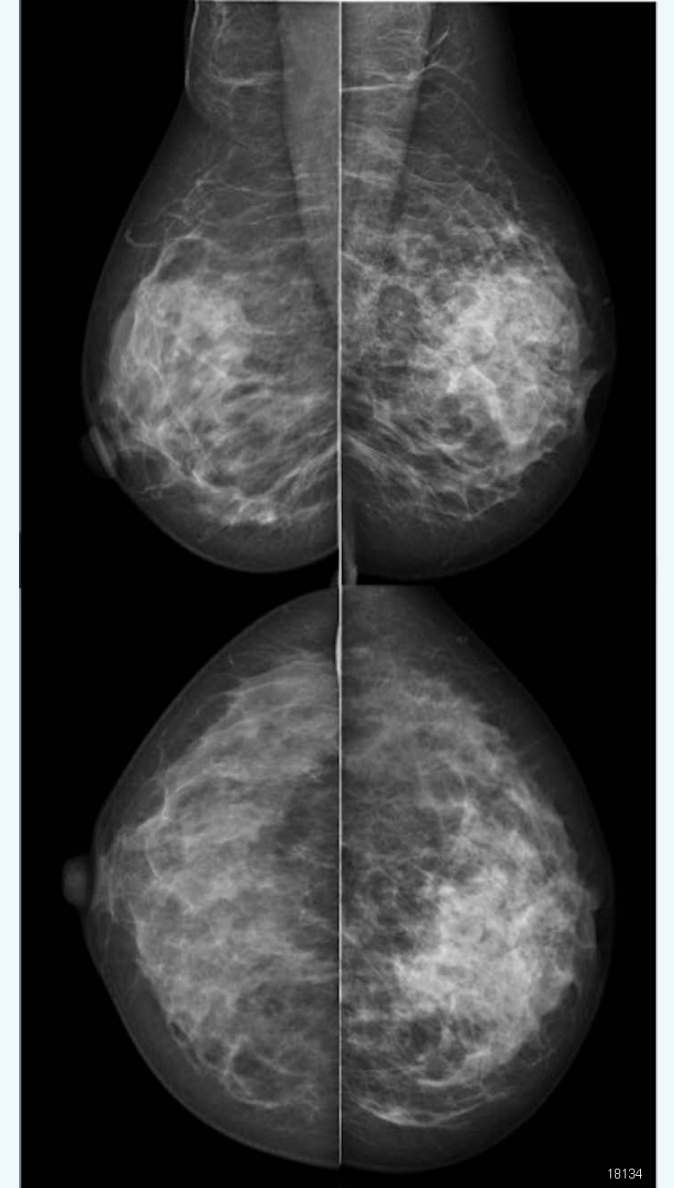
300027 GINECOLOGÍA Fácil 88% 18133

Solución: 3

En el TC observamos gran cantidad de líquido libre abdominal (perihepático, periesplénico y en abdomen) así como una tumoración sólido-quística abdominal. Dentro de los marcadores tumorales se pueden detectar niveles séricos elevados de Ca125 en el 50 % de las pacientes con cáncer de ovario en estadio I y en el 80-90 % de los estadios III-IV. En estadios iniciales la sensibilidad es baja y la especificidad también (75%), puesto que puede resultar elevado ante otros cánceres, como endometrio, cérvix o incluso pulmón, o enfermedades benignas (endometriosis) (respuesta 4 incorrecta). La ecografía transvaginal es la técnica de imagen ideal y de primera línea para el diagnóstico de las masas anexiales. La mejor estrategia es la realización de la ecografía por un ecografista experimentado siguiendo los criterios IOTA, entre los que destacan como criterios de malignidad la coexistencia de áreas sólido-quísticas en el tumor, bordes mal definidos y ascitis. El TC resulta especialmente útil en caso de estadio supuestamente avanzado, puesto que permite investigar la posibilidad de diseminación de la enfermedad fuera de la pelvis (implantes peritoneales, nódulos de epiploon), afectación del retroperitoneo (ganglionar) e incluso puede resultar útil en la evaluación de la resecabilidad quirúrgica. La diseminación mediante carcinomatosis peritoneal es típica del cáncer de ovario-trompa-peritoneo (respuesta 3 correcta, respuestas 1 y 2 incorrectas).



Pregunta 11202: (28) Pregunta vinculada a la imagen nº28. Mujer de 29 años, puérpera, que consulta por fiebre, dolor, eritema, calor e hinchazón de la mama izquierda. Se realiza una mamografía bilateral con proyecciones oblicua-medio-lateral y craneocaudal (imagen) y se completa con una ecografía. ¿Cuál es la actitud a seguir?



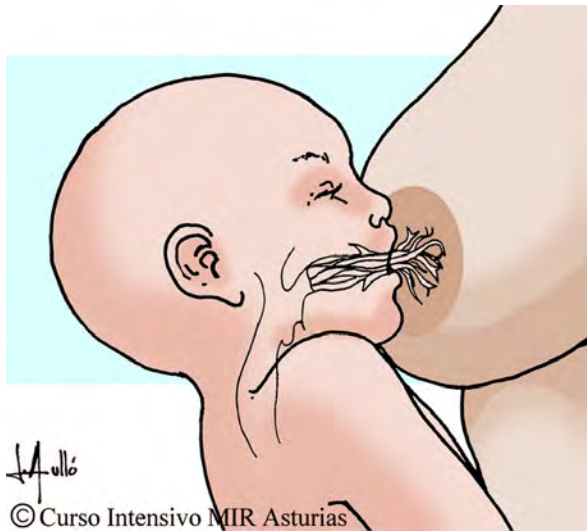
- 1. Realizar una mamografía de control a los 6 meses.
- 2. Tratamiento antibiótico y seguimiento clínico.
- 3. Resonancia magnética y punción aspiración con aguja fina.
- 4. Biopsia con aguja gruesa por sospecha de malignidad.

300028 GINECOLOGÍA Fácil 66% 18134

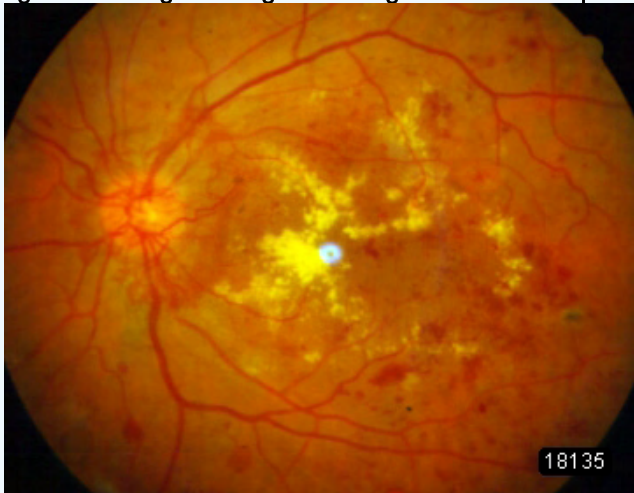
Solución: 2

La producción de leche para el alimento de sus crías es el objetivo principal de la glándula mamaria presente en todos los mamíferos. Nos presentan a una mujer lactante con fiebre, dolor, eritema, calor e hinchazón mamaria. Ante este cuadro sospechamos una mastitis puerperal, cuadro que ocurre en una tercera parte de las mujeres. Suelen ser infecciosas (Staphylococcus aureus). Son colecciones de pus localizados en el tejido mamario que se desarrollan cuando una mastitis no responde al tratamiento antibiótico o éste ha sido inadecuado (observar la imagen irregular presente dentro de la mama en la mamografía). El diagnóstico se hace mediante ecografía, visualizando una colección de pared gruesa con contenido hipoeicoico en su interior, a veces heterogéneo. El cultivo de la leche de ambas mamas es una herramienta que debe ser utilizada siempre, con el conteo de la concentración bacteriana, que junto al antibiograma nos permitirá un tratamiento antibiótico más eficaz. El seguimiento en los abscesos puerperales, que tienen en general buena evolución, puede ser clínico, a no ser que haya una respuesta incompleta al tratamiento, repitiendo la

ecografía en este caso. En abscesos no puerperales se recomienda control ecográfico así como una mamografía tras la resolución del cuadro en pacientes de 35-40 años. En los casos con mala respuesta clínica estará indicada la realización de mamografía y BAG bajo guía ecográfica.



Pregunta 11203: (29) Pregunta vinculada a la imagen nº29. Hombre de 68 años, con factores de riesgo cardiovascular y operado de cataratas en el año 2010, que acude a consulta oftalmológica por pérdida progresiva de agudeza visual. ¿Qué diagnóstico le sugiere la siguiente imagen de fondo de ojo?



- 1. Retinopatía diabética proliferativa.
- 2. Cristalino luxado a cámara vítrea.
- 3. Obstrucción de arteria central de la retina.
- 4. Coriorretinopatía serosa central.

300029 OFTALMOLOGÍA Normal 34% 18135

Solución: 1

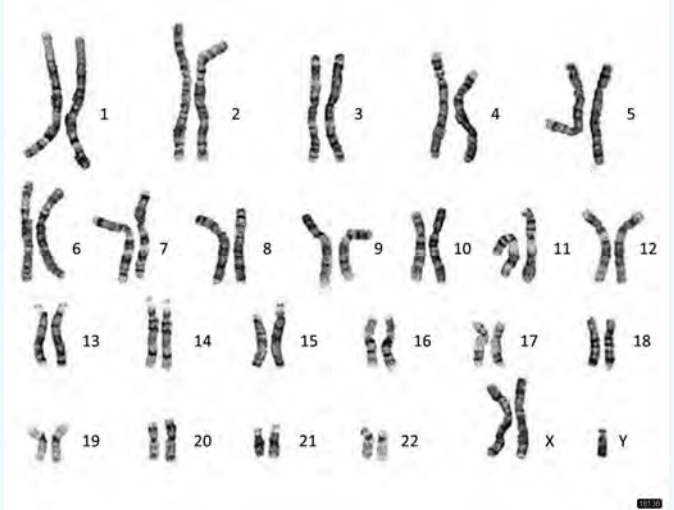
La imagen muestra gran cantidad de exudados y hemorragias dispersas en polo posterior, junto a una red de vasos superficiales alrededor de la papila que corresponde a la presencia de neovasos. Todo esto es compatible con una **retinopatía diabética proliferativa** (respuesta 1 correcta).

El paciente ya ha sido operado de cataratas previamente por lo que queda descartada la opción del **cristalino luxado a vítreo** (respuesta 2 incorrecta).

Los cuadros con **obstrucción de la arteria central de la retina** presentan una pérdida brusca de la agudeza visual asociado a una retina pálida con la posibilidad de presentarse la imagen característica "rojo cereza", por lo que queda totalmente descartada esta opción (respuesta 3 incorrecta).

En una **coriorretinopatía serosa central** es difícil apreciar patología por exploración fundoscópica, siendo necesario recurrir a otras técnicas diagnósticas en las que se aprecia una elevación o engrosamiento del área macular sin la presencia de exudados ni hemorragias como el caso que nos describen (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta 11204: (30) Pregunta vinculada a la imagen nº30. Atendiendo al siguiente cariotipo, ¿cuál es el diagnóstico más probable?



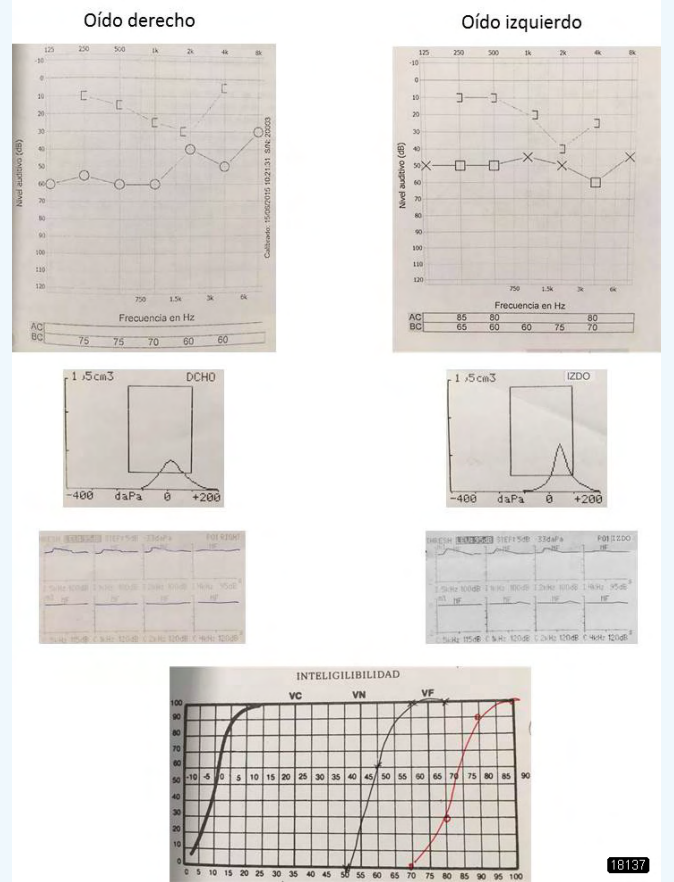
- 1. Síndrome de Turner.
- 2. Síndrome de Klinefelter.
- 3. Síndrome del maullido de gato.
- 4. Síndrome de Down.

300030 GENÉTICA Normal 68% 18136

Solución: 2

La imagen es un cariotipo que corresponde a un paciente con **síndrome de Klinefelter** dado que se confirma la agregación de 1 cromosoma X extra, cariotipo 47 XXY (respuesta 2 correcta).

Pregunta 11205: (31) Pregunta vinculada a la imagen nº31. Una mujer de 62 años acude a la consulta de ORL a instancias de su familia porque dicen que no oye bien. La otoscopia es normal y se realizan las pruebas audiológicas que se muestran en la imagen (audiometría tonal, timpanometría, reflejo estapedial y audiometría verbal). ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

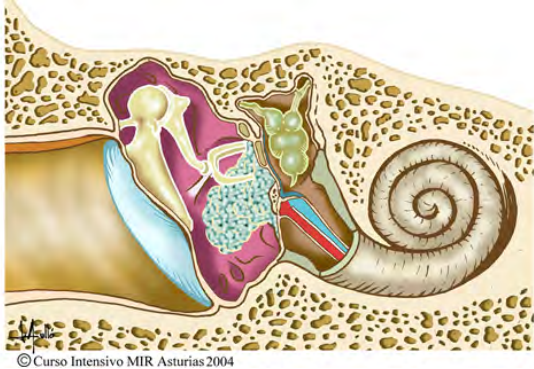


- 1. Otitis serosa bilateral.
- 2. Presbiacusia.
- 3. Otoesclerosis bilateral.
- 4. Hipoacusia mixta de causa neurológica.

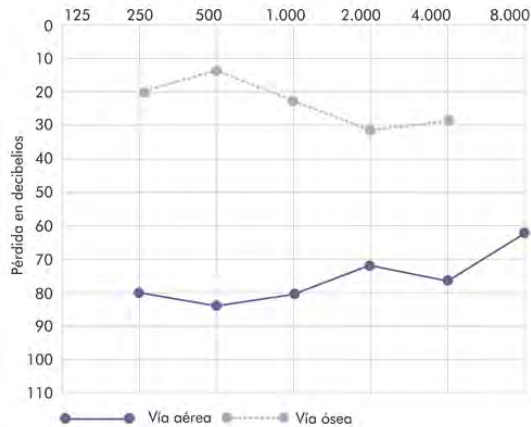
300031 OTORRINOLARINGOLOGÍA Difícil 22% 18137

Solución: 3

En esta pregunta nos describen una mujer con hipoacusia de transmisión bilateral que tiene una otoscopia normal, por lo que debemos sospechar que padezca **otosclerosis** (respuesta 3 correcta).



En la audiometría tonal (las dos gráficas superiores de la imagen) existe una diferencia entre la vía ósea (que son las líneas superiores), y la aérea (que son las dos más inferiores), o GAP auditivo, compatible con hipoacusia de transmisión.



Hipoacusia de transmisión. Está afectada la vía aérea. Existe unGAP entre la audición por vía ósea (normal) y la audición por vía aérea(descendida)

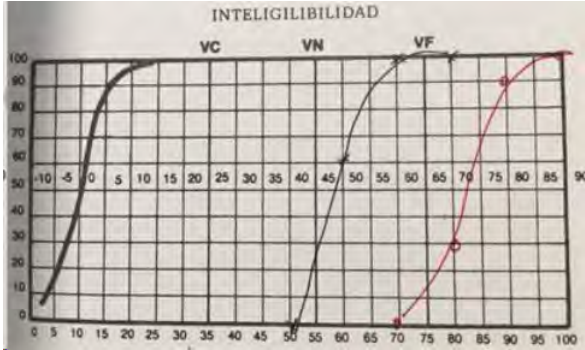
Además, en la frecuencia de 2000 Hz (en las dos imágenes superiores, figura como 2k), hay una caída de la vía ósea que aproxima las curvas aérea y ósea desapareciendo casi totalmente el GAP a esa frecuencia. Este signo se denomina escotoma de Carhart y es típico de la otosclerosis.



En las dos imágenes de la tercera fila que hay ausencia del reflejo estapedial por fijación del estribo en la ventana oval por la otosclerosis.



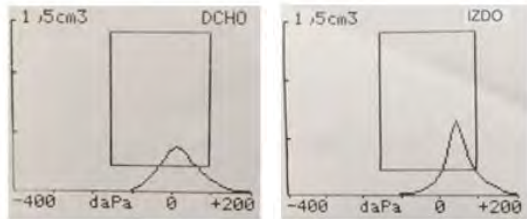
En la cuarta fila de la imagen se presenta un audiograma verbal con disminución de la inteligibilidad en los dos oídos, pero con reconocimiento del 100% de las palabras a altas intensidades.



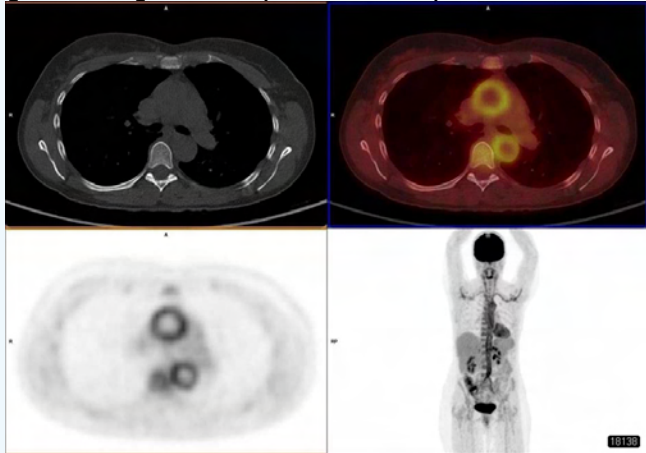
La edad de la paciente podría hacernos pensar en **presbiacusia**, aunque este diagnóstico se descarta porque la hipoacusia en esta paciente es **transmisiva** o de **conducción** (otosclerosis), **NO** de percepción (como en la presbiacusia) (respuesta 2 incorrecta).

Podemos descartar también la **hipoacusia mixta de origen neurológico**. La hipoacusia de etiología neurológica debería ser perceptiva y **NO** transmisiva (respuesta 4 incorrecta), y la hipoacusia de la imagen es de tipo **transmisivo**, **NO** mixto.

El **timpanograma NO** es plano (las dos imágenes de la segunda fila), es decir, **NO** es compatible con una **otitis serosa** (moco en la caja timpánica) (respuesta 1 incorrecta).



Pregunta 11206: (32) Pregunta vinculada a la imagen nº32. Mujer de 53 años derivada desde atención primaria a consultas de medicina interna para estudio de fiebre de origen desconocido y cuadro constitucional. No se asocia ninguna otra sintomatología. En los estudios analíticos se observa anemia normocítica con aumento de PCR (148 mg/L). Se realiza una amplia batería de pruebas (que incluye hemocultivos, serologías, estudios de autoinmunidad, biopsia de arteria temporal, ecocardiograma transtorácico, ecografía abdominal y gammagrafía con galio) que no resultan diagnósticas. Se decide realizar la prueba que se aporta (imagen), ¿Cuál de los siguientes diagnósticos le parece **MENOS** probable?



- 1. Enfermedad por Ig G4.
- 2. Enfermedad de Takayasu.
- 3. Arteritis de la arteria temporal.
- 4. Tromboangeitis obliterante.

300032 C. VASCULAR Normal 37% 18138

Solución: 4

En la ilustración podemos apreciar varias imágenes de PET-TAC con un aumento de actividad metabólica en la pared aórtica indicando un aumento de metabolismo y crecimiento celular en dicha región. Estos hallazgos hacen el diagnóstico probable de **aortitis o vasculitis de gran calibre**.

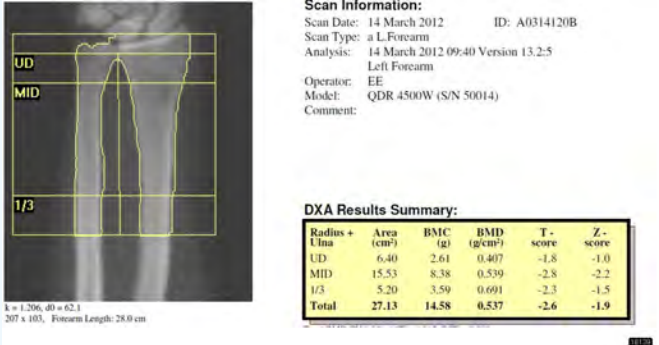
La **tromboangeitis obliterante o enfermedad de Buerger** (respuesta 4 correcta) es una enfermedad vascular inflamatoria oclusiva que afecta a las **arterias de mediano y pequeño calibre** y a las venas de las partes distales de las extremidades superiores e inferiores. Rara vez son afectados los vasos cerebrales, viscerales y coronarios.

La **enfermedad por IgG4** (respuesta 1 incorrecta) es una condición fibroinflamatoria que se caracteriza por tendencia a desarrollar lesiones tumefactas. Las manifestaciones clínicas de esta patología son variables y aún se siguen definiendo. Los órganos que se ven afectados con mayor frecuencia son el árbol biliar, las glándulas salivales, los tejidos periorbitales, los riñones, los pulmones, los ganglios linfáticos y el retroperitoneo. Entre las afectaciones aórticas destacan: hallazgo asintomático en los estudios radiológicos, hallazgo casual durante una cirugía aórtica electiva, disección aórtica, **aortitis linfoplasmocítica de la aorta torácica o abdominal**, periaortitis y periarteritis y aneurismas abdominales inflamatorios.

La **enfermedad de Takayasu** (respuesta 2 incorrecta) es una enfermedad inflamatoria y estenosante de las arterias de mediano y grueso calibre que muestra **gran predilección por el cayado aórtico y sus ramas**. Por este motivo también se le conoce como síndrome del **cayado aórtico**.

La **arteritis de la arteria temporal, arteritis de células gigantes o enfermedad de Horton** (respuesta 3 incorrecta) cursa con inflamación de arterias de mediano y gran calibre. Se extiende de manera característica hasta una o más ramas de la arteria carótida, especialmente la arteria temporal. Sin embargo, es una enfermedad multiorgánica **que afecta a arterias en múltiples sitios, sobre todo la aorta y sus principales ramas**.

Pregunta 11207: (33) Pregunta vinculada a la imagen nº33. A una mujer postmenopáusica en tratamiento con suplementos de calcio y vitamina D se le realiza la siguiente prueba diagnóstica. Señale la actitud más correcta:



- 1. La prueba es normal, suspender calcio y vitamina D.
- 2. Mantener tratamiento con calcio y vitamina D.
- 3. Recomendar añadir fármacos antirresortivos.
- 4. Iniciar tratamiento con teriparatide.

300033 REUMATOLOGÍA Normal 54% 18139

ANULADA

En la imagen adjunta podemos apreciar los resultados procedentes de una **densitometría ósea (DMO)**, técnica de elección en el estudio de osteoporosis. La DMO es una técnica no invasiva de medición de la densidad ósea y, aunque el término engloba varios métodos, en la práctica hace referencia a la determinación de dicha densidad ósea a través de la absorciometría de rayos X de doble energía. De forma general, la DMO se suele realizar a nivel lumbar y/o femoral, **aunque se puede realizar en el antebrazo distal (radio 33% o radio 1/3)** en pacientes que sobrepasan los 130kg, escoliosis y artrosis de

columna, prótesis de columna, secuelas quirúrgicas o imposibilidad del paciente para posicionarse en la camilla. Dentro de las medidas generales del tratamiento de la osteoporosis se incluye un adecuado aporte de **calcio y vitamina D**, ya que disminuyen el riesgo de fractura y el riesgo de caídas. **Se considera criterio para la instauración de tratamiento farmacológico la presencia de un valor densitométrico inferior a -2.5T** (Tscore -2.6 en imagen 33) o la presencia de fracturas para las que se haya confirmado su naturaleza osteoporótica. Los **fármacos antirresortivos** o bifosfonatos constituyen en general la **primera línea de tratamiento**.

Pregunta 11208: (34) Pregunta vinculada a la imagen nº34. Mujer de 78 años, con antecedentes de cardiopatía isquémica, diabetes mellitus, dislipemia y osteoporosis, que acude a urgencias por traumatismo sobre muñeca izquierda. El estudio radiológico inicial se muestra en la imagen A. Tras reducción ortopédica de la fractura e inmovilización con escayola antebraquial, el control radiológico es el que se muestra en la imagen B. ¿Cuál de las siguientes considera que es la actitud más adecuada a seguir tras este control radiológico?



- 1. Dado que se trata de una fractura extrarticular, se considera una fractura estable. Se mantendría la inmovilización durante 2 semanas y a partir de entonces se iniciará programa de ejercicios activos de flexo-extensión y prono-supinación.
- 2. Dado que la reducción lograda es óptima, se recomienda control radiológico a los 10-15 días y en caso de no observarse desplazamiento secundario de la fractura, se mantendrá la inmovilización un total de 6 semanas.
- 3. La fractura de estiloides cubital determina la existencia de una inestabilidad radiocubital distal, que exige su reparación quirúrgica en un segundo tiempo. En el mismo acto quirúrgico se debe realizar la osteosíntesis del radio con placa atornillada.
- 4. Dada la osteoporosis de la paciente, la probabilidad de desplazamiento de la fractura es muy elevada. El tratamiento más recomendable es quirúrgico de entrada, con colocación de fijador externo asociado a fijación interna con placa atornillada.

300034 TRAUMATOLOGÍA Normal 41% 18140

Solución: 2

En la radiografía A se ve una **fractura de Colles** (fractura distal de radio con desplazamiento dorsal) asociado a una fractura de estiloides cubital. Esta fractura es inicialmente de tratamiento ortopédico: reducción e inmovilización (flexión, pronación, inclinación cubital). Se realiza una radiografía de control (B) donde se aprecia una reducción óptima; por consiguiente, se continúa con tratamiento ortopédico con controles radiológicos (por si hubiese un desplazamiento secundario) con inmovilización durante 6 semanas (respuesta 2 correcta). Una inmovilización durante 2 semanas es claramente

insuficiente (respuesta 1 incorrecta). El tratamiento quirúrgico se indica si no se reduce la fractura o/y si la fractura es muy conminuta (respuesta 4 incorrecta). La fractura de apófisis cubital es habitualmente de tratamiento conservador (respuesta 3 incorrecta).

Pregunta 11209: (35) Pregunta vinculada a la imagen nº35. Está de guardia en planta de medicina y le avisan para comprobar si la sonda nasogástrica (SNG) se encuentra situada correctamente antes de iniciar una nutrición enteral. Tras examinar la radiografía de tórax (imagen), ¿cuál debe ser la actitud a seguir?



- 1. Retirar la SNG y volverla a introducir.
- 2. Conectar una jeringa a la sonda e insuflar 10-20 cc de aire mientras escucho ruidos en el estómago con el fonendoscopio.
- 3. Iniciar la nutrición enteral ya que la SNG está en posición correcta.
- 4. Progresar la SNG cuatro centímetros más.

300035 ENDOCRINOLOGÍA Fácil 92% 18141

Solución: 1

Nos exponen una radiografía de tórax donde se observa una **SNG con mala colocación**, ya que se visualiza en el pulmón derecho, por lo que habrá que sacarla y volver a introducir correctamente en vía digestiva (respuesta 1 correcta), ya que en esa posición que muestra la Rx no es posible iniciar nutrición enteral por el claro **riesgo de broncoaspiración** (respuesta 3 incorrecta).

El progresar o introducir más centímetros la SNG, empeoraría la situación y **no sería útil para la alimentación del paciente** (respuesta 4 incorrecta).

La **insuflación de aire** mientras se escuchan ruidos en el estómago con el fonendoscopio, sería la **comprobación del funcionamiento de la SNG**, una vez bien colocada en vía digestiva, que no es el caso que nos muestran en la Rx (respuesta 2 incorrecta).

Pregunta 11210: (36) Al introducir un drenaje torácico por el tercer espacio intercostal-línea media clavicular como tratamiento del neumotórax espontáneo, ¿qué estructuras atravesará para conseguir la reexpansión pulmonar?

- 1. Piel - tejido subcutáneo-músculo dorsal ancho - musculatura intercostal-pleura visceral.
- 2. Piel - tejido subcutáneo - músculo serrato lateral - musculatura intercostal - pleura parietal.
- 3. Piel - tejido subcutáneo - musculatura pectoral - musculatura intercostal - pleura parietal.
- 4. Piel - tejido subcutáneo - músculo infraespinoso - musculatura intercostal - pleura parietal.

300036 ANATOMÍA Normal 64%

Solución: 3

Un dato importante en esta pregunta es que el drenaje se colocará en la línea media clavicular. Por este motivo no atravesará el músculo dorsal ancho (que va de la región lumbar al húmero) ni el músculo infraespinoso (de la escápula al húmero y la articulación del hombro) (respuestas 1 y 4 incorrectas). En los principales tratados de Anatomía se describen tres serratos: anterior o mayor, posterosuperior y posteroinferior. El serrato mayor o anterior va de la escápula a las costillas. El serrato menor posterosuperior va desde las apófisis espinosas de las vértebras C7-D3 hasta las costillas 2ª – 5ª. El Serrato menor posteroinferior va de las espinosas de las últimas vértebras dorsales y primeras lumbares hasta el borde inferior de las cuatro últimas costillas. Curiosamente, los tratados clásicos (Rouvière, Testut, Sobotta, Gray, Netter), no mencionan el serrato lateral. No obstante, Carlos Silóniz Ortiz lo menciona como sinónimo del serrato mayor o anterior en sus Principios de Anatomía de 1871. Es serrato lateral es muy posterior para que se atravesase con la maniobra descrita (respuesta 2 incorrecta). Los músculos perforados son el pectoral y los intercostales (respuesta 3 correcta).

Pregunta 11211: (37) Las ramas del nervio vago entran a la cavidad abdominal a través del:

- 1. Ligamento arqueado lateral.
- 2. Hiato esofágico.
- 3. Orificio de la vena cava inferior.
- 4. Hiato aórtico.

300037 ANATOMÍA Fácil 71%

Solución: 2

El nervio vago (X par craneal), que desciende por la vaina carotídea a cada lado del cuello se unen en el mediastino formando el plexo esofágico, que emite luego los troncos vagales anterior y posterior, que entran en el abdomen por el hiato esofágico hasta el diafragma y el estómago (respuesta 2 correcta, 1, 3, y 4 incorrectas). El tronco vagal anterior da lugar a un ramo hepático y el posterior un ramo celiaco. Otros ramos del nervio son el faríngeo, el laríngeo superior, las ramas cardíacas cervicales, y la rama laríngea recurrente.

Pregunta 11212: (38) Mujer de 28 años con adenopatías cervicales dolorosas y fiebre. En la biopsia-cilindro de uno de los ganglios se observa una población muy proliferativa de linfocitos grandes CD8+, sugiriéndose la posibilidad de un linfoma T. El estudio de clonalidad de la biopsia fue negativo. Ante esta discordancia se extirpa un ganglio completo en el que, además de áreas como las previamente descritas, observamos otras de necrosis con numerosos histiocitos con núcleo en semiluna y abundante cariorrexis y rodeadas por células dendríticas plasmocitoides. No hay neutrófilos, eosinófilos ni células plasmáticas. Sigue siendo policlonal. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

- 1. Enfermedad de Kimura.
- 2. Enfermedad de Castleman.
- 3. Enfermedad de Rosai-Dorfman.
- 4. Enfermedad de Kikuchi-Fujimoto.

300038 ANATOMÍA PATOLÓGICA Difícil -13%

Solución: 4

Pregunta muy compleja dado que, como en otras preguntas de MIR de los últimos años, se opta por describir el aspecto histopatológico de una enfermedad de Kikuchi-Fujimoto. Reconozco que cuando tuve que contestar esta pregunta la descripción me fue suficiente para ello: “necrosis con numerosos histiocitos con núcleo en semiluna y abundante cariorrexis” esta descripción está tomada -literalmente- de un libro de Anatomía Patológica en la que se describe esta entidad. El resto de las opciones no presentan el cuadro histológico del enunciado. Es interesante destacar que acorde con el enunciado de ausencia de clonalidad, todas las opciones son procesos no clonales/no linfomatosos, lo que hace la pregunta aún más difícil.

Pregunta 11213: (39) Desde el punto de vista anatomopatológico, un granuloma es:

- 1. Un agregado de histiocitos.
- 2. Un agregado de linfocitos.

3. Un agregado de células plasmáticas.
4. Sinónimo de tejido de granulación.

300039 ANATOMÍA PATOLÓGICA **Normal** **23%**

Solución: 1

La estructura histopatológica de un granuloma es una pregunta que en los exámenes de Anatomía Patológica de la Universidad del País Vasco ponemos muy frecuentemente. Los granulomas y el tejido de granulación NO TIENEN NADA QUE VER entre sí. El colega que ha puesto la pregunta es “un viejo zorro” que se las sabe todas y que juega a confundir al aspirante a MIR. Un granuloma está formado por agregados de histiocitos activados y que por su morfología en ocasiones se les denomina células epitelioides ya que parecen epiteliales (aunque no lo son) también pueden aparecer linfocitos y células plasmática, pero por definición no son las células esenciales en una respuesta granulomatosa. El tejido de granulación, sin embargo, es una respuesta de carácter cicatricial o reparador formada por una gran cantidad de vasos capilares de paredes engrosadas; ante cualquier defecto en un epitelio de revestimiento (un corte en la piel o una quemadura...) aparece una escara fibrino-leucocitaria y un tejido de granulación reparativo.

Pregunta 11214: (40) ¿Por qué razón el ácido acetilsalicílico a dosis bajas (< 325 mg) tiene mayor efecto antiagregante plaquetario que la mayoría de los otros AINEs?:

1. Porque es inhibidor selectivo de la COX-1.
2. Porque es un inhibidor irreversible.
3. Porque da lugar a su metabolito, el ácido salicílico, que tiene una semivida en plasma muy prolongada.
4. Porque inhibe la tromboxano sintetasa.

300040 FARMACOLOGÍA **Normal** **58%**

Solución: 2

La aspirina o ácido acetyl-salicílico tiene propiedades antiagregantes por ser un inhibidor irreversible de la COX (respuesta 2 correcta). NO es un inhibidor selectivo de la COX-1, su actividad sobre COX-2 explica parte de sus efectos adversos (repuesta 1 incorrecta). La COX-1 de las plaquetas genera el tromboxano A2, un potente vasoconstrictor y agonista de las plaquetas. Al inhibir la COX-1 se produce menos Tromboxano A2 pero la aspirina no es un inhibidor de la tromboxano sintetasa (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta 11215: (41) Hombre de 65 años con cardiopatía isquémica y estenosis aórtica reumática, por lo que recibe betabloqueantes, antiagregantes y estatinas. Comienza con un cuadro de fiebre y modificación de las cualidades del soplo aórtico por lo que se sospecha endocarditis. Se extraen hemocultivos en los que crece Staphylococcus aureus meticilin resistente por lo que recibe tratamiento antibiótico. En una analítica de control se constata importante elevación de CPK. ¿Cuál cree que es el antibiótico con el que se ha tratado?

1. Daptomicina.
2. Dalfopristina.
3. Linezolid.
4. Cloxacilina.

300041 FARMACOLOGÍA **Normal** **54%**

Solución: 1

Durante la terapia con Daptomicina se han observado incrementos de los niveles de la creatina fosfoquinasa en el plasma (CPK) asociados con mialgias y excepcionalmente rabdomiolisis. Por esto, los niveles de CPK deben ser monitorizados antes y durante el tratamiento con Daptomicina (respuesta 1 correcta).

Pregunta 11216: (42) Las siguientes asociaciones de fármaco y reacción tipo A (consecuencia del efecto farmacológico) son ciertas EXCEPTO una, señálala:

1. Clozapina y agranulocitosis.
2. Morfina y depresión respiratoria.
3. Ibuprofeno y hemorragia gastrointestinal.
4. Ciclofosfamida y neutropenia.

300042 FARMACOLOGÍA **Normal** **3%**

Solución: 1

Según la clasificación de Park and Coleman, las reacciones adversas se clasifican en:

- **Tipo A:** Relacionadas con la dosis.
- **Tipo B:** No relacionadas con la dosis.
- **Tipo C:** Consecuencia de tratamientos prolongados como por ejemplo discinesias con la dopamina, síndrome de abstinencia con los opiáceos, nefropatía por analgésicos, depósitos corneales por amiodarona...
- **Tipo D:** Demoradas en el tiempo: carcinogénesis y teratogénesis.

Las reacciones tipo A son consecuencia del efecto farmacológico o de la falta de especificidad del mismo siendo ejemplo de todas ellas las opciones enumeradas en respuesta 2-4 (respuestas 2-4 incorrectas). Las reacciones tipo B dependen de la genética particular del individuo que condiciona un riesgo de estas reacciones que, aunque poco frecuentes suelen ser graves e imprevisibles como la agranulocitosis por clozapina (respuesta 1 correcta).

TIPOS DE REACCIONES ADVERSAS		
	TIPO A	TIPO B
Predecible	SI	NO
Dep. dosis	SI	NO
Gravedad	↓	↑
Causa	Acción farmacológica	Genética del individuo
Frecuencia	↑	↓
Manejo	Bajar dosis	Retirar fármaco
Clases	Efecto colateral Efecto secundario	Reacción hipersensibilidad Reacción idiosincrásica

Pregunta 11217: (43) Tras una intervención quirúrgica, se administra al paciente codeína por vía oral para el control del dolor. Pocas horas después, presenta miosis, vértigo, somnolencia y respiración superficial. ¿Cuál de las siguientes opciones es la más plausible en este paciente?

1. Ha tomado zumo de pomelo.
2. Es un metabolizador ultralento del CYP3A4.
3. Carece de alelos funcionantes del locus CYP2D6.
4. Posee un fenotipo metabolizador ultra-rápido del CYP2D6.

300043 FARMACOLOGÍA **Normal** **40%**

Solución: 4

El CYP2D6 presenta una alta variabilidad fenotípica debida al polimorfismo genético. Podemos encontrar:

- **Metabolizador normal o extensivo:** La actividad enzimática es normal.
- **Metabolizador lento:** La actividad enzimática está muy disminuida o es inexistente.
- **Metabolizador intensivo o ultrarrápido:** la actividad es muy superior a la normal.

Algunos opioides como Codeína, Tramadol y Oxycodona así como otros fármacos usados en psiquiatría como tricíclicos y anti-psicóticos son sustratos de esta encima. En caso de fenotipo ultrarrápido, si el fármaco NO produce metabolitos activos tendríamos una situación de ineficacia con o sin efectos adversos dependiendo de la eventualidad toxicidad de los metabolitos. El uso de Codeína en pacientes que se sepa que son metabolizadores ultra-rápidos de CYP2D6 está contraindicado porque la codeína se metaboliza a morfina por CYP2D6 por lo que en esta situación nos enfrentaremos a toxicidad por exceso de eficacia de opioides incluyendo la típica miosis, respiración superficial y tendencia al sueño (respuesta 4 correcta).

Pregunta 11218: (44) En los ancianos se producen cambios en la sensibilidad a los efectos de diversos fármacos, cambios que deben tenerse en cuenta para evitar la aparición de efectos adversos en esta población especialmente susceptible. Indique cuál de los siguientes es INCORRECTO:

1. Aumenta la sensibilidad a los fármacos antimuscarínicos.
2. Aumenta la sensibilidad a los anticoagulantes orales anti vitamina K.
3. Aumentan los efectos de los barbitúricos en el sistema nervioso central.
4. Disminuye el efecto de los diuréticos

300044 FARMACOLOGÍA Normal 48%

Solución: 4

En los ancianos, los efectos de concentraciones de fármacos similares en el sitio de acción (sensibilidad) pueden ser mayores o menores que los observados en personas jóvenes. Estas diferencias pueden ser explicadas por uno o varios de estos factores: cambios en interacción fármaco-receptor, cambios en transducción de señal, mecanismos de adaptación. Los ancianos son muy sensibles a fármacos anticolinérgicos (respuesta 1 incorrecta), anticoagulantes orales (respuesta 2 incorrecta), fármacos que actúan al nivel del SNC y para dolor (respuesta 3 incorrecta) y sistema vasculo-renal (respuesta 4 correcta).

Pregunta 11219: (45) Elija la propuesta correcta sobre la ubiquitina:

- 1. Es un derivado de los esfingolípidos que interviene en el recambio de las membranas.
- 2. Es un tripéptido con acción antioxidante.
- 3. Es una proteína de pequeño tamaño que interviene en la degradación proteica.
- 4. Es un coactivador de la transcripción de diferentes genes.

300045 BIOQUÍMICA Normal 41%

Solución: 3

La regulación de muchos procesos celulares requiere de la destrucción de determinadas proteínas en momentos concretos. La ubiquitina, presente en todos los tipos celulares, se une covalentemente a la proteína que se quiere degradar mediante la participación de diferentes enzimas. Este primer enlace promueve la adhesión de muchas más moléculas de ubiquitina. Las proteínas poliubiquitinizadas están marcadas para ser destruidas posteriormente por el proteosoma, una especie de papelera celular (respuesta 3 correcta, respuestas 1, 2 y 4 incorrectas). La proteólisis mediada por ubiquitinación es esencial para la regulación del ciclo celular y la destrucción de proteínas anómalas. De hecho, las alteraciones de la ubiquitinación están implicadas en la formación de neoplasias y enfermedades neurodegenerativas (Parkinson, Alzheimer), así como en la etiopatogenia del síndrome de Liddle (mutación del canal de sodio sensible a amiloride [ENaC] que impide que sea degradado por este sistema). En situaciones normales (con concentraciones adecuadas de O_2), el factor inducido por la hipoxia (HIF) debe ser poliubiquitinizado y degradado en el proteosoma con la participación de la proteína von Hippel-Lindau. Las mutaciones con pérdidas de función de VHL (síndrome de VHL) condicionan una incapacidad para degradar el HIF y sus efectos, con la consecuente formación de tumores muy vascularizados y productores de EPO (retinoblastoma, carcinoma de células renales, hemangioblastoma cerebeloso...). El glutatión en estado reducido es un tripéptido con capacidad para eliminar especies reactivas de oxígeno. El mantenimiento del glutatión en estado reducido depende de la presencia de NADPH.

Se comentan dos situaciones clínicas importantes relacionadas:

- 1. La deficiencia de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa (favismo) implica una disminución del aporte de NADPH para el mantenimiento del glutatión en estado reducido, lo que impide que los eritrocitos puedan defenderse en situaciones de estrés oxidativo.
- 2. En la intoxicación por paracetamol, de forma muy resumida, se acumulan determinados metabolitos oxidantes que disminuyen las reservas de glutatión reducido con la consecuente necrosis de hepatocitos, de ahí que se use N-acetilcisteína, precursor del glutatión, para reducir el daño hepático. Los dos coactivadores de la transcripción más importante lo constituyen el complejo TFIID y mediator.

Pregunta 11220: (46) Cuando aumenta la frecuencia cardiaca, la fase del ciclo cardiaco cuya duración se reduce proporcionalmente más es la:

- 1. Fase de sístole auricular.
- 2. Fase de sístole isovolumétrica.
- 3. Fase de llenado rápido.
- 4. Fase de llenado lento o diástasis.

300046 FISIOLOGÍA Fácil 71%

Solución: 4

Cuanto aumenta la frecuencia cardiaca se incrementa el gasto cardiaco hasta un punto que frecuencias muy elevadas (alrededor de 180lpm) hacen que se reduzca el tiempo de diástole, en concreto la fase de llenado lento o diástasis (respuesta 4 correcta), la fase de llenado rápida siempre es rápida y de duración similar porque se produce al abrirse la válvula auriculo-ventricular y el paso rápido de sangre de la aurícula al ventrículo.

Pregunta 11221: (47) ¿Cuántas kcal supone en el organismo la metabolización de un gramo de grasa?:

- 1. 2 kcal.
- 2. 4 kcal.
- 3. 9 kcal.
- 4. 20 kcal.

300047 FISIOLOGÍA Normal 64%

Solución: 3

Los glúcidos, pese a no conformar el principio inmediato más calórico, constituyen la principal fuente energética del organismo (60% de las calorías en un individuo sedentario). La energía producida de su catabolismo es de 4 kcal por gramo. Los lípidos, entre otras funciones, conforman una reserva energética muy importante para el organismo en periodos de ayuno. La energía producida de su catabolismo es de 9 kcal por gramo (respuesta 3 correcta). Las proteínas ejercen numerosas funciones en el organismo, de ahí de que su catabolismo para obtener energía suponga menos de un 15% del total de calorías consumidas. La energía producida por gramo de proteína es de 4 kcal.

Pregunta 11222: (48) En relación con el intercambio gaseoso, ¿cuál de los siguientes enunciados es FALSO?

- 1. En pacientes con espacio muerto aumentado la PCO_2 en el aire espirado medida al final de la espiración siempre es mayor que la $PACO_2$ (PCO_2 alveolar).
- 2. La relación normal entre espacio muerto fisiológico y volumen corriente es de aproximadamente un tercio.
- 3. La PAO_2 (PO_2 alveolar) debería ser siempre más alta que la PaO_2 (PO_2 arterial).
- 4. El porcentaje de oxihemoglobina, metahemoglobina y carboxihemoglobina nunca debe superar el 100%.

300048 FISIOLOGÍA Normal 56%

Solución: 1

El Espacio Muerto Fisiológico (EMF) comprende 150 mL. El Volumen Corriente (VC) mide, aproximadamente, unos 500 mL (algo más de 3 veces el EMF) (respuesta 2 correcta).

El intercambio gaseoso se realiza a favor de gradiente (es decir, que las moléculas atraviesan la membrana de intercambio desde el lugar en el que están más concentradas hacia el lado de menor concentración). Por eso, la presión de oxígeno en el alveolo (PAO_2) debe ser mayor que la presión arterial de O_2 (PaO_2) (respuesta 3 correcta).

Si la hemoglobina está unida a O_2 se denomina "oxihemoglobina". Si se une a CO, "carboxihemoglobina". Si lleva CO_2 , "hemoglobina reducida" y si lleva hierro oxidado (en estado férrico) será "metahemoglobina". Las moléculas de Hb no pueden estar en dos formas simultáneas (si es carboxi-Hb, no puede ser meta-Hb). Por eso, la suma de ellas no puede superar el 100% (respuesta 4 correcta).

La opción 1 contiene la palabra "SIEMPRE". Por técnicas de test, será falsa. Si el espacio muerto está aumentado, significa que existirá menos intercambio gaseoso. Normalmente, el CO_2 pasa del interior del organismo (que tiene una mayor concentración) hacia el alvéolo (que tiene menor concentración)-a favor de gradiente-. Si no hay intercambio gaseoso (aumento del espacio muerto), el aire exhalado será el mismo que entró (es decir, que la presión de CO_2 será similar a la del alveolo -en torno a 40 mmHg-). En condiciones normales (con espacio muerto normal, no aumentado), el aire exhalado contiene una concentración de CO_2 superior -en torno a 45 mmHg-; a la cantidad que entró desde el exterior (en torno a 40 mmHg) se le suma una pequeña parte procedente del interior del organismo (respuesta 1 incorrecta).

Pregunta 11223: (49) Una mujer portadora sana de mutación en CFTR planea tener descendencia y consulta sobre las probabilidades de tener un hijo con Fibrosis Quística. La tasa de portadores de mutación en CFTR en la población caucásica se estima en 1/30 (probabilidad de que su pareja sea también portador sano). ¿Cuál sería la probabilidad pretest (sin realizar ninguna prueba de laboratorio), de que la mujer tuviera un hijo con fibrosis quística si su pareja es de raza blanca?

- 1. 1/90.
- 2. 1/120.
- 3. 1/150.
- 4. 1/180.

300049 GENÉTICA Fácil 75%

Solución: 2

La fibrosis quística es una enfermedad de herencia autosómica recesiva.

Nos presentan un caso de cruce de un heterocigoto portador sano (Aa) con una persona de la que no se conoce el riesgo, es decir, con riesgo poblacional 1/30 de portar a.

El riesgo pretest de tener un descendiente afecto aa sería:

- riesgo de que se lo transmita la madre= 1/2 multiplicado por
 - riesgo de que se lo trasmita el padre, 1/2 x 1/30= 1/60
- Sería, por tanto, 1/2 x 1/60= 1/120 (respuesta 2 correcta).

Pregunta 11224: (50) Un hombre de 30 años (caso índice) afecto de atrofia óptica de Leber presenta la mutación 11778A en el genoma mitocondrial. En el consejo genético se le informará de los riesgos de transmisión de la enfermedad a su descendencia. ¿Qué información es la correcta?

- 1. El caso índice transmitirá la enfermedad a todos sus descendientes varones (herencia holándrica).
- 2. La enfermedad se transmitirá al 50% de los descendientes del caso índice con independencia de su sexo.
- 3. La enfermedad se transmitirá a todos los descendientes de sexo femenino pero a ningún varón.
- 4. Ningún descendiente heredará la enfermedad.

300050 GENÉTICA Fácil 85%

Solución: 4

La atrofia óptica de Leber es la enfermedad de herencia mitocondrial más característica. Este tipo de herencia, solo la transmiten las mujeres afectando a hombres y mujeres por lo que si la padece un hombre como en este caso, **ningún descendiente la heredará** (respuesta 4 correcta).

Pregunta 11225: (51) Con respecto al estudio genético de la Hemocromatosis Hereditaria tipo 1 (gen HFE), señalar la respuesta FALSA:

- 1. Es la prueba de elección en el cribado de la enfermedad.
- 2. Es útil en la evaluación de riesgo en familiares de individuos afectados.
- 3. El gen HFE está en el locus del Complejo Mayor de Histocompatibilidad (HLA) en el cromosoma 6, en humanos.
- 4. Las mutaciones C282Y y H63D en el gen HFE son muy prevalentes en la población caucásica.

300051 GENÉTICA Fácil 82%

Solución: 1

La hemocromatosis, enfermedad de herencia autosómica recesiva, se asocia con el **gen HFE en el locus de HLA-A6 en el cromosoma 6p** (respuesta 3 incorrecta) siendo la mutación más frecuente en población caucásica la C282Y y la variante, H63D (respuesta 4 incorrecta).

Para el cribado poblacional está indicado: **determinación de índice de saturación de transferrina y ferritina**. Si una de estas sale alterada se debe realizar el estudio genético (respuesta 1 correcta).

Para el cribado familiar, en familiares de 1º grado está indicado: **estudio genético** que establecerá el diagnóstico de confirmación (respuesta 2 incorrecta).

Pregunta 11226: (52) Señale la respuesta INCORRECTA respecto a los mecanismos de carcinogénesis en el cáncer colorrectal:

- 1. La presencia de una alteración en los mecanismos de reparación del ADN que afectan a las proteínas del sistema MMR (MissMatch Repair) da lugar a un exceso de mutaciones e inestabilidad de microsatélites. Esto ocurre en aproximadamente el 15% de los cánceres colorrectales esporádicos y en los asociados al síndrome de Lynch.
- 2. El cáncer colorrectal hereditario no polipósico se asocia a la presencia de mutaciones germinales en genes reparadores del ADN (MLH1, MLH2, MSH6, PMS2).
- 3. Las mutaciones germinales en el gen APC se asocian al cáncer colorrectal asociado a la poliposis hereditaria.
- 4. El cáncer colorrectal hereditario no polipósico se hereda con carácter autosómico recesivo.

300052 GENÉTICA Fácil 91%

Solución: 4

La presencia de **inestabilidad de microsatélites ocurre en un 15-10% de los cánceres de colon esporádicos y en los asociados a síndrome de Lynch** y ha cobrado gran interés en los últimos años por ser un predictor de respuesta a inmunoterapia y de escasa respuesta a quimioterapia (respuesta 1 incorrecta).

El cáncer colorrectal hereditario no polipósico o sd Lynch se asocia a la presencia de mutaciones germinales en genes reparadores del ADN (MLH1, MLH2, MSH6, PMS2) (respuesta 2 incorrecta).

Las mutaciones germinales en el gen APC se asocian al cáncer colorrectal asociado a poliposis hereditaria (respuesta 3 incorrecta).

El cáncer colorrectal hereditario no polipósico (sd Lynch) y el asociado a poliposis familiar se heredan con carácter **autosómico dominante** (respuesta 4 correcta).

Pregunta 11227: (53) ¿Cuál de las siguientes NO es una enfermedad por expansión de tripletes?

- 1. Enfermedad de Wilson.
- 2. Enfermedad de Huntington.
- 3. Distrofia miotónica de Steinert.
- 4. Temblor/ataxia asociado a X frágil.

300053 GENÉTICA Fácil 74%

Solución: 1

Las mutaciones dinámicas o expansión de tripletes se han preguntado varias veces en los últimos MIRes.

La expansión de tripletes se asocia con enfermedades en las que se afecta el sistema neuromuscular: corea de **Huntington**, distrofia miotónica de **Steinert**, **X frágil**, distrofia espinobulbar ligada al X (sd Kennedy), ataxia de Friedreich y espinocerebelosa.

Se asocia con un fenómeno de anticipación, en cada generación la secuencia repetida se altera más, se expande, y los síntomas aparecen antes.

La **enfermedad de Wilson** o degeneración hepatolenticular es una enfermedad de hereditaria autosómica recesiva infrecuente debida a la acumulación de cobre en los tejidos y que se manifiesta por síntomas neurológicos, catarata y patología hepática (respuesta 1 correcta).

Pregunta 11228: (54) Hombre de 24 años que acude a urgencias por disnea y disfagia. En la exploración se objetiva edema de glotis, PA de 119/72 mm de Hg, frecuencia cardiaca de 102 lpm, saturación de O2 91%. En la anamnesis, refiere haber comenzado hace unos 2 años con episodios autolimitados de angioedema no pruriginoso en extremidades. Su padre presenta episodios similares. Tras asegurar la vía aérea, el tratamiento más apropiado para este paciente en urgencias es:

- 1. Corticoides intravenosos.
- 2. Adrenalina 1/1000 subcutánea.
- 3. Icatibant o concentrado de C1 inhibidor intravenoso.
- 4. Omalizumab.

300054 INMUNOLOGÍA Fácil 66%

Solución: 3

La clínica de brotes de angioedema no pruriginoso ni urticarial con una base hereditaria orientan el diagnostico hacia un edema angioneurótico hereditario, enfermedad que se basa en un déficit de C1 inhibidor.

El tratamiento de primera línea de las crisis de edema angioneurótico, una vez asegurada la vía aérea de ser necesario, se basa bien en **C1 inhibidor purificado**, bien en antagonistas del receptor B2 de la bradikina como el **icatibant** (respuesta 3 correcta), o bien en inhibidores de la kaliceína. Reseñar que el tratamiento preventivo se basa en ácido tranexámico o danazol.

A diferencia de otros tipos de angioedema (como el alérgico) los **corticoides**, la **adrenalina** y los antihistamínicos no son fármacos indicados para su tratamiento (respuestas 1 y 2 incorrectas).

El **omalizumab** es un anticuerpo monoclonal humanizado dirigido frente a la IgE indicado para el tratamiento del asma alérgico severo persistente o la urticaria crónica idiopática (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta 11229: (55) Tras la presentación de un antígeno parasitario por una célula presentadora, los linfocitos TH2 producen preferentemente:

- 1. Interferón gamma e interleucina 12.
- 2. Interleucina 4 e interleucina 5.
- 3. Interleucina 17 e interleucina 22.
- 4. Interleucina 10 y transforming growth factor beta (TGF-beta).

300055 INMUNOLOGÍA Normal 52%

Solución: 2

La respuesta celular mediada por linfocitos T helper 2 se dirige fundamentalmente a la eliminación de parásitos como los helmintos, siendo sus principales citocinas la **IL-4** y la **IL-13** (que estimulan la respuesta humoral y producción de IgE) y la **IL-5** (que estimula los eosinófilos) (respuesta 2 correcta).

El **interferón gamma** es la principal citocina producida por los linfocitos TH1, siendo un potente activador macrofágico. A su vez, la **IL-12** es la principal citocina encargada de activar a dichos linfocitos TH1 (respuesta 1 incorrecta).

La **IL-17** y la **IL-22** son citocinas proinflamatorias producidas fundamentalmente por los linfocitos TH17 (respuesta 3 incorrecta).

La **IL-10** y el **TGF-Beta** son dos citoquinas antiinflamatorias producidas fundamentalmente por los linfocitos TH reguladores (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta 11230: (56) Niña de 12 meses de edad que tras recibir vacuna con BCG (Bacilo Calmette-Guerin) desarrolla una tuberculosis diseminada. ¿Cuál de estas inmunodeficiencias sospecha en primer lugar?

- 1. Agammaglobulinemia de Bruton.
- 2. Inmunodeficiencia común variable.
- 3. Deficiencia del receptor de interferon gamma (IFN-gamma RI, IFN-gamma RII).
- 4. Síndrome de Wiskott-Aldrich.

300056 INMUNOLOGÍA Normal 50%

Solución: 3

De las opciones que nos dan, la única que favorece exclusivamente las infecciones por micobacterias es la susceptibilidad mendeliana a enfermedades por micobacterias. Esta entidad es un síndrome de inmunodeficiencia causado habitualmente por deficiencias del **receptor de interferón gamma** (tipo 1 o tipo 2) que clínicamente se caracteriza por una elevada susceptibilidad para infecciones por micobacterias, incluso por algunas poco virulentas como el bacilo de Calmette-Guérin (utilizado para la vacunación frente a la tuberculosis) y micobacterias ambientales (respuesta 3 correcta).

La **agammaglobulinemia de Bruton** y la **inmunodeficiencia común variable** son dos inmunodeficiencias humorales, siendo su clínica característica infecciones por bacterias piogénicas encapsuladas (como *haemophilus* y *pneumococo*) en tracto respiratorio y ORL (respuestas 1 y 2 incorrectas). En la enfermedad de Bruton la clínica comienza a los 6-12 meses de vida, y en la inmunodeficiencia común variable en el adulto.

El síndrome de **Wiskott-Aldrich** es una inmunodeficiencia combinada severa, por lo que puede presentar infecciones precoces de todo tipo, asociándose característicamente a trombopenia y eczema (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta 11231: (57) Una niña de 2 años de edad está siendo estudiada por presentar dificultad para la cicatrización de heridas e infecciones de partes blandas bacterianas y fúngicas de repetición, sin formación de pus. Señale cuál de los siguientes diagnósticos considera correcto:

- 1. Deficiencia de adherencia leucocitaria.
- 2. Inmunodeficiencia común variable.
- 3. Deficiencia de mieloperoxidasa.
- 4. Enfermedad granulomatosa crónica.

300057 INMUNOLOGÍA Difícil 6%

Solución: 1

El tipo de infecciones de la paciente (bacterianas y fúngicas de partes blandas), pero sobre todo la mala cicatrización de heridas y la ausencia de pus orientan hacia un **déficit de adhesión leucocitaria** (respuesta 1 correcta). Esta enfermedad entra dentro de las disfunciones fagocíticas, caracterizándose por un fallo en las moléculas de adhesión leucocitaria (como las beta 2 integrinas) lo que impide la correcta extravasación y migración leucocitaria, dificultando su correcta llegada a los focos de infección y por ende la formación de pus y la correcta cicatrización de heridas.

El **déficit de mieloperoxidasa** y la **enfermedad granulomatosa crónica** son otros dos tipos de disfunciones fagocíticas. La primera suele ser asintomática, y la segunda se caracteriza por la formación de abscesos y granulomas (respuestas 3 y 4 incorrectas).

La **inmunodeficiencia común variable** en cambio es un déficit de la inmunidad humoral que cursa con infecciones respiratorias y ORL de repetición por bacterias piogénicas encapsuladas (respuesta 2 incorrecta).

Pregunta 11232: (58) En relación al inflammasoma, ¿cuál de las siguientes respuestas es FALSA?

- 1. Interviene en la activación de la caspasa 1.
- 2. Contiene receptores de tipo toll (TLR).
- 3. Interviene en la activación de interleucina-1.
- 4. Es una estructura citoplasmática.

300058 INMUNOLOGÍA Difícil 11%

Solución: 2

El inflammasoma es un complejo multiproteico situado en el **citósol celular** (respuesta 4 correcta) que interviene en la activación del sistema inmune innato. Para ello reconoce las señales de peligro, a través de distintos receptores de reconocimiento de patrones, siendo los fundamentales los receptores tipo NOD, no los **tipo toll** (respuesta 2 incorrecta) (recordemos además que los toll like receptores se localizan en la membrana, no en el citósol celular). Una vez detectada la señal de peligro el inflammasoma sufre unos complejos cambios proteicos que terminan con la activación de **caspasa 1** e **interleucina 1** (respuestas 1 y 3 correctas), lo que a su vez provocará inflamación y piroptosis (un tipo de muerte celular programada).

Pregunta 11233: (59) En la tinción de Gram del líquido cefalorraquídeo de un paciente inmunodeprimido con sospecha de meningitis, se observan abundantes células polimorfonucleares y escasos bacilos Gram positivos de pequeño tamaño. Indique el posible microorganismo responsable de la infección:

- 1. Neisseria meningitidis.
- 2. Haemophilus influenzae.
- 3. Streptococcus agalactiae.
- 4. Listeria monocytogenes.

300059 INFECCIOSAS Fácil 93%

Solución: 4

Ante todo paciente con cuadro de meningitis y antecedentes de inmunosupresión, debemos sospechar, entre otras causas, una meningitis por *Listeria monocytogenes*, que es un bacilo grampositivo de transmisión alimentaria cuyas principales manifestaciones clínicas son la bacteriemia y la meningitis.

La respuesta 1 (*Neisseria meningitidis*) es incorrecta, ya en la tinción de Gram hallaríamos diplococos gramnegativos, así como en la respuesta 2, *Haemophilus influenzae*, donde encontraríamos cocobacilos gramnegativos.

La respuesta 3 (*Streptococcus agalactiae*) también es falsa, ya que hallaríamos cocos grampositivos, que además de ocasionar cuadros de meningitis puede ser causa de otras manifestaciones clínicas como sepsis en el recién nacidos, endometritis y fiebre puerperal en la mujer, y diversas infecciones en ancianos y pacientes con enfermedades crónicas.

Pregunta 11234: (60) Cuando se realiza un antibiograma en caldo a una bacteria, ¿qué entendemos por concentración mínima inhibitoria o CMI?

- 1. Es aquella concentración mínima de antimicrobiano que inhibe el crecimiento del 50% del inóculo inicial bacteriano.
- 2. Es aquella concentración mínima de antimicrobiano que inhibe la proliferación (visual) en el caldo de crecimiento.
- 3. Es la concentración de bacterias que se inhiben con una dosis concreta de antibiótico.
- 4. Es la mínima concentración bacteriana que produce infección en el ser humano.

300060 INFECCIOSAS Dificil 1%

Solución: 2

La eficacia farmacológica de un antibiótico implica que el fármaco alcance la concentración mínima inhibitoria (CMI). La CMI se define según el texto de referencia como “la concentración más pequeña de antibiótico capaz de inhibir el crecimiento macroscópico de una bacteria”. Se trata de un método cuantitativo y el más utilizado (como el que indica el enunciado) es la microdilución en Caldo. Alude por tanto a la concentración mínima de un antimicrobiano que inhibe el crecimiento visible de un inóculo convencional de 10⁵ bacterias en 1mL de medio de cultivo tras 18-24 horas de incubación (respuesta 2 correcta).
Sobre medio líquido (caldo decrecimiento, como señala la pregunta), con diluciones progresivas de un determinado antimicrobiano en los tubos, al añadir una cantidad fija de bacterias, en aquellos donde éstas se desarrollan y multiplican aparece “turbidez”. Cuando el antimicrobiano inhibe el crecimiento se observa un “aclaramiento” de toda la masa del medio líquido.

Los métodos de dilución también permiten determinar la menor concentración capaz de reducir en un 99,9% la densidad de población bacteriana y a ello se alude con el término Concentración Bactericida Mínima (CBM).

Las respuestas 3 y 4 aluden a “concentración bacteriana” y ello las invalida.

Pregunta 11235: (61) Paciente oncológico portador de una sonda vesical con sospecha de una infección urinaria complicada que recibe tratamiento empírico con cefotaxima iv. El laboratorio de microbiología informa del crecimiento en los hemocultivos de Pseudomonas aeruginosa, pendiente del antibiograma. Con esta información preliminar, ¿qué respuesta es correcta?

- 1. A la espera de que se confirme la sensibilidad de cefotaxima, mantener el tratamiento con esta cefalosporina de amplio espectro.
- 2. Retirar la cefotaxima e iniciar tratamiento con ertapenem.
- 3. Cambiar el tratamiento a piperacilina-tazobactam.
- 4. Añadir trimetoprim-sulfametoxazol para conseguir sinergia y una mayor cobertura antimicrobiana.

300061 INFECCIOSAS Normal 59%

Solución: 3

Las bacterias del género *Pseudomonas* son patógenos oportunistas que producen colonización e infecciones en hospedadores susceptibles, como pueden ser pacientes oncológicos. Las infecciones por *Pseudomonas* se asocian fundamentalmente a la hospitalización, ventilación mecánica invasiva, neutropenia, fibrosis quística, quemados, o tras el uso de antibióticos de amplio espectro.

Las infecciones urinarias casi siempre se producen en pacientes con manipulación, litiasis u obstrucción de las vías urinarias. Entre los antibióticos que pueden ser activos frente a *Pseudomonas* se encuentran: algunas cefalosporinas de tercera y cuarta generación (cefazidima, cefepima, y ceftazidima-

avibactam), algunas penicilinas de amplio espectro (**piperacilina-tazobactam**) (respuesta 3 correcta), carbapenemes (imipenem, meropenem, doripenem), fluorquinolonas (ciprofloxacino, levofloxacino), monobactámicos (aztreonam) y aminoglucósidos (amikacina y tobramicina).

Sin embargo, ceftriaxona, **cefotaxima** (respuesta 1 incorrecta) y **ertapenem** no tienen buena actividad frente a *Pseudomonas* (respuesta 2 incorrecta).

Para el tratamiento de las infecciones graves se ha recomendado la combinación de antibióticos antipseudomónicos, sobre todo en bacteriemias en pacientes neutropénicos. Sin embargo, en la actualidad, la monoterapia con algunos betalactámicos al que la cepa sea sensible (cefazidima o cefepima) parece ser tan eficaz como el tratamiento combinado. No se recomienda la monoterapia con aminoglucósidos para las infecciones graves en neutropénicos. Se han descrito infecciones por cepas multirresistentes en los que hay que recurrir a antibióticos como la colistina.

Pregunta 11236: (62) Hombre de 60 años hospitalizado es diagnosticado de una bacteriemia relacionada con el catéter venoso central. El laboratorio de microbiología informa que en todos los frascos de hemocultivos se observan cocos grampositivos en racimos. La PCR directa de la sangre del hemocultivo detecta la presencia de ADN específico de Staphylococcus aureus y la positividad del gen mecA. Ante esta información, ¿cuál es la interpretación correcta?

- 1. Se trata de un microorganismo productor de betalactamasa por lo que se puede iniciar tratamiento con cualquier antibiótico betalactámico menos penicilina/amoxicilina.
- 2. A la hora de decidir el tratamiento habría que asumir la resistencia a todos los antibióticos betalactámicos y carbapenémicos con excepción de ceftarolina.
- 3. El tratamiento con amoxicilina-ácido clavulánico intravenoso es la opción de tratamiento más recomendable.
- 4. En este caso se puede iniciar tratamiento con un antibiótico de amplio espectro como el meropenem.

300062 INFECCIOSAS Dificil 32%

Solución: 2

Se nos presenta un caso clínico debido a una infección nosocomial, cuyo agente etiológico nos es dado. Se trata de un *Staphylococcus aureus*, con positividad del **gen mecA**.

Las opciones terapéuticas de “cualquier antibiótico betalactámico menos penicilina/amoxicilina (respuesta 1 incorrecta), amoxicilina-ácido clavulánico intravenoso (respuesta 3 incorrecta) y meropenem (respuesta 4 incorrecta) no son interpretaciones correctas.

Es cierta la afirmación de la respuesta 2, ya que cabe asumir la resistencia a todos los betalactámicos y carbapenémicos, representando ceftarolina una alternativa terapéutica adecuada (respuesta 2 correcta) ante casos como el presente ocasionados por SARM.

Puede ser útil recordar que se conoce la secuencia de todo el genoma de varias cepas del *S. aureus*. Entre los datos más interesantes se hallan los siguientes: 1- Se advierte un alto grado de semejanza en cuanto a secuencias de nucleótidos entre las distintas cepas. 2- Se adquiere una cantidad bastante grande de información genética por **transferencia horizontal** a partir de otras especies bacterianas. 3- *S. aureus* contiene varios **islotes de “patogenicidad” o “genómicos”** característicos; se trata de elementos genéticos móviles que contienen cúmulos de genes de enterotoxinas y exotoxinas o determinantes de resistencia antimicrobiana.

Entre los genes que están dentro de los islotes en cuestión figuran los que portan el **gen mecA**, el gen encargado de la **resistencia a la meticilina**; los islotes que contienen esta resistencia reciben el nombre de cromosomas en casete estafilocócicos.

En cuanto a la resistencia a la meticilina, ésta se explica por la aparición de una nueva **proteína de unión a la penicilina** (PBP, *penicillin-binding protein*); esta proteína es sintetizada por el gen *mecA*.

La **vancomicina** sigue siendo el fármaco preferente para tratar las infecciones por estafilococos resistentes a meticilina.

Se han descrito casos con resistencia estafilocócica a la vancomicina, debido a distintos mecanismos, como el fenómeno conocido como el **"arrastre" de la concentración mínima inhibitoria** (debido al aumento progresivo de la CMI de la vancomicina en diversas áreas geográficas), o las debidas a la presencia del **gen vanA**, el gen encargado de la expresión de la resistencia a vancomicina. En estos casos de resistencia a vancomicina, se han desarrollado distintos fármacos como la **daptomicina**, **linezolid**, **estreptogramina** parenteral, o las **nuevas quinolonas**, con una mayor actividad *in vitro* contra los estafilococos.

Pregunta 11237: (63) ¿Cuál de los siguientes agentes infecciosos NO se asocia a ningún vector para su transmisión?

- 1. Coxiella burnetii.
- 2. Rickettsia conorii.
- 3. Borrelia burgdorferi.
- 4. Yersinia pestis.

300063 INFECCIOSAS Fácil 89%

Solución: 1

La **fiebre Q** está producida por **C.burnetii**, tiene una distribución mundial y **se adquiere por inhalación de aerosoles** de material infectado del parto de animales o por ingestión de productos lácteos, por ello no se asocia ningún vector a su transmisión (**respuesta 1 correcta**). Si bien una gran proporción de las infecciones por **C.burnetii** son asintomáticas, se distingue una forma aguda y otra crónica, dependiendo de la respuesta inmunitaria del hospedador. La fiebre Q aguda tiene un período de incubación de 3 a 30 días, y su curso puede ser autolimitado y semejar gripe. En ocasiones cursa con neumonitis, mientras que en otras se presenta como una hepatitis granulomatosa febril. También puede haber afectación del sistema nervioso central y miocarditis. La fiebre Q crónica suele implicar la presencia de endocarditis. Los pacientes presentan febrícula (no fiebre elevada) e insuficiencia cardíaca progresiva. Las vegetaciones valvulares pueden no detectarse por ecocardiografía transtorácica y requiere que se practique ecocardiografía transesofágica. Suele existir hepatomegalia y/o esplenomegalia.

Una de las rickettsiosis más frecuentes en nuestro país son la **fiebre exantemática mediterránea** provocada por **R. conorii**, cuyo cuadro suele aparecer a la semana de la picadura del vector, en este caso por la **garrapata** marrón del perro (**Rhipicephalus sanguineus**) (**respuesta 2 incorrecta**).

Borrelia burgdorferi ocasiona la Enfermedad de Lyme, zoonosis de distribución universal, que se transmite por garrapatas duras del género Ixodes, en Europa **Ixodes ricinus** (**respuesta 3 incorrecta**). Comienza con una lesión cutánea eritematosa de aspecto anular que se expande, para después de semanas o meses presentar manifestaciones cardíacas, neurológicas o articulares.

La **peste** es una zoonosis producida por **Yersinia pestis** que afecta a pequeños roedores y que se transmite al ser humano habitualmente por las pulgas (**Xenopsyllacheopis**) de las ratas (**respuesta 4 incorrecta**).

Pregunta 11238: (64) Un hombre de 72 años, fumador, EPOC, sin cardiopatía conocida sufre bruscamente una pérdida de consciencia mientras estaba sentado viendo la televisión. En pocos segundos el paciente recupera la consciencia. Acude a urgencias, refiriendo encontrarse bien. Al realizarse un ECG se constata un bloqueo AV 2º Mobitz II. ¿Cuál es el planteamiento más lógico ante este paciente?

- 1. Se le debería ingresar, hacerle un Holter electrocardiográfico de 24 h y en función de su resultado, decidir si ponerle un Holter insertable o un marcapasos definitivo.
- 2. No requiere más estudios diagnósticos para decidir que necesita el implante de un marcapasos definitivo.
- 3. Antes de continuar el estudio cardiológico se le debería hacer una RM cerebral para descartar origen neurológico.
- 4. Al ser el primer episodio sincopal, bastaría con hacer un seguimiento en consulta de forma periódica.

300064 CARDIOLOGÍA Fácil 71%

Solución: 2

Paciente que se objetiva bloqueo auriculo-ventricular de segundo grado Mobitz II tiene indicación de ingreso e implante de marcapasos definitivo (**respuesta 2 correcta, respuestas 1, 3, 4 incorrectas**).

Pregunta 11239: (65) Un hombre de 45 años de edad sin ningún antecedente previo ingresa en el hospital por presentar síntomas compatibles con insuficiencia cardíaca izquierda. La silueta cardíaca está ligeramente agrandada en la Rx de tórax y tanto el ecocardiograma como la RM cardíaca evidencian un gran engrosamiento de las paredes del ventrículo izquierdo con volúmenes ventriculares y función sistólica normales. Se practica un cateterismo cardíaco que muestra una disminución del gasto cardíaco y elevación de las presiones telediastólicas de ambos ventrículos y la coronariografía no muestra lesiones coronarias. Dentro de las posibilidades diagnósticas, ¿cuál de las siguientes enfermedades le parece MENOS probable en este paciente?

- 1. Amiloidosis.
- 2. Endocarditis de Loeffler.
- 3. Alcoholismo.
- 4. Hemocromatosis.

300065 CARDIOLOGÍA Fácil 85%

Solución: 3

Se trata de un paciente con insuficiencia cardíaca que presenta hipertrofia ventricular, función conservada y datos de fallo cardíaco diastólico. Todo ello es compatible con miocardiopatía restrictiva (**respuestas 1, 2, 4 incorrectas**). En caso de alcoholismo se produciría miocardiopatía dilatada con función sistólica disminuida (**respuesta 3 correcta**).

Pregunta 11240: (66) Hombre de 65 años de edad con dolor torácico opresivo de características isquémicas de 30 minutos de duración que acude por sus propios medios a urgencias hospitalarias donde se objetiva en el ECG elevación del segmento ST en derivaciones II-III y aVF con descenso en V1-V2-V3. ¿Cuál de estas actitudes terapéuticas o diagnósticas NO debe realizarse?

- 1. Prescribir al paciente 180 mg de ticagrelor como dosis de carga previa a la angioplastia primaria.
- 2. Solicitar Troponina T de muy alta sensibilidad y esperar resultados para decidir la realización de angioplastia primaria.
- 3. Prescribir al paciente 300 mg de ácido acetil salicílico como dosis de carga previa a la angioplastia primaria.
- 4. Administrar oxígeno sólo a pacientes con hipoxemia (SaO₂<90% o PaO₂<60 mmHg).

300066 CARDIOLOGÍA Fácil 82%

Solución: 2

En un paciente con IAMCEST tendremos que administrar carga de doble antiagregación (**respuestas 1 y 3 incorrectas**), oxígeno solo si hay insuficiencia respiratoria (**respuesta 4 incorrecta**) lo que nunca haremos es esperar la analítica para realizar la angioplastia primaria (**respuesta 2 correcta**).

Pregunta 11241: (67) ¿En cuál de las siguientes situaciones se encuentra contraindicado el implante de un balón de contrapulsación intraaórtico?:

- 1. Insuficiencia aórtica grave.
- 2. Comunicación interventricular.
- 3. Disfunción sistólica grave del ventrículo izquierdo.
- 4. Miocarditis aguda.

300067 CARDIOLOGÍA Fácil 85%

Solución: 1

El implante de balón de contrapulsación intraaórtico está contraindicado en pacientes con insuficiencia aórtica (**respuesta 1 correcta**), puede estar indicado en casos de complicación mecánica (**respuesta 2 incorrecta**), disfunción ventricular grave como en el contexto de miocarditis aguda en situación de shock (**respuesta 3 y 4 incorrectas**).

Pregunta 11242: (68) En relación con la fisiopatología de la hipertensión arterial (HTA), la respuesta correcta es:

- 1. El sistema nervioso simpático es el principal responsable del desarrollo de la enfermedad vascular y uno de los principales focos de atención terapéutica.
- 2. Entre los cambios estructurales de la HTA se encuentran la hipertrofia de la capa media de las arterias de resistencia y la rigidez de las grandes arterias.
- 3. En hipertensos jóvenes o de mediana edad, la forma más frecuente de presentación es la HTA sistólica aislada.
- 4. La disfunción endotelial por desequilibrio en la producción de sustancias vasodilatadoras y antiinflamatorias y sustancias vasoconstrictoras o proinflamatorias, no parece ser el desencadenante de la enfermedad según las últimas hipótesis.

300068 CARDIOLOGÍA Normal 45%

Solución: 2

En relación con hipertensión arterial, el aumento de las resistencias vasculares es el principal desarrollo y la enfermedad vascular (respuesta 1 incorrecta), en ancianos es más frecuente la hipertensión sistólica aislada (respuesta 3 incorrecta). La disfunción endotelial parece ser la causa desencadenante (respuesta 4 incorrecta). Entre los cambios estructurales se encuentra hipertrofia de la capa media de las arterias (respuesta 2 correcta).

Pregunta 11243: (69) Mujer de 80 años con antecedentes de hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes mellitus, obesidad grado I e insuficiencia renal crónica. Se encuentra en tratamiento con enalapril 10 mg cada 12 h, furosemida 40 mg una al día, metformina 850 mg cada 12 h, simvastatina 20 mg cada 24h y lorazepam 1 mg por las noches. Acude a urgencias por empeoramiento de su disnea hasta hacerse de mínimos esfuerzos. A la exploración física destaca PA 176/98 mmHg, FC 103 lpm. Se encuentra taquipneica con tendencia al sueño y una saturación de oxígeno del 88%. A la auscultación está arrítmica a 108 lpm con crepitantes bilaterales hasta campos medios. Presenta edemas en miembros inferiores. ¿Cuál de las siguientes es INCORRECTA?

- 1. Debemos administrar oxigenoterapia, furosemida y nitroglicerina para el control de su disnea.
- 2. Es esperable encontrar valores de NT-proBNP inferiores a 450 pg/ml dado que la paciente tiene obesidad grado I.
- 3. Se debería monitorizar la función renal durante el ingreso ya que es un marcador pronóstico.
- 4. No se puede descartar la presencia de síndrome de apnea del sueño como factor agravante de la disnea en esta paciente.

300069 CARDIOLOGÍA Fácil 89%

Solución: 2

Presentan un caso de una mujer de 80 años con insuficiencia cardiaca. Como presenta insuficiencia respiratoria, hipertensión arterial y congestión pulmonar (crepitantes) debemos tratarlo con oxígeno, furosemida y nitroglicerina (respuesta 1 incorrecta). En todo paciente con antecedentes de insuficiencia renal que vamos a tratar con diuréticos debemos monitorizar la función renal (respuesta 3 incorrecta). Hay que descartar causas desencadenantes de insuficiencia cardiaca (respuesta 4 incorrecta). Aunque en obesos los valores de BNP suelen ser más bajos, lo esperable en un paciente con insuficiencia cardiaca es que presente cifras elevadas (respuesta 2 correcta).

Pregunta 11244: (70) Sobre la auscultación del corazón, señale la respuesta FALSA:

- 1. En la estenosis aórtica grave se puede auscultar un desdoblamiento inverso o paradójico del segundo ruido, que es mayor durante la espiración.
- 2. En la insuficiencia aórtica grave se puede auscultar un soplo mesodiastólico de baja tonalidad en el foco mitral.
- 3. En el mixoma auricular se puede auscultar un ruido diastólico de tonalidad grave, que se aprecia de forma intermitente en algunas posturas.
- 4. En la pericarditis aguda se puede auscultar un roce en el borde esternal izquierdo, que se aprecia mejor con el paciente en decúbito, al final de la inspiración.

300070 CARDIOLOGÍA Difícil 7%

Solución: 4

En la estenosis aórtica se puede observar desdoblamiento inverso del segundo tono sobre todo con la espiración, a veces disminución y desaparición del soplo (respuesta 1 incorrecta). En la insuficiencia aórtica podemos encontrar un soplo diastólico mitral por el jet de regurgitación aórtica impidiendo la apertura de la válvula mitral (soplo de Austin Flint) (respuesta 2 incorrecta). El mixoma al ser pediculado, presenta un soplo que se modifica con la postura (respuesta 3 incorrecta). En la pericarditis el roce se oye mejor en foco mitral, con el decúbito lateral izquierdo y al final de la espiración (menos tejido pulmonar entre pared torácica y corazón) (respuesta 4 correcta).

Pregunta 11245: (71) Mujer con hipotensión e hipoperfusión tisular en la que se objetivan los siguientes parámetros tras la inserción de un catéter de Swan-Ganz: índice cardiaco 1,4 L/min/m2, presión de enclavamiento capilar pulmonar 25 mmHg y resistencias vasculares sistémicas 2000 dinas/m2. El tipo de shock que presenta la paciente es:

- 1. Cardiogénico.
- 2. Séptico.
- 3. Hipovolémico.
- 4. Anafiláctico.

300071 CARDIOLOGÍA Fácil 77%

Solución: 1

En paciente con shock séptico y anafiláctico (distributivo) presenta gasto cardiaco elevado (índice cardiaco mayor de 2.2l/min/m2) (respuestas 2 y 4 incorrectas). En el shock cardiogénico la presión de enclavamiento está elevada (respuesta 1 correcta) en cambio en hipovolemia está disminuida (respuesta 3 incorrecta).

Pregunta 11246: (72) Un hombre diagnosticado de estenosis aórtica grave sintomática con indicación de tratamiento quirúrgico, acude a la consulta preoperatoria de cirugía cardiaca. El paciente ha consultado en internet sobre el tratamiento quirúrgico de la estenosis aórtica grave. ¿Cuál de las siguientes informaciones de que dispone el paciente es INCORRECTA?

- 1. Las prótesis valvulares mecánicas precisan tratamiento anticoagulante permanente.
- 2. Las prótesis aórticas mecánicas se implantan principalmente en pacientes de más de 70 años en ritmo sinusal.
- 3. La durabilidad de las prótesis valvulares biológicas es menor que la de las prótesis mecánicas.
- 4. Las prótesis valvulares biológicas son menos trombogénicas que las prótesis valvulares mecánicas.

300072 CARDIOLOGÍA Fácil 94%

Solución: 2

Acerca de las prótesis cardiacas, las mecánicas son más trombogénicas (respuesta 4 incorrecta) por lo que precisan anticoagulación permanente (respuesta 1 incorrecta) y con mayor durabilidad (respuesta 3 incorrecta) por lo que se implantan en pacientes más jóvenes (respuesta 2 correcta).

Pregunta 11247: (73) Hombre de 37 años que acude a la consulta por presentar unas lesiones papulosas de disposición arciforme, asintomáticas, en el dorso de la mano. El dermatólogo no le da ninguna importancia, aunque para confirmar el diagnóstico le realiza una biopsia cutánea donde aparte de otros signos, se aprecia necrobiosis del colágeno. El diagnóstico más probable es:

- 1. Liquen plano.
- 2. Xantoma tuberoso.
- 3. Sarcoidosis cutánea.
- 4. Granuloma anular.

300073 DERMATOLOGÍA Difícil 20%

Solución: 4

El **granuloma anular** es una dermatosis crónica, asintomática, autolimitada y frecuente en niños y adultos jóvenes. Consiste en pápulas con distribución anular o arciforme, que suelen originarse en los dorsos de las manos y los pies, los codos y las rodillas. En la histología aparecen focos de infiltrados inflamatorios e histiocíticos crónicos en la dermis superficial y media, con necrobiosis del tejido conjuntivo rodeada por una pared de histiocitos empalizada y células gigantes multinucleadas. La enfermedad desaparece en 75% de los pacientes en dos años, adoptando regresiones centrales, por lo que a menos que sea deformante, una opción es no dar ningún tratamiento, que consistiría en corticoides tópicos o intralesionales.

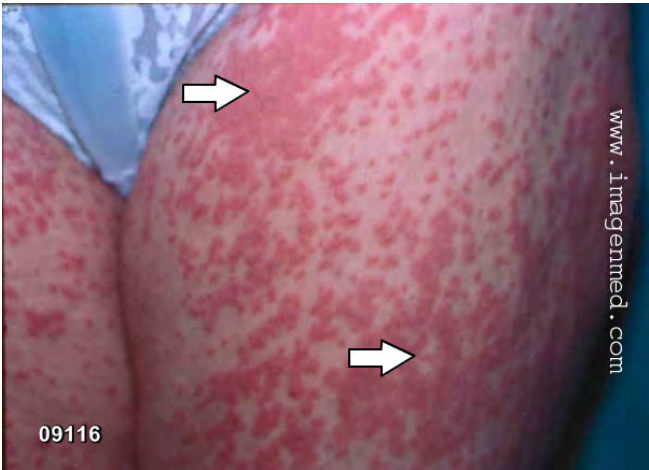
Pregunta 11248: (74) Paula de 27 años, acude a urgencias con un cuadro de enrojecimiento generalizado, fiebre y malestar general de 24 horas de evolución. En la guardería en la que trabaja ha tenido 4 niños con un cuadro viral asociado a exantema malar marcado. No es alérgica a ningún fármaco y está tomando minociclina 100 mg al día desde hace un mes por acné, así como ibuprofeno los dos últimos días por dolor menstrual. En la exploración física presenta un exantema generalizado, edema facial, adenopatías axilares y cervicales bilaterales. En la analítica destaca leucocitosis con eosinofilia, leve linfocitosis y un discreto aumento de transaminasas. ¿Cuál es la causa más probable?

- 1. Toxina del *Stafilococcus aureus*.
- 2. Coxsackie B 4.
- 3. Minociclina.
- 4. Virus difícil de filiar, posiblemente el mismo que el cuadro de la guardería.

300074 DERMATOLOGÍA Difícil 33%

Solución: 3

El **síndrome DRESS** (Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms) o síndrome de hipersensibilidad a fármacos es una reacción adversa idiosincrásica que comienza en forma aguda en los primeros dos meses después de iniciar la administración de un fármaco. Se caracteriza por fiebre, malestar general y edema de la cara o una dermatitis exfoliativa. Las lesiones iniciales es una erupción morbiliforme generalizada (tronco y extremidades) que puede avanzar a una eritrodermia exfoliativa generalizadas, sobre todo si no se suspende el fármaco. El edema facial (sobre todo periorbitario) es característico. La linfadenopatía es frecuente y suele deberse a hiperplasia linfoidea benigna. Se acompaña de eosinofilia (30%), leucocitosis con linfocitos atípicos similares a los de la mononucleosis y signos de hepatitis y nefritis. Los fármacos más frecuentemente implicados son los antiepilépticos (difenilhidantoína, carbamazepina y fenobarbital) y las sulfonamidas (dapsona, sulfasalazina), y con menos frecuencia: alopurinol, sales de oro, sorbinil, minociclina, zalcitabina, antagonistas del calcio, ranitidina, talidomida y mexiletina.



Pregunta 11249: (75) ¿Cuál de las siguientes hernias de la pared abdominal se presenta con mayor frecuencia?

- 1. Hernia umbilical.
- 2. Hernia inguinal.
- 3. Hernia crural o femoral.
- 4. Hernia de Spiegel.

300075 DIGESTIVO Normal 59%

Solución: 2

Se calcula que el 5% de la población sufrirá una hernia de la pared abdominal, pero es posible que la prevalencia sea aún mayor. **Cerca del 75% de todas las hernias se dan en la región inguinal** (respuesta 2 correcta, resto incorrectas). Dos tercios de ellas son hernias inguinales indirectas, y el resto, directas.

Pregunta 11250: (76) Mujer de 50 años que acude a urgencias por cuadro de dolor en hipocondrio derecho, fiebre e ictericia. La ecografía informa de colecistitis aguda litiasica con dilatación de la vía biliar principal por posible coledocolitiasis. ¿Qué considera más apropiado hacer primero?

- 1. Cirugía urgente.
- 2. Colangiorresonancia magnética.
- 3. TC abdominal.
- 4. Colangiopancreatografía endoscópica con esfinterotomía.

300076 DIGESTIVO Fácil 85%

Solución: 4

El tratamiento de la coledocolitiasis consiste en la extracción de cálculos y colecistectomía. Si el paciente tiene una historia de **ictericia obstructiva** o pancreatitis, alteración de las pruebas hepáticas o un **cálculo coledociano con dilatación de la vía biliar**, es preferible **realizar una CPRE**, con esfinterotomía y extracción de cálculos y posteriormente una colecistectomía laparoscópica (respuesta 4 correcta, resto incorrectas).



Pregunta 11251: (77) ¿Cuál de los siguientes parámetros NO es evaluado en la fórmula del MELD (model for end-stage liver disease) para la priorización de pacientes en lista de espera de trasplante hepático?

- 1. Hemoglobina.
- 2. INR.
- 3. Creatinina.
- 4. Bilirrubina.

300077 DIGESTIVO Fácil 86%

Solución: 1

Los pacientes con insuficiencia hepática aguda tienen prioridad absoluta para el primer donante de hígado que surja en el estado español, lo que suele ocurrir en pocas horas o días. Los restantes pacientes, que constituyen la inmensa mayoría de enfermos en lista de espera de trasplante hepático, son considerados no urgentes o electivos. La priorización de los pacientes no urgentes por gravedad se suele basar en el **índice MELD** (Model for End-Stage Liver Disease score) **calculado a partir de 3 parámetros objetivos y fáciles de obtener: bilirrubina sérica, creatinina sérica y protrombina plasmática (determinada como INR)** (respuesta 1 correcta, resto incorrectas).

Pregunta 11252: (78) ¿Cuál de los siguientes fármacos es la causa más frecuente de hepatotoxicidad en nuestro medio?

1. Fosfomicina.
2. Isoniazida.
3. Amoxicilina-clavulánico.
4. Eritromicina.

300078 DIGESTIVO Normal 60%

Solución: 3

La **hepatotoxicidad por amoxicilina-clavulánico** representa un ejemplo de colestasis con hepatitis asociada (colestasis hepatocanalicular). A pesar de que el riesgo de toxicidad hepática se estima en 1/100.000 sujetos expuestos, debido a su amplísima utilización, **es la causa más frecuente de hepatitis tóxica idiosincrásica en Occidente** (respuesta 3 correcta, resto incorrectas).

Pregunta 11253: (79) Hombre de 29 años de edad, tratado por una colitis ulcerosa desde hace 2 años y sin episodios de descompensación en los últimos 6 meses. Refiere un dolor sordo en hipocondrio derecho y astenia en el último mes. La exploración física no demuestra ninguna alteración significativa y en los análisis se observa una bilirrubinemia total de 1,2 mg/dL (bilirrubina directa 0,7 mg/dL), aspartato aminotransferasa 89 UI/L, alanino amino-transferasa 101 UI/L, fosfatasa alcalina 1.124 UI/L, gamma glutamiltransferasa 345 UI/L, albuminemia 38 g/L y tasa de protrombina 100%. Señale cuál de las siguientes enfermedades padece con mayor probabilidad:

1. Enfermedad biliar primaria.
2. Hepatitis autoinmune.
3. Coledocolitiasis.
4. Colangitis esclerosante primaria.

300079 DIGESTIVO Fácil 93%

Solución: 4

Un varón joven con una Colitis Ulcerosa de larga evolución que comienza con síntomas y signos de colestasis, ha desarrollado probablemente una **Colangitis Esclerosante Primaria (C.E.P.) asociada a su inflamatoria** (respuesta 4 correcta). La **cirrosis biliar primaria** aparece sobre todo en mujeres, no suele cursar con dolor y no se suele asociar a la enfermedad inflamatoria (respuesta 1 incorrecta). El paciente presenta un patrón de colestasis más importante que de citolisis, además no nos dicen que tenga autoanticuerpos ni una biopsia compatible con una hepatitis de interfase, por lo que una **hepatitis autoinmune** es poco probable (respuesta 2 incorrecta). A pesar de que una **coledocolitiasis** podría alterar las enzimas de colestasis, el cuadro clínico en general orienta hacia una C.E.P. (respuesta 3 incorrecta). Se trata de un concepto repeMIR muy importante. Pregunta copiada literalmente del MIR 2000.



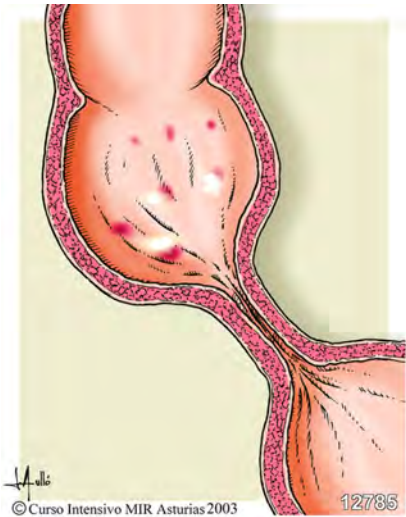
Pregunta 11254: (80) Una mujer de 43 años refiere cuadros de dificultad para la ingesta de sólidos desde hace años. En el último año estos cuadros se han intensificado y en ocasiones se acompañan de dolor torácico. Ha perdido 4 a 5 Kg de peso. Aporta gastroscopia: restos alimentarios en esófago; estómago y duodeno sin alteraciones. Se completa el estudio con la realización de manometría esofágica. ¿Qué alteración de las que se describen a continuación, cree que presenta la paciente?

1. Esfínter esofágico superior hipertenso.
2. Ondas peristálticas en cuerpo esofágico y esfínter esofágico superior hipotenso.
3. Aperistalsis de cuerpo esofágico y esfínter esofágico inferior hipertenso.
4. Esfínter esofágico inferior hipotenso con relajaciones completas.

300080 DIGESTIVO Fácil 93%

Solución: 3

Nos están dando un cuadro clínico de una paciente joven con disfagia desde hace años, donde la gastroscopia descarta cualquier patología tumoral. Se trata de un cuadro de **Acalasia**, y para confirmar el diagnóstico es necesario realizar una manometría donde veremos: **ausencia de relajación del esfínter esofágico inferior con la deglución y pérdida de la peristalsis primaria** (respuesta 3 correcta, resto incorrectas). Concepto repeMIR más preguntado de la asignatura de Digestivo en el MIR.



Pregunta 11255: (81) Se nos remite un hombre de 45 años tras la extirpación endoscópica de al menos 7 pólipos gástricos de entre 1 y 2 mm. El diagnóstico anatomopatológico es de gastritis crónica con marcada atrofia corporal y metaplasia intestinal, y focos de microcarcinoides que afecta a las biopsias de cuerpo gástrico y fundus. Indique la afirmación CORRECTA:

1. La mayor parte de los casos cursan con hipogastrinemia.
2. La metaplasia intestinal en el estómago es indicación de gastrectomía por la alta tasa de transformación a adenocarcinoma.
3. En el caso de indicar cirugía, la gastrectomía distal es la cirugía más indicada.
4. Está indicado el tratamiento con análogos de la somatostatina.

300081 DIGESTIVO Difícil -22%

Solución: 3

El **tumor carcinóide** es uno de los tumores neuroendocrinos más frecuentes del tracto digestivo, pero en el estómago sólo asientan un 2-3% de los mismos y representan el 0,5% de todos los tumores gástricos. Se distinguen 3 tipos de tumores carcinoides gástricos:

1. **Tipo 1 (80%): se localizan en el fundus y cuerpo gástrico, se asocian a anemia perniciosa y atrofia gástrica, por lo que van acompañados de hipergastrinemia** (respuesta 1 incorrecta).
2. Tipo 2 (6%): se asocian al Sd. de Zollinger-Ellison y también cursan con hipergastrinemia.
3. Tipo 3 (14-25%): lesión única grande no asociada a hipergastrinemia de comportamiento más agresivo.

El tratamiento de los tipos I y II suele ser la resección endoscópica. Si son de gran tamaño algunos autores recomiendan gastrectomía parcial, en tanto que otros **recomiendan antrectomía** en el tipo I (como en el caso de esta pregunta) **para reducir la hipergastrinemia, lo cual ha permitido la regresión de los carcinoides en diversos estudios (respuesta 3 correcta).**

El tratamiento con **análogos de la somatostatina se utiliza para la clínica del Síndrome Carcinoide**, no siendo de utilidad en tumores carcinoides sin este síndrome (respuesta 4 incorrecta).

No todas las metaplasias intestinales gástricas aumentan el riesgo de degeneración maligna (respuesta 2 incorrecta): la metaplasia intestinal completa no aumenta el riesgo, mientras que la incompleta sí.

Pregunta 11256: (82) Mujer de 70 años, con antecedentes de consumo de AINEs. Acude a urgencias refiriendo melenas de 24 horas de evolución. A la exploración física, llama la atención una marcada palidez cutáneo-mucosa, con FC de 124 lpm y PA de 80/40 mmHg. ¿Cuál es la primera medida a tomar?

- 1. Interrogarle sobre sus antecedentes (AINEs, dosis, tipo, tiempo de consumo, historia ulcerosa previa, antecedente de hemorragia digestiva, ... etc) y realizar tacto rectal.
- 2. Colocar sonda nasogástrica con lavado previo a la realización de endoscopia.
- 3. Realizar inmediatamente una endoscopia digestiva para establecer el diagnóstico y aplicar el tratamiento hemostático.
- 4. Canalizar al menos una vía periférica de grueso calibre para infusión de volumen y obtener determinaciones analíticas básicas.

300082 DIGESTIVO Fácil 84%

Solución: 4

Ante una hemorragia gastrointestinal, tras una anamnesis y exploración inicial con exploración del estado hemodinámico del paciente, se inician las medidas de reanimación: **se colocarán uno o dos catéteres venosos periféricos de grueso calibre**, mediante los cuales se iniciará la **reposición de la volemia**, tras la extracción de muestras de sangre para **analítica de urgencia** (hemograma y fórmula leucocitaria, coagulación, glucemia, urea, creatinina e ionograma) y sangre en reserva (respuesta 4 correcta, resto incorrectas).

Pregunta repeMIR.



Pregunta 11257: (83) Hombre de 40 años que viaja por turismo al Caribe. A la semana de su regreso presenta de 3 a 4 deposiciones líquidas diarias, acuosas, sin productos patológicos, así como dolor abdominal y malestar general. El médico que le atiende le prescribe hidratación oral y le propone la administración de una quinolona. ¿Con qué finalidad?

- 1. Acortar la duración de la diarrea.
- 2. Disminuir la mortalidad.
- 3. Evitar la aparición de complicaciones intraabdominales.
- 4. Evitar la diseminación séptica a distancia.

300083 DIGESTIVO Difícil -3%

Solución: 1

El antecedente de viaje al Caribe, el periodo de incubación de una semana y los datos de diarrea no inflamatoria (diarrea

acuosa, a menudo de gran volumen, sin presencia de sangreni pus, así como dolor abdominal de intensidad leve-moderada), orientan el diagnóstico hacia una probable diarrea infecciosa aguda del viajero. *Escherichia coli* enterotoxigénico es la causa más frecuente de diarrea del viajero.

El empleo empírico de antibióticos, antes de conocerse el resultado del coprocultivo, no es lo recomendable de entrada, pero puede resultar eficaz en algunos pacientes con diarrea aguda, principalmente en aquellos que presentan fiebre alta y afectación del estado general. También puede ser útil en pacientes con diarrea del viajero o ante un brote de diarrea en una comunidad con elevada prevalencia de infecciones bacterianas o parasitarias. El tratamiento antibiótico es eficaz, al acortar el periodo de excreción fecal de microorganismos y la duración de los síntomas. (respuesta 1 correcta).

Sin embargo, en algunos casos el tratamiento antibiótico puede prolongar el estado de portador o incrementar el riesgo de precipitar un síndrome urémico-hemolítico, como se ha descrito tras el empleo de quinolonas en las infecciones por el serotipo O157/H7 del *E.coli* enterohemorrágico.

Pregunta 11258: (84) Señala la afirmación INCORRECTA en referencia a un síndrome diarreico:

- 1. La presencia de sangre en heces y fiebre permiten establecer el diagnóstico de gastroenteritis bacteriana.
- 2. La diarrea osmótica suele autolimitarse después de un ayuno de 48 horas.
- 3. La diarrea secretora se caracteriza por heces voluminosas y acuosas, con gradiente de la osmolaridad entre las heces y el plasma pequeño.
- 4. La diarrea motora por hiperperistaltismo suele interpretarse como una respuesta fisiológica del intestino frente a diversas agresiones (contenido extraño, comida en malas condiciones ...).

300084 DIGESTIVO Normal 63%

Solución: 1

La **presencia de sangre en heces** en un paciente con diarrea puede ocurrir por ejemplo en un paciente con enteritis isquémica, infecciones por gérmenes invasores de la mucosa o una enfermedad inflamatoria intestinal. Por otro lado, **la aparición de fiebre** puede verse en el linfoma intestinal, la enfermedad inflamatoria intestinal, gastroenteritis infecciosas o enfermedades que cursan con malabsorción (por ejemplo, la Enfermedad de Whipple) (respuesta 1 correcta).

La **diarrea osmótica** se presenta al ingerir solutos osmóticamente activos y poco absorbibles que atraen líquidos hacia la luz intestinal. Un hecho característico de esta diarrea es que desaparece con el ayuno o al interrumpir la ingestión del producto nocivo (respuesta 2 incorrecta).

La **diarrea secretora** se debe a alteraciones del transporte de los líquidos y electrolitos a través de la mucosa intestinal. Clínicamente las heces se caracterizan por ser muy voluminosas, acuosas, por lo general indoloras y persistentes a pesar del ayuno. Como no hay malabsorción de solutos, la osmolaridad fecal depende de la normalidad de electrolitos endógenos sin que exista diferencia osmótica fecal (respuesta 3 incorrecta).

Puede ocurrir un **hiperperistaltismo intestinal fisiológico** consecuente a agresiones intestinales (contenido intestinal extraño, comida en malas condiciones, etc.) (respuesta 4 incorrecta).



Pregunta 11259: (85) Aproximadamente el 90% de los tumores malignos del páncreas exocrino son adenocarcinomas ductales ¿Cuál de las siguientes situaciones define adecuadamente la relación entre diabetes y cáncer de páncreas?

- 1. Los pacientes con diabetes de larga evolución tienen un riesgo superior al 50% de desarrollar cáncer de páncreas.
- 2. La diabetes está presente en un tercio de los pacientes con cáncer de páncreas avanzado y en muchos de ellos es de instauración reciente.
- 3. En la mayoría de pacientes con cáncer de páncreas, la diabetes se instaura cuando aparece ictericia.
- 4. La diabetes desaparece después de la exéresis del tumor.

300085 DIGESTIVO Normal 63%

Solución: 2

Diversos estudios epidemiológicos han mostrado una clara **asociación entre la existencia de diabetes mellitus y el desarrollo de adenocarcinoma ductal de páncreas, con un riesgo** relativo de 2,1 respecto a los individuos no diabéticos. Esto no quiere decir que el 50% de los pacientes diabéticos desarrollarán un cáncer de páncreas (*respuesta 1 incorrecta*). Algunos sugieren que la diabetes mellitus es la consecuencia y no la causa del adenocarcinoma ductal de páncreas, ya que a menudo tiene una evolución inferior a 2 años y **en muchos casos (57%) se resuelve tras la resección del tumor, aunque no en todos los casos** (*respuesta 4 incorrecta*). La aparición de la diabetes no se relaciona con el inicio de la ictericia (*respuesta 3 incorrecta*).

La diabetes es común en el grupo de edad donde aparece el cáncer de páncreas y **en más del 25% de los casos, la enfermedad puede ser anunciada por diabetes de nueva aparición** (*respuesta 2 correcta*).

Pregunta un poco enrevesada en la forma de redactarla y con posibles errores o incongruencias de porcentajes según el manual que se consulte.

Lo que está claro es que sí que hay una relación clara entre diabetes y cáncer de páncreas, y que no está claro si la diabetes se trata de una causa o consecuencia del cáncer (o las dos cosas). Según Farreras, el 40-50% de los pacientes presentan diabetes mellitus al inicio del diagnóstico, y hasta el 80% desarrollan diabetes durante la evolución de la neoplasia.

Pregunta 11260: (86) ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA en relación a la ecografía/ultrasonografía de vesícula y vías biliares?

- 1. Es una prueba sensible, económica, fiable y reproducible.
- 2. Se considera la prueba de elección de la evaluación inicial de ictericia o síntomas de enfermedad biliar.
- 3. Facilita el diagnóstico de colecistitis aguda cuando hay engrosamiento de la pared vesicular y líquido pericolecístico.
- 4. Permite distinguir los cálculos vesiculares (no dejan sombra posterior) de pólipos de vesícula (dejan una sombra evidente).

300086 DIGESTIVO Fácil 96%

Solución: 4

La ecografía es una **técnica sensible, con un coste bajo, se realiza en pocos minutos, no produce efectos secundarios ni requiere una preparación especial** (*respuesta 1 incorrecta*). La ecografía es la técnica instrumental más adecuada en términos de coste-efectividad para el estudio inicial de todos los pacientes en quienes se sospeche una afección hepatobiliar por la presencia de hepatomegalia, ascitis, ictericia, alteraciones de la analítica hepática, dolor en hipocondrio derecho, etc. (*respuesta 2 incorrecta*).

En la **colecistitis aguda** la ecografía es la técnica con mayor rendimiento diagnóstico, mostrando una **vesícula distendida, con pared engrosada, líquido perivesicular** y dolor al presionar con el transductor ecográfico; además objetivará litiasis biliar en el 90% de los casos (*respuesta 3 incorrecta*).

Los **cálculos** en la vesícula se ven como imágenes radiopacas presentes en el interior de la vesícula que se modifican cuando el paciente se mueve, y presentan sombra acústica posterior. Los **pólipos vesiculares** se identifican como pequeñas lesiones ecogénicas dependientes de las paredes de la vesícula, sin la **sombra acústica característica de las litiasis** (*respuesta 4 correcta*).



Pregunta 11261: (87) Se solicita su valoración al inicio del turno de noche por un paciente que no puede conciliar el sueño ya que se encuentra nervioso porque nota hormigueos en ambas manos. El paciente se encuentra ingresado tras ser intervenido esa misma mañana por un cáncer de tiroides, habiendo sido sometido a una tiroidectomía total con vaciamiento terapéutico del compartimento central. Usted le pauta un neuroléptico. A las 2 horas le avisan nuevamente porque el paciente ha comenzado con fuertes calambres musculares y se encuentra obnubilado. ¿Cuál debería ser su siguiente actuación desde el punto de vista terapéutico?

- 1. Pautar una benzodiacepina para evitar efectos extrapiramidales.
- 2. Pautar una dosis de choque de tiroxina para tratar un hipotiroidismo agudo.
- 3. Pautar calcitonina subcutánea.
- 4. Pautar calcio y vitamina D.

300087 ENDOCRINOLOGÍA Normal 47%

Solución: 4

Ante una cirugía de tiroides y debido a la posible lesión involuntaria de las paratiroides por su cercanía, es frecuente que aparezca un **cuadro de hipocalcemia**, que es lo que se nos exponen en la pregunta, con la clínica característica de **nerviosismo, hormigueos, calambres musculares y obnubilación**.

El tratamiento consiste en **reponer la vitamina D, combinado con una elevada ingestión de calcio**. Vitamina D en dosis de 1-3 mg día combinada con 1g o más de calcio logra buenos resultados (*respuesta 4 correcta*).

El cuadro que nos expone no tiene nada que ver con el déficit de hormona tiroidea (coma mixedematoso: hipotermia, alteraciones gasométricas, hiponatremia...) (*respuesta 2 incorrecta*).

La **calcitonina**, sería tratamiento posible en la **hipercalcemia** (*respuesta 3 incorrecta*).

El uso de **benzodiacepina** podría ser útil, en paciente agitado en general; sin la clara causa de la hipocalcemia adquirida que nos cuentan en la pregunta (*respuesta 1 incorrecta*).

Pregunta 11262: (88) Hombre de 78 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con metformina y vildagliptina, con última HbA1C 6,8%, HTA en tratamiento con enalapril con buen control tensional y dislipemia en tratamiento con atorvastatina con LDL de 90 mg/dL. Ingresa en planta de medicina interna por neumonía adquirida en la comunidad con insuficiencia respiratoria aguda secundaria. ¿Qué medicación pautaría para el control glicémico durante su hospitalización?

- 1. Suspendería antidiabéticos orales y pautaría insulino terapia.
- 2. Continuaría con metformina a dosis altas y añadiría insulina de acción lenta.

- 3. Mantendría vildagliptina, pero suspendería metformina.
- 4. Continuaría con igual tratamiento, ya que el paciente estaba bien controlado.

300088 ENDOCRINOLOGÍA Fácil 86%

Solución: 1

Ante cualquier **paciente diabético tratado con ADO**, que ingrese por una **enfermedad aguda, debe suspenderse dicho tratamiento y cambiarlo por insulina**, ya que, durante el ingreso, puede ser necesaria la corrección rápida de la glucemia y sólo se podría conseguir con insulina (respuesta 1 correcta). Cualquier ADO ha de suspenderse ante dicha situación (metformina, I-DPP4...) (respuestas 3 y 4 incorrectas). Tampoco es posible dejar ADO y combinado con insulino-terapia (respuesta 2 incorrecta). De cualquier forma la insulina utilizada en esta situación de ingreso o descompensación sería **insulina i.v. continua, no formas lentas o regulares**.

Pregunta 11263: (89) Hombre de 43 años que acude a su consulta, con antecedentes de cardiopatía isquémica, con un IAM a los 38 años. Tiene el siguiente perfil lipídico: colesterol total 276 mg/dL, HDL colesterol 44 mg/dL, colesterol LDL de 167 mg/dL, triglicéridos 278 mg/dL y apoB de 180 mg/dL. Nunca ha fumado. Su padre y sus tíos por rama paterna tienen una hiperlipemia mixta y han tenido eventos cardiovasculares. En la exploración física no presenta xantomas, tiene un índice de masa corporal de 27 Kg/m2 y la presión arterial es de 117/67 mmHg. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

- 1. Hipercolesterolemia familiar heterocigota.
- 2. Disbetalipoproteinemia.
- 3. Hiperlipemia familiar combinada.
- 4. Síndrome metabólico con hiperlipemia mixta.

300089 ENDOCRINOLOGÍA Normal 60%

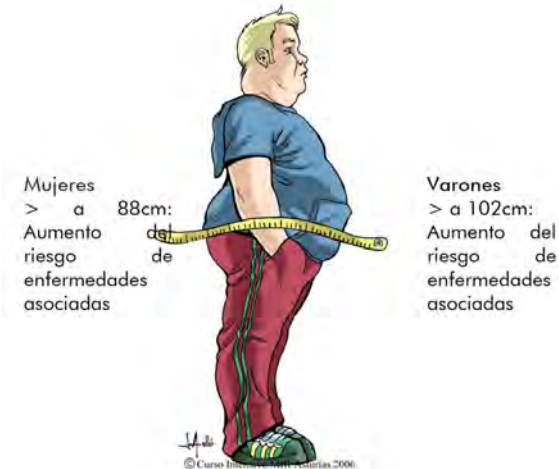
Solución: 3

La pregunta hace referencia a una **hiperlipemia familiar combinada** que se caracteriza por aumento de TG, de LDL col, descenso de HDL col y **aumento significativo de apoB** junto con aparición de cardiopatía antes de los 60 años y con antecedentes familiares de hiperlipemia mixta (respuesta 3 correcta).

La característica fundamental de la **hipercolesterolemia familiar heterocigota** es el aumento de LDL col >200-400 mg/100ml y niveles normales de TG, junto con **xantomas tendinosos y ECV** (respuesta 1 incorrecta).

La **disbetalipoproteinemia** o hiperlipoproteinemia tipo III se caracteriza por hiperlipidemia, xantomas o vasculopatías prematuras; siendo los **xantomas patognomónicos de esta enfermedad** (respuesta 2 incorrecta).

En la pregunta, el paciente tiene **TA normal, IMC normal; datos no compatibles con los criterios de síndrome metabólico**, a pesar de tener una hiperlipemia mixta (respuesta 4 incorrecta).



El perímetro de cintura es criterio de síndrome metabólico

Pregunta 11264: (90) Una de las siguientes afirmaciones es FALSA. Señálala:

- 1. El depósito excesivo de hierro en el testículo es la principal causa de hipogonadismo en los pacientes con hemocromatosis.

- 2. En los varones que consumen gran cantidad de marihuana puede observarse hipogonadismo hipogonadotro.
- 3. El hipogonadismo hipogonadotro es la causa más común de deficiencia de andrógenos en sujetos con enfermedades agudas.
- 4. El síndrome Klinefelter es el trastorno cromosómico más común que se acompaña de disfunción testicular e infertilidad masculina.

300090 ENDOCRINOLOGÍA Normal 45%

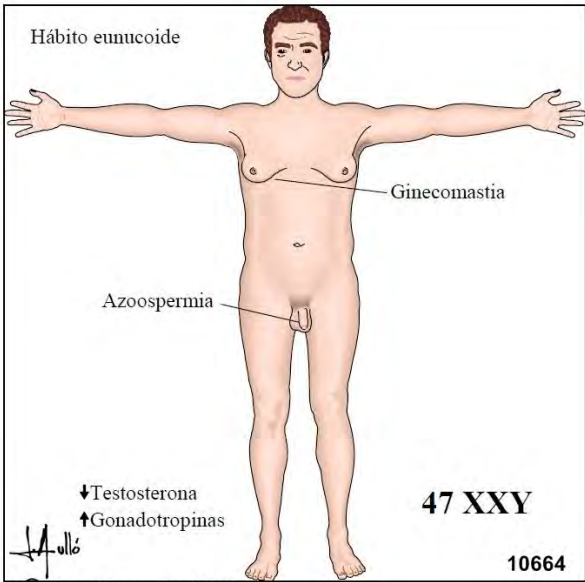
Solución: 1

El **depósito de hierro en las células de la hipófisis** es la causa principal de **hipogonadismo** en los pacientes con **hemocromatosis** (hipogonadismo hipogonadotrópico) (respuesta 1 incorrecta).

En los varones que consumen gran cantidad de **marihuana**, se produce **disminución de la secreción de testosterona**, inducido por la menor secreción de GnRH (hipogonadismo hipogonadotro) (respuesta 2 correcta) (esta afirmación ya fue preguntada en el MIR).

El **síndrome de Klinefelter**, es la causa más frecuente de **hipogonadismo primario** y esterilidad en varones (hipogonadismo hipergonadotrópico) (respuesta 4 correcta).

Las **enfermedades sistémicas** pueden ocasionar **disfunción primaria del testículo**, pero además pueden suprimir la síntesis de gonadotropinas (hipogonadismo hipogonadotrópico).



Síndrome de Klinefelter. Hipogonadismo primario

Pregunta 11265: (91) En relación con la hiperprolactinemia señale la respuesta FALSA:

- 1. La hiperprolactinemia es causa de casi el 20% de las amenorreas postpuberales.
- 2. Causa amenorrea hipergonadotropa.
- 3. El hipotiroidismo primario es causa de hiperprolactinemia.
- 4. El tratamiento médico de elección es la cabergolina.

300091 ENDOCRINOLOGÍA Fácil 82%

Solución: 2

El **aumento de prolactina produce una inhibición del factor hipotámico GnRH**, lo que conlleva a una disminución de los pulsos a nivel hipofisario para la liberación de gonadotropinas y produce una amenorrea hipogonadotrópica (respuesta 2 incorrecta).

El **hipotiroidismo primario**, por el retrocontrol sobre la hipófisis produce una **liberación fisiológica de prolactina** (respuesta 3 correcta).

El **tratamiento inicial de elección** de la hiperprolactinemia son los **agonistas dopaminérgicos** (cabergolina, bromocriptina) (respuesta 4 correcta).

Aproximadamente un 20% de las **amenorreas postpuberales** están causadas por el **aumento de prolactina** (respuesta 1 correcta).

Se trata de una pregunta, cuyas opciones de respuesta y concepto ya han sido preguntas en el MIR (pregunta REPEMIR).



Los fármacos suponen la causa más frecuente de hiperprolactinemia patológica

Pregunta 11266: (92) Una mujer de 17 años diagnosticada de anorexia nerviosa restrictiva ingresa en el hospital para el tratamiento de su cuadro de desnutrición. A los pocos días presenta disnea de medianos esfuerzos y edemas bilaterales hasta tercio medio de las piernas que dejan fovea. Su médico piensa que puede presentar un síndrome de realimentación y solicita una analítica. De las siguientes posibilidades, ¿cuál es el perfil bioquímico más probable que apoyaría este diagnóstico?

1. Hipernatremia e hiperpotasemia.
2. Hiperfosforemia e hipermagnesemia.
3. Hipofosforemia e hipopotasemia.
4. Hiponatremia e hipocalcemia.

300092 ENDOCRINOLOGÍA Difícil -12%

Solución: 3

El **síndrome de realimentación** ocurre como consecuencia de la reintroducción de nutrición (oral, enteral o parenteral) en pacientes malnutridos. Los pacientes presentan anomalías electrolíticas —**hipofosfatemia, hipopotasemia e hipomagnesemia**— otros trastornos del metabolismo hidrocarbonado y déficits vitamínicos (respuesta 3 correcta y respuestas 1 y 2 incorrectas). En las fases iniciales del síndrome de realimentación puede aparecer **retención de sodio** (hipernatremia) y expansión del fluido extracelular (respuesta 4 incorrecta). Este síndrome nos lo han preguntado ya en el MIR.



La anorexia nerviosa es una posible causa de síndrome de realimentación

Pregunta 11267: (93) Una mujer de 55 años asintomática con diagnóstico de hiperparatiroidismo primario. Acude a la consulta con una calcemia de 12 mg/dL y litiasis renal demostrada con ecografía. ¿Qué debemos aconsejar a la paciente?

1. Realizar seguimiento anual de calcemia y pautar tratamiento con cinacalcet.
2. Realizar balance calcio-fósforo en la orina.
3. Analizar el aclaramiento de creatinina y revalorar a la paciente al año.

4. Completar su estudio con una gammagrafía Sesta MIBI-Spect y preparar a la enferma para una paratiroidectomía programada.

300093 ENDOCRINOLOGÍA Normal 61%

Solución: 4

La **litiasis renal visualizada por pruebas de imagen y el riesgo bioquímico de litiasis**, además de la **fractura vertebral identificada por radiología**, son indicaciones relativamente novedosas de **tratamiento quirúrgico** del hiperparatiroidismo primario (respuesta 4 correcta); es muy útil previo a la intervención la **gammagrafía Sesta MIBI-Spect** para predecir la localización de la glándula anormal. Ante estos dos criterios de intervención quirúrgica, no son por tanto de elección el balance calcio fósforo en la orina o aclaramiento de creatinina (respuestas 2 y 3 incorrectas), además estas técnicas diagnósticas, no son útiles en la actualidad, por su escasa especificidad, prefiriéndose las **técnicas inmunométricas de PTH en combinación con mediciones simultáneas de calcio en sangre**. El uso de **cinacalcet** puede ser útil en pacientes que **rechazan la cirugía** y no son médicamente factibles (respuesta 1 incorrecta), teniendo en cuenta que estos fármacos disminuyen la calcemia, pero no afectan la densidad de la masa ósea.



El adenoma de paratiroides, es la causa más frecuente de hiperparatiroidismo primario

Pregunta 11268: (94) Hombre de 30 años de edad acude a la consulta con cifras elevadas de presión arterial en repetidas ocasiones. Niega antecedentes familiares de HTA. Tiene un IMC de 30. Se realiza analítica: Cr 0,9 mg/dL, Na 137 mmol/L, K 2,9 mmol/L, cociente aldosterona/actividad de renina de 30. ¿Cuál es la opción correcta?

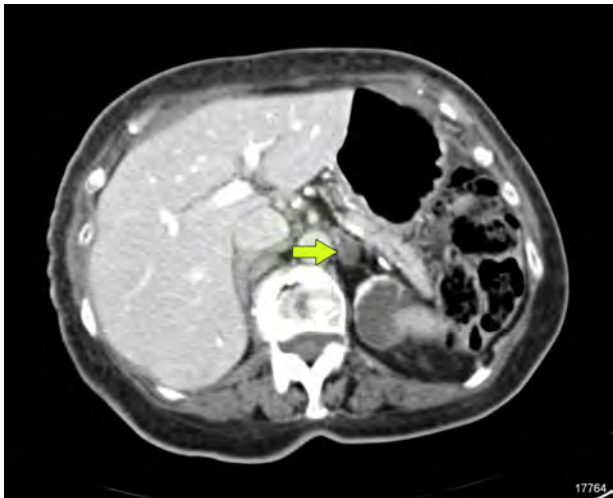
1. Se trata probablemente de un hiperaldosteronismo primario. El siguiente paso sería realizar TC de glándulas suprarrenales.
2. Se trata probablemente de un hiperaldosteronismo primario. El siguiente paso sería realizar un test de sobrecarga salina de modo que si suprime la aldosterona confirmaría el diagnóstico y pasaríamos a realizar prueba de imagen.
3. Se trata probablemente de un hiperaldosteronismo primario. El siguiente paso sería realizar un test de sobrecarga salina de modo que si no suprime la aldosterona confirmaría el diagnóstico y pasaríamos a realizar prueba de imagen.
4. Lo más probable es que se trate de una estenosis de arterias renales dado el cociente aldosterona/actividad de renina plasmática. Le realizaría ecodoppler de arterias renales para confirmarlo.

300094 ENDOCRINOLOGÍA Fácil 81%

Solución: 3

Ante los datos del enunciado de la pregunta, nos quedamos fundamentalmente con la HTA y la hipopotasemia, características claves en el **diagnóstico del Hiperaldosteronismo primario**; que dentro de sus criterios mayores está la **no supresión de la aldosterona** ante la sobrecarga salina (respuesta 3 correcta); es antagónica a este criterio la respuesta 2 (respuesta 2 incorrecta) (se podían haber aplicado las reglas de test). Antes de realizar ninguna prueba de imagen, como un **TAC de suprarrenales**, para visualizar el adenoma productor de

aldosterona (síndrome de Conn), tenemos que **diagnosticar la enfermedad y luego localizarlo** (respuesta 1 incorrecta). El cociente aldosterona/renina de 30 puede ser sugestivo de hiperaldosteronismo primario o de otras entidades como la **estenosis de arteria renal**; donde es característica la **alteración de la función renal**, entre otros datos, siendo normal en el caso de la pregunta con un valor de creatinina de 0,9 mg/dl (respuesta 4 incorrecta). El hallazgo de un ratio aldosterona/renina aumentado es únicamente una aproximación diagnóstica de hiperaldosteronismo primario que deberá confirmarse con pruebas dirigidas a la supresión de la secreción de la aldosterona. Las pruebas de confirmación más utilizadas para el **diagnóstico del hiperaldosteronismo primario** son: **sobrecarga salina intravenosa**, la sobrecarga oral de sodio y la supresión con Fludrocortisona.



La causa más común de exceso de mineralocorticoides es el hiperaldosteronismo primario

Pregunta 11269: (95) Hombre de 63 años en estudio por cuadro de astenia. En el hemograma se evidencia una hemoglobina de 9 g/dL, con un volumen corpuscular medio de 102 fL. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos le parece MENOS probable?

- 1. Intoxicación por plomo.
- 2. Alcoholismo.
- 3. Síndrome mielodisplásico.
- 4. Déficit de vitamina B12.

300095 HEMATOLOGÍA Fácil 83%

Solución: 1

Ante un volumen de 102 fL debemos de buscar causas de macrocitosis. La **intoxicación por plomo** suele provocar una anemia sideroblástica, la cual es habitualmente microcítica e hipocroma (respuesta 1 correcta). Hay otras causas de anemias sideroblásticas, siendo un grupo muy heterogéneo. El **alcoholismo crónico** y los **síndromes mielodisplásicos** son causas de anemias macrocíticas no megaloblásticas (respuestas 2 y 3 incorrectas) El **déficit de B12** provoca un cuadro de macrocitosis megaloblástica (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta 11270: (96) Una mujer de 40 años de edad se va a someter a cirugía por colelitiasis. Presenta discreta esplenomegalia en la exploración física y en la analítica: Hb 9 g/dL, VCM 80 fL, CHCM 38 g/dL, bilirrubina total 2 mg/dL con indirecta de 1,8 mg/dL, LDH 500 U/L y reticulocitos del 10%. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

- 1. Esferocitosis hereditaria.
- 2. Drepanocitosis.
- 3. Anemia hemolítica autoinmune.
- 4. Anemia sideroblástica.

300096 HEMATOLOGÍA Fácil 69%

Solución: 1

Descartamos la **anemia sideroblástica** al ser una anemia de causa central (respuesta 4 incorrecta). Aquí nos hablan de reticulocitosis del 10% lo que implica que nos preguntan sobre

una anemia periférica (reticulocitos > 2%). Nos dan datos de hemólisis asociada (elevación de bilirrubina y LDH con reticulocitos elevados), siendo las tres primeras anemias de este tipo. En ningún momento nos dan datos de inmunidad (no nos hablan de Coombs +) con lo que descartamos la **anemia hemolítica autoinmune** (respuesta 3 incorrecta) La **drepanocitosis** suele presentarse en edades más tempranas, y la clínica tanto aguda como crónica suele ser mucho más llamativa: dolor abdominal por trombosis de arteria esplénica, alteraciones óseas, úlcera tórpida, infecciones de repetición... (respuesta 2 incorrecta). La asociación de: anemia hemolítica con clínica leve, esplenomegalia y colelitiasis concuerda con la triada de la **Esferocitosis hereditaria**, preguntada varias veces en Mires anteriores (respuesta 1 correcta).

Pregunta 11271: (97) Hombre de 35 años ingresado por un primer episodio de tromboembolismo pulmonar. Se ha iniciado tratamiento anticoagulante con heparina sódica pero el paciente no alcanza rangos de TTPa terapéuticos. ¿Qué entidad sospecharía?

- 1. Déficit de proteína C.
- 2. Anticoagulante lúpico.
- 3. Mutación factor V Leiden.
- 4. Déficit de antitrombina.

300097 HEMATOLOGÍA Fácil 74%

Solución: 4

El **déficit de antitrombina III (AT)** fue el primero de los estados trombofílicos descritos. Hay que tener presente que la heparina actúa como anticoagulante estimulando al sistema de la antitrombina III (bloqueando los factores activados de la coagulación II, IX, X, XI y XII). Si se presenta un paciente con una trombosis, como es el caso, y siendo anticoagulado con la heparina de forma habitual no alcanza rangos terapéuticos esperables, lo primero que tengo que sospechar es la presencia de un déficit de la antitrombina (respuesta 4 correcta); ya que para alcanzar rangos terapéuticos se ha de asociar a la heparina, concentrados de AT.

Pregunta 11272: (98) Hombre de 75 años que recibe tratamiento anticoagulante con dabigatrán por una fibrilación auricular. Acude al servicio de urgencias por hemorragia digestiva en forma de melenas. Se realiza analítica en la que presenta Hb 6,8 g/dL, plaquetas 234.000/mm³, creatinina 1,5 mg/dL, TTPa 60 segundos, tiempo de trombina 100 segundos. Ha tomado la última dosis de dabigatrán hace 4 horas y precisa realización de endoscopia urgente. ¿Qué fármaco utilizarla para revertir el efecto del dabigatrán?

- 1. Vitamina K.
- 2. Idarucizumab.
- 3. Plasma fresco congelado.
- 4. Sulfato de protamina.

300098 HEMATOLOGÍA Fácil 95%

Solución: 2

El caso clínico comenta que un paciente a tratamiento con uno de los nuevos anticoagulantes orales tiene una hemorragia digestiva que le está provocando una anemia. Ante la necesidad de realizar una endoscopia, y con el fin de evitar más sangrados, parece razonable la necesidad de revertir el efecto del anticoagulante. El **Idarucizumab** es el antídoto del dabigatrán, fármaco que está tomando el paciente (respuesta 2 correcta). El **sulfato de protamina** (respuesta 4 incorrecta) lo utilizaríamos si el paciente estuviera anticoagulado con heparina. El **plasma fresco o la vitamina K** (respuestas 1 y 3 incorrectas) los emplearíamos ante una hemorragia en un paciente anticoagulado con ACOS.

Pregunta 11273: (99) En la leucemia linfocítica crónica NO es un marcador del mal pronóstico:

- 1. Hipermutaciones de IgVH.
- 2. Alta expresión de ZAP 70.
- 3. Mutaciones de TP53.
- 4. Alta expresión de CD38.

300099 HEMATOLOGÍA Fácil 4%

Solución: 1

Marcadores pronósticos de LLC:

	PRONOSTICO FAVORABLE	PRONOSTICO DESFAVORABLE
Mutaciones IgHV	Presentes	Ausentes
Expresión CD38	Baja	Alta
Expresión de ZAP 70	Baja	Alta
Mutación MYD 88	Presente	Ausente
Mutaciones de TP 53, ATM, NOTCH1 o SF3B1	Ausentes	Presentes

Pregunta 11274: (100) En cuanto al tratamiento del linfoma folicular, una de las siguientes aseveraciones es FALSA:

1. El tratamiento de mantenimiento con rituximab prolonga la duración de las remisiones.
2. En la era de la inmunoterapia, la actitud de observación sin tratamiento no es adecuada en este subtipo de linfoma.
3. La combinación de rituximab y CHOP consigue la remisión en un elevado porcentaje de pacientes.
4. El trasplante de células madre hematopoyéticas puede ser útil tras las recaídas.

300100 HEMATOLOGÍA Fácil 81%

Solución: 2

La considero una pregunta difícil y de alguna manera, incluso incorrecta ya que podríamos considerar todas como opciones falsas.

La administración de **rituximab** de forma bimensual o trimestral durante dos años prolonga la remisión tras el tratamiento quimioterápico intravenoso (respuesta 1 incorrecta).

La **combinación R-CHOP** es el tratamiento que se elige en primera línea normalmente como primera opción con buenos resultados publicados (respuesta 2 incorrecta).

El **trasplante de progenitores hematopoyéticos** (autólogo o alogénico) es una opción terapéutica válida ante recaídas del tumor (respuesta 4 incorrecta).

Los pacientes con LF en estadio avanzado y sin factores de riesgo pueden permanecer sin tratamiento hasta la aparición de signos de progresión. Su supervivencia no difiere de los tratados desde el diagnóstico. Desde que disponemos de inmunoterapia la alternativa sería el tratamiento con Rituximab, aunque por el momento no se evidencia que esta actitud prolongue la supervivencia. Por ello, en la práctica, la **actitud conservadora** es especialmente utilizada en pacientes mayores con LF poco agresivos. Por este motivo no considero que la opción 2 sea correcta en este caso, y bajo mi punto de vista debería de haber sido anulada.

Pregunta 11275: (101) Hombre de 60 años con el siguiente hemograma: leucocitos 10.000/uL con desviación izquierda, Hb 11 g/dL y plaquetas 1.870.000/uL con importante anisotrombía. Moderada esplenomegalia en el examen físico. En el estudio molecular se detecta reordenamiento del gen bcr/abl y no se detecta mutación en el gen JAK2. ¿Cuál es el diagnóstico correcto?

1. Trombocitemia esencial.
2. Leucemia mieloide crónica.
3. Mielolobrosis en fase prefibrótica.
4. Leucemia aguda megacarioblástica.

300101 HEMATOLOGÍA Normal 54%

Solución: 2

Se trata de un caso donde se observa una leve leucocitosis (eso es lo que nos podría hacer dudar con la respuesta) con desviación a la izquierda, trombocitosis importante y moderada esplenomegalia. No nos hablan de proliferación de blastos, con lo que descartamos la **leucemia aguda** (respuesta 4 incorrecta).

La clave está en el estudio molecular que detecta el gen bcr/abl siendo el JAK2 negativo (positivo en mayor o menor medida en los otros 3 síndromes mieloproliferativos crónicos: **trombocitosis esencial**, policitemia vera y **mielofibrosis idiopática**) (respuestas 1 y 3 incorrectas). Por todo ello, nos decantamos por la

Leucemia mieloide crónica: leucocitosis (leve) + esplenomegalia + presencia del gen bcr/abl siendo la mutación del JAK2 negativo (respuesta 2 correcta).

Pregunta 11276: (102) ¿Cuál es el diagnóstico más probable de un paciente con trombopenia progresiva, niveles de fibrinogeno bajos, alargamiento de los tiempos de protrombina y tromboplastina parcial activada, aumento de los dímeros-D y esquistocitos en el frotis de sangre periférica?

1. Coagulación intravascular diseminada.
2. Purpura trombótica trombocitopénica.
3. Síndrome antifosfolípido catastrófico.
4. Enfermedad de Von Willebrand.

300102 HEMATOLOGÍA Normal 53%

Solución: 1

El caso clínico se describe una analítica totalmente compatible con una **coagulación intravascular diseminada:** trombopenia por consumo, alargamiento de tiempos de coagulación (TTPa y TPT) por consumo de factores de coagulación, hipofibrinogememia por consumo, elevación del dímero-D y asociación de esquistocitos (respuesta 1 correcta).

Una de las primeras dudas que nos plantea la pregunta es el diagnóstico diferencial con la **PTT** debido a la existencia de esquistocitos, pero los tiempos de coagulación no se ven alterados en esta entidad ya que es un problema de hemostasia primaria (respuesta 2 incorrecta).

En el síndrome antifosfolípido aparece clínica de trombosis, no hemorragias como plantean en la pregunta (respuesta 3 incorrecta).

En la **enfermedad de Von Willebrand**, nuevamente están conservados los tiempos de coagulación al ser un problema de hemostasia primaria y tampoco se encuentran esquistocitosis asociados (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta 11277: (103) De las diferentes reacciones adversas que se pueden presentar tras una transfusión, ¿cuál puede ser prevenida con la modificación del componente sanguíneo?

1. Las reacciones hemolíticas tardías, ya que las pruebas de detección de anticuerpos previas a la transfusión son positivas y por tanto se transfundirá sangre carente del antígeno.
2. La hipocalcemia puede ser prevenida mediante la retirada del citrato que llevan los concentrados de hemáties.
3. El lavado de los concentrados de hemáties previene la sobrecarga férrica en los pacientes politransfundidos.
4. La irradiación de los componentes celulares (concentrados de hemáties y plaquetas) con 2500 cGy evita la aparición de la enfermedad injerto contra huésped asociada a la transfusión.

300103 HEMATOLOGÍA Difícil 27%

Solución: 4

La EICH post-transfusional puede evitarse por **radiación de los componentes celulares (mínimo de 2.500 cGy)** antes de la transfusión a pacientes en riesgo. Los pacientes en riesgo incluyen los fetos que reciben transfusiones intrauterinas, receptores selectos con buena respuesta inmunitaria (p.ej., pacientes con linfoma) o receptores con inmunodepresión, receptores de unidades provenientes de un familiar cercano y aquellos que recibieron trasplante de médula ósea (respuesta 4 correcta).

Las **reacciones transfusionales hemolíticas tardías** no son susceptibles de prevención por completo. Ocurren en pacientes previamente sensibilizados a aloantígenos eritrocíticos que tienen pruebas de detección negativas para aloanticuerpos por las bajas concentraciones de anticuerpos. Los aloanticuerpos son detectables una a dos semanas después de la transfusión. No suele requerirse tratamiento específico, aunque podría ser necesaria la administración de concentrados adicionales de eritrocitos (respuesta 1 incorrecta).

El citrato usado como anticoagulante en las unidades de sangre es metabolizado en el hígado, no siendo frecuente la aparición de trastornos asociados. En transfusiones masivas si además el metabolismo hepático está deprimido, puede producirse una intoxicación por citrato con **disminución del calcio iónico**, trastornos del ritmo cardíaco e hiperreactividad

neuromuscular (respuesta 2 incorrecta). Se trata monitorizando el calcio y administrando el mismo si disminuye o aparecen signos de hipocalcemia en el ECG. Cuando se administra, no debe de hacerse por la misma vía que los componentes sanguíneos porque favorece la formación de coágulos al anular el efecto anticoagulante del citrato. Cada unidad de **concentrado de eritrocitos** contiene 200 a 250 mg de hierro. Los síntomas y signos de sobrecarga de hierro se previenen mediante el uso de tratamientos alternativos (p. ej., eritropoyetina) y el uso juicioso de transfusión. Se encuentran disponibles fármacos quelantes, como la deferoramina y el deferasiro, pero la respuesta a menudo es subóptima (respuesta 3 incorrecta).

Pregunta 11278: (104) Mujer de 47 años diagnosticada de enfermedad de Waldenström agresiva tras 4 líneas de tratamiento y recidiva precoz post trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos. Tras tratamiento de rescate se obtiene buena respuesta. Como tiene un hermano HLA idéntico se realiza intensificación con trasplante alogénico de progenitores con acondicionamiento con fludarabina y busulfán. En el día 14 tras infusión de progenitores se aprecia aumento progresivo de peso, con aumento de bilirrubina hasta 4,5 mg/dL y molestias abdominales difusas sin fiebre, con hepatomegalia moderada ligeramente dolorosa y oleada ascítica positiva. ¿Cuál es la actitud más adecuada en este caso?

- 1. Iniciar tratamiento con esteroides a dosis altas ante posibilidad de enfermedad aguda injerto contra huésped hepática.
- 2. Ampliar cobertura antibiótica ante posibilidad de complicación infecciosa.
- 3. Considerar síndrome de obstrucción sinusoidal y valorar iniciar tratamiento con defibrotide.
- 4. Tratamiento sintomático y ver evolución.

300104 HEMATOLOGÍA Normal 39%

Solución: 3

En el **síndrome de obstrucción sinusoidal (SOS) o enfermedad veno oclusiva hepática**, se produce una hipertensión portal postsinusoidal. Clínicamente se manifiesta, tras el trasplante inmediato, por la aparición de hepatomegalia dolorosa, ictericia, aumento de peso por retención hídrica, y en casos graves (menos del 20%) evolución hacia un fallo multiorgánico con mortalidad superior al 80%. Su incidencia es muy variable en función de la intensidad del tratamiento de acondicionamiento (mayor si se emplea busulfán o altas dosis de radioterapia), la existencia de hepatopatía previa o el empleo de fármacos hepatotóxicos, el tipo de TPH (mayor en alogénico) y el grado de compatibilidad entre donante y receptor (respuesta 3 correcta). Las medidas terapéuticas y profilácticas han sido poco efectivas, si bien en un estudio se ha demostrado la eficacia del defibrótido en la prevención (en niños).

Pregunta 11279: (105) Un hombre de 45 años consulta por un exantema máculo-papular eritematoso, no pruriginoso, en tronco y raíz de extremidades, así como alteraciones visuales del ojo izquierdo con una exploración oftalmológica con lámpara de hendidura compatible con uveítis anterior. Seis semanas antes había presentado una úlcera escrotal no dolorosa, que curó espontáneamente en el curso de 3 semanas. Un título elevado de anticuerpos treponémicos y reaganínicos confirma el diagnóstico de sífilis. La serología para VIH es negativa. ¿Cuál es la actitud terapéutica más correcta?

- 1. Administración única intramuscular de penicilina G benzatina 2,4 millones de unidades.
- 2. Penicilina G benzatina 2,4 millones de unidades, 1 inyección intramuscular semanal durante 3 semanas.
- 3. Penicilina acuosa, 24 millones de unidades al día (en 6 dosis intravenosas), durante 2 semanas.
- 4. No puede tomarse una decisión terapéutica en este caso sin realizar antes una punción lumbar.

300105 INFECCIOSAS Difícil -32%

Solución: 3

Nos plantean un caso clínico compatible con un cuadro de sífilis secundaria, tanto por los datos clínicos (exantema no pruriginoso) como por la analítica (anticuerpos reagínicos y treponémicos positivos), además con el antecedente de úlcera no dolorosa 6 semanas antes. Tanto en la sífilis primaria, como en la secundaria o latente precoz se recomienda dosis única de Penicilina G benzatina 2,4 millones de unidades, pero cuando hay afectación ocular (uveítis...), con independencia de la fase en que aparezca, las publicaciones especializadas recomiendan que se trate como neurosífilis, es decir penicilina G endovenosa en dosis de 18 a 24 millones de unidades por día en dosis dividida cada cuatro horas o en infusión continua por 10 a 14 días. Los manuales habituales de estudio de Medicina (Harrison, Farreras...) no incluyen esta peculiaridad terapéutica, por lo que nos parece muy difícil esta pregunta. La punción lumbar no es exigible (contrariamente a lo que se oferta en la respuesta 4) para adoptar una decisión terapéutica.

Pregunta 11280: (106) Hombre de 55 años, sometido a trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos hace 3 meses. Posteriormente desarrolló enfermedad del injerto contra el huésped, por lo que precisó dosis elevadas de glucocorticoides y como consecuencia desarrolló una diabetes, con malos controles glucémicos. Presenta desde hace 3 semanas un cuadro de fiebre, tos seca, dolor torácico y deterioro progresivo del estado general. En la radiografía de tórax se observa un nódulo en lóbulo superior izquierdo, que también puede apreciarse en una TC de tórax acompañado del signo del halo. La mala evolución clínica conduce a la realización de broncoscopia y de biopsia transbronquial que pone de manifiesto la presencia de hifas de grueso tamaño, no septadas, con ocasionales ramificaciones en ángulo recto. ¿Cuál de los siguientes tratamientos es el más adecuado para este paciente?

- 1. Anfotericina B.
- 2. Voriconazol.
- 3. Caspofungina.
- 4. Anidulafungina.

300106 INFECCIOSAS Difícil 17%

Solución: 1

Los **Mucorales** son hongos ampliamente distribuidos en el entorno ambiental y entre los que revisten importancia clínica cabe retener a *Rhizopus*, *Mucor* y *Absidia*. Originan infección más bien en diabéticos o personas con anomalías de la función fagocitaria (por ejemplo, quienes tienen neutropenia o reciben corticoterapia). La mucormicosis pulmonar aparece más a menudo en pacientes leucémicos que reciben quimioterapia y en individuos que reciben trasplante de células progenitoras hematopoyéticas. La lesión característica de la infección por **Mucorales** es la necrosis producida por la invasión de los vasos, lo que en el pulmón se traduce en cavitación, hemorragia, imágenes de infarto en cuña y ocasionalmente hemoptisis masiva que puede ser fatal. El diagnóstico de mucormicosis se basa fundamentalmente en una elevada sospecha clínica. Su confirmación se hace basándose en el aislamiento de microorganismos de la familia **Mucorales** en muestras clínicas estériles y se confirma por la demostración de invasión tisular por hifas gruesas, no tabicadas y ramificadas en ángulos rectos, tal y como se refleja en el enunciado de la pregunta. El tratamiento de la mucormicosis se basa en cuatro principios: un diagnóstico rápido, la eliminación de los factores predisponentes, el desbridamiento y la resección quirúrgica y el tratamiento antifúngico con **anfotericina B** (respuesta 1 correcta), que es el fármaco de elección. El **voriconazol**, que constituye el fármaco de elección contra la aspergilosis, ha exacerbado la mucormicosis en modelos de ratones y moscas (respuesta 2 incorrecta). La **caspofungina** es una equinocandina utilizada en el tratamiento de la aspergilosis invasiva y la candidiasis sistémica (respuesta 3 incorrecta). La **anidulafungina** es una equinocandina indicada en el tratamiento de candidiasis sistémica en adultos (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta 11281: (107) Una mujer de 25 años de edad, sin antecedentes patológicos destacables, acude a urgencias refiriendo disuria, polaquiuria, tenesmo y urgencia miccional. Niega tener flujo vaginal. Hace tres días ha regresado de su luna de miel. En la exploración está con buen estado general y afebril. Se realiza una prueba de orina mediante una tira reactiva que muestra nitritos positivos y un test de embarazo que resulta negativo. ¿Cuál es la actitud adecuada a seguir?

- 1. Solicitar un cultivo de orina y diferir el inicio del tratamiento antibiótico hasta tener el resultado definitivo.
- 2. Solicitar un cultivo de orina e iniciar a continuación el tratamiento antibiótico empírico ambulatorio hasta tener el resultado definitivo.
- 3. Debe considerarse el tratamiento empírico de la paciente y su pareja.
- 4. No solicitar ningún estudio más e iniciar el tratamiento antibiótico empírico ambulatorio.

300107 INFECCIOSAS Dificil 10%

Solución: 4

El tratamiento de la cistitis sin complicaciones en mujeres se basa sólo en la anamnesis. Sin embargo, si los síntomas son inespecíficos o es imposible obtener información fidedigna, habrá que realizar una prueba con tira colorimétrica. La positividad de nitritos o esterasas de leucocitos en una mujer con síntomas de ITU incrementa la probabilidad de la infección mencionada, del **50 % al 80 % y cabrá pensar en la realización de un tratamiento empírico sin nuevos análisis.**

Si además existen otras circunstancias adicionales como factores que conllevan una complicación o secreción vaginal y están presentes factores de riesgo de ITU, la posibilidad de que exista una infección de vías urinarias se acerca a 90 %. Esta recomendación se hace en el caso de que no estén presentes factores propios de ITU complicada, como el embarazo (respuesta 4 correcta).

Pregunta 11282: (108) Respecto al tratamiento de la tuberculosis, una de las siguientes afirmaciones es FALSA:

- 1. El tratamiento de la enfermedad tuberculosa incluye varios fármacos con el fin de prevenir el desarrollo de cepas resistentes y el fracaso terapéutico.
- 2. El tratamiento de la infección tuberculosa latente incluirá isoniácida durante 6 a 9 meses o rifampicina durante 4 meses.
- 3. Bedaquilina es un fármaco nuevo, indicado en la tuberculosis multisensible.
- 4. Cicloserina, estreptomina, PAS y levofloxacino son fármacos indicados en la tuberculosis multirresistente.

300108 INFECCIOSAS Dificil 17%

Solución: 3

El tratamiento de la "infección latente" (es decir, la quimioprofilaxis secundaria) busca erradicar los bacilos para evitar una reactivación futura en forma de enfermedad activa. Se realiza en pacientes con Mantoux positivo, después de haber descartado la presencia de enfermedad activa mediante revisión clínica (no tendrá un cuadro clínico subagudo consistente en astenia, anorexia, hemoptisis, febrícula, mal estado general... etc.) y radiográfica (no aparecerán cavernas en la placa de tórax). Habitualmente, se administra **isoniácida 6 meses (9 meses** en casos de inmunocompetentes o lesiones pulmonares fibrosantes). En casos de intolerancia o alergia al compuesto, se puede plantear un régimen de **Rifampicina durante 4 meses** (no obstante, esta medida es menos efectiva y, por tanto, no se considera como primera elección) (respuesta 2 correcta).

El **tratamiento de la enfermedad tuberculosa se realiza con varios fármacos simultáneamente** (generalmente Rifampicina, Isoniácida, Pirazinamida y Etambutol), con la intención de prevenir el desarrollo de cepas resistentes y el consiguiente fracaso terapéutico (respuesta 1 correcta).

Cicloserina, PAS, Capreomicina, Etionamida, Kanamicina son fármacos de segunda línea. Tanto estos como las quinolonas (**Levofloxacino, Moxifloxacino, Gatifloxacino...** etc) se emplean en la **tuberculosis multirresistente**, con pautas de 18 o más meses de duración. En estos casos también se suelen emplear otros fármacos de primera línea no habituales, como la

Estreptomina (salvo que existan resistencias específicas frente a esta terapia) (respuesta 4 correcta).

Bedaquilina y Delamanida son dos fármacos empleado para la **tuberculosis Multirresistente** (no para la multisensible) -de hecho, el término "multisensible" no se emplea en esta patología (respuesta 3 incorrecta).

Pregunta 11283: (109) ¿A quién NO pediría una serología de VIH?

- 1. Recién nacido de madre con infección crónica controlada por VIH.
- 2. Paciente de 30 años con tuberculosis pulmonar.
- 3. Paciente de 20 años con fractura de tobillo.
- 4. Paciente de 60 años con infección por *Pneumocystis jirovecii*.

300109 INFECCIOSAS Dificil -22%

Solución: 1

Para realizar el diagnóstico de infección en un recién nacido habría que realizar pruebas directas, como PCR para ARN en plasma o Carga Viral, detección del antígeno p24, PCR para ADN provírico en linfocitos o cultivo directo de VIH. La serología será positiva, acorde con la de la madre, debido a la transferencia pasiva de Ac por la circulación placentaria) (respuesta 1 incorrecta).

Las pruebas de detección directa e indirecta (métodos serológicos) del VIH sirven, fundamentalmente, para diagnosticar si una persona se halla infectada por el virus y, en caso afirmativo, cuál es la actividad replicativa del mismo (cuantificación de las copias de ARN, VIH-1/mL de plasma o carga viral) que se emplea además como marcador pronóstico y de eficacia del tratamiento antirretrovírico. Los estudios de sensibilidad a los fármacos antirretrovirales se pueden efectuar por métodos genotípicos convencionales y por secuenciación. La detección en el suero de las personas infectadas de anticuerpos específicos (anticuerpos anti-HIV) por inmunoenanálisis (EIA) es el método empleado con más frecuencia para el diagnóstico de la infección por el VIH.

Los CDC han recomendado que la detección de marcadores serológicos de VIH en la población se realice como práctica sistemática en la atención a la salud y por lo tanto pueden solicitarse en las circunstancias indicadas en la respuesta 3 y cuando se valora a un paciente en el contexto de enfermedades infecciosas asociadas a la infección VIH tal y como se recogen en las respuestas 2 y 4.

Pregunta 11284: (110) ¿Cuál de las siguientes entidades NO se asocia con el virus de Epstein-Barr?

- 1. Carcinoma nasofaríngeo.
- 2. Leucoplasia oral vellosa.
- 3. Linfoma de Burkitt.
- 4. Sarcoma de Kaposi.

300110 INFECCIOSAS Fácil 94%

Solución: 4

El virus de Epstein-Barr es el agente causal de la mononucleosis infecciosa con anticuerpos heterófilos positivos, que se caracteriza por fiebre, faringitis, adenopatías y linfocitosis atípica.

El VEB también se vincula a diversos tumores como el carcinoma nasofaríngeo (respuesta 1 correcta), el linfoma de Burkitt (respuesta 3 correcta), la enfermedad de Hodgkin y el linfoma de células B.

La leucoplasia oral vellosa es una manifestación temprana de la infección por el VIH en los adultos. La mayoría de los pacientes presentan lesiones elevadas y blancas en la lengua y a veces en la mucosa oral, que contienen ADN de VEB. (respuesta 2 correcta).

El sarcoma de Kaposi está relacionado con la infección por el herpes virus humano tipo 8, al igual que un subgrupo de linfomas de linfocitos B de las cavidades corporales y con la enfermedad multicéntrica de Castleman (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta 11285: (111) Respecto al cáncer de cabeza y cuello, indique la opción INCORRECTA:

- 1. La mayor parte de los tumores de la glándula parótida son benignos y alrededor del 50% de los tumores de las glándulas salivales menores pueden ser malignos.
- 2. El virus del papiloma humano se relaciona con el desarrollo de tumores malignos de la orofaringe en pacientes no fumadores ni bebedores.
- 3. En tumores local o regionalmente avanzados la radioterapia y quimioterapia son menos eficaces cuando se administran simultáneamente tras la cirugía.
- 4. En el momento del diagnóstico inicial de un carcinoma de cabeza y cuello menos del 10% de los pacientes presentan afectación metastásica a distancia.

300111 C. MAXILOFACIAL Normal 52%

Solución: 3
Los tumores de glándulas salivares tienen más probabilidad de ser malignos cuanto menor es el tamaño de las glándulas afectas. Es decir, que los tumores de glándula salivar menor suelen ser malignos mientras que los de parótida suelen ser benignos (respuesta 1 correcta).

El virus del papiloma humano (sobre todo el serotipo 16) se relaciona con carcinomas escamosos de orofaringe. Este subtipo de tumores de orofaringe se caracteriza por ser más frecuentes en raza blanca, personas más jóvenes (10 años más jóvenes que los que tiene carcinomas HPV negativos), de mejor pronóstico y en personas que ni fuman ni beben (respuesta 2 correcta).

La frecuencia de metástasis a distancia en carcinomas de cabeza y cuello varía ligeramente entre series, pero es menor del 10% en el momento del diagnóstico (respuesta 4 correcta).

El carcinoma de células escamosas de cabeza y cuello, local o regionalmente avanzado (estadio III / IV), se asocia con un alto riesgo de recidiva local y metástasis a distancia. En general, se requieren enfoques de tratamiento combinados (cirugía, RT y / o quimioterapia) para optimizar las posibilidades de control de la enfermedad a largo plazo. Las decisiones sobre la secuenciación óptima y la selección de la cirugía, la RT y la quimioterapia requieren comités multidisciplinares. Los factores clave a considerar incluyen el sitio del tumor primario y la extensión de la enfermedad, los factores individuales del paciente (edad, comorbilidad, preferencias con respecto al tipo de tratamiento) y las posibles consecuencias funcionales y la morbilidad de cada enfoque de tratamiento. Los enfoques de tratamiento combinado incluyen:

- cirugía primaria seguida de RT postoperatoria o quimiorradioterapia concurrente
- quimioterapia de inducción (quimioterapia antes), seguida de cirugía y / o RT
- quimiorradioterapia concurrente sin cirugía
- quimioterapia de inducción seguida de quimiorradioterapia, sin cirugía.

La radioterapia puede ser radical (único tratamiento con intención curativa para el tumor), adyuvante (después de la cirugía o de la quimioterapia para consolidar el tratamiento local) y concomitante (administrada a la vez que otro tratamiento, como la quimioterapia, con el fin de realizar un tratamiento a la vez local y sistémico, mejorando los resultados comparado con los que tendría cada tratamiento por separado (respuesta 3 incorrecta).

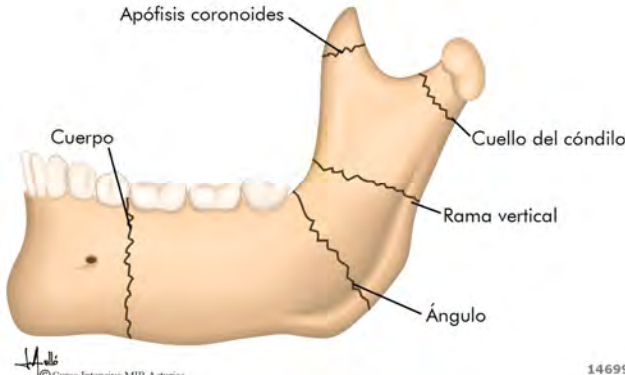
La quimiorradioterapia concomitante con platino es el enfoque preferido para la mayoría de los carcinomas de células escamosas localmente avanzados de cabeza y cuello. Se reserva el cetuximab para pacientes con un buen estado físico que no sean candidatos para regímenes basados en platino debido a una contraindicación específica (nefrototoxicidad, ototoxicidad o neuropatía). Los adultos mayores y aquellos con comorbilidades significativas se tratan únicamente con RT, en lugar de con tratamientos combinados de cetuximab más RT o un platino más RT.

Pregunta 11286: (112) Ante un paciente que ha sufrido una caída accidental con traumatismo en el mentón y que presenta disociación con mordida abierta lateral derecha y desviación de la mandíbula a la izquierda en la apertura oral, el diagnóstico de sospecha es:

- 1. Fractura de tercio medio facial tipo Le Fort I.
- 2. Fractura de ángulo mandibular derecho.
- 3. Fractura de arco cigomático izquierdo.
- 4. Fractura de cóndilo mandibular izquierdo.

300112 C. MAXILOFACIAL Fácil 68%

Solución: 4
Las fracturas de mandíbula son, tras las nasales, las más frecuentes. Suponen entre el 10 y el 25 % de todas las fracturas faciales. Las fracturas mandibulares cursan con maloclusión o disociación (los dientes superiores e inferiores no "encajan como antes"). La posición llamada de «mordida abierta», significa que al cerrar la boca no coaptan adecuadamente las arcadas dentarias superior e inferior (3MIR), y se debe a la existencia de un contacto prematuro al cerrar la boca en los dientes de uno de los fragmentos desplazados por la fractura.

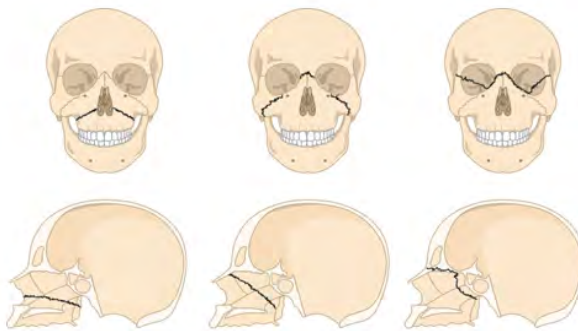


Fracturas de mandíbula

En las fracturas del cóndilo, al abrir la boca, el mentón se desvía del hacia el lado fracturado (3MIR), y no se palpa la movilidad normal del cóndilo por delante del CAE (silencio condilar) por delante del CAE (respuesta 4 correcta).

Las fracturas de ángulo de la mandíbula tienen lugar por detrás del último molar. Cursan con dolor, maloclusión, trismus, parestesia o anestesia en el territorio del nervio mentoniano, hemorragia, edema y equimosis, escalón palpable en el reborde mandibular y movilidad anormal en el foco de fractura. En ellas el mentón NO se desvía hacia el lado fracturado al abrir la boca (respuesta 2 incorrecta). Las fracturas mínimamente desplazadas se tratan con reducción cerrada. Las fracturas desplazadas requieren habitualmente, por ser posteriores a la dentición, reducción abierta y fijación rígida por vía intraoral (miniplacas) o extraoral (placas de compresión EDCP). Si se utiliza el abordaje intraoral frecuentemente se colocan los tornillos percutáneamente

En las fracturas de Le Fort I el trazo de fractura es horizontal, por encima de los ápices de los dientes superiores y afectando al seno maxilar y septum nasal. Posteriormente se fractura el hueso palatino y las apófisis pterigoides del esfenoides sección. Se caracterizan por maloclusión, y movilidad anormal del proceso alveolar fracturado. NO hay laterodesviación del mentón con la apertura oral (respuesta 1 incorrecta).



Fracturas de Le Fort I (A), II (B) y III (C)

Las **fracturas de arco cigomático** pueden presentarse aisladamente o en combinación con fracturas del complejo cigomático malar. Cursan con edema o equimosis en la región del arco cigomático, deformidad visible o palpable, y, en ocasiones, con limitación de la apertura de la boca por choque de la apófisis coronoides de la mandíbula contra el arco cigomático fracturado. **NO** producen maloclusión ni laterodesviación del mentón en la apertura mandibular (respuesta 3 incorrecta).

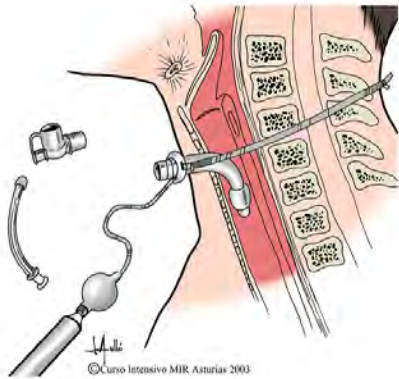
Pregunta 11287: (113) Le llaman a las 2 de la madrugada porque hay un paciente en urgencias que se está asfixiando. La enfermera le tiene preparado un gotero con teofilina y un bisturí para realizar una traqueotomía. Sin dudarle, usted elige el bisturí porque:

- 1. El paciente presenta estridor espiratorio y signos evidentes de edema pulmonar.
- 2. El paciente está muy cianótico.
- 3. El paciente está taquicárdico y sudoroso.
- 4. El paciente presenta estridor inspiratorio y tiraje.

300113 OTORRINOLARINGOLOGÍA Fácil 72%

Solución: 4

El estridor está provocado por una vía aérea estrechada u obstruida. Puede ser inspiratorio, espiratorio o bifásico. El **estridor inspiratorio** puede ser indicativo de obstrucción grave de las vías respiratorias por una epiglottitis, un cuerpo extraño alojado en la vía aérea, o un tumor de laringe. El **estridor inspiratorio** es típico de una obstrucción supraglótica o glótica (solucionable mediante **traqueotomía**), mientras que el **estridor espiratorio** es propio de una obstrucción intratorácica, por lo tanto, no solucionable mediante una traqueotomía (respuesta 1 incorrecta, respuesta 4 correcta).



El hecho de que el paciente **esté muy cianótico** sólo indica la situación de hipoxia, **no** su origen (y por tanto no nos aporta datos para decidir a favor o en contra de una traqueotomía) (respuesta 2 incorrecta). Tampoco el hecho de que el paciente se encuentre **taquicárdico y sudoroso** nos orienta sobre la localización de la obstrucción respiratoria, y el tipo de tratamiento a escoger (respuesta 3 incorrecta).

Pregunta 11288: (114) Un hombre de 45 años, sin antecedentes personales de interés acude a consulta por presentar una adenopatía cervical derecha de localización alta (nivel II), de consistencia dura y adherida. Además refiere dificultad respiratoria nasal por fosa nasal derecha, rinorrea sanguinolenta y sensación de taponamiento ótico. De las siguientes entidades, ¿cuál es su primera sospecha diagnóstica?

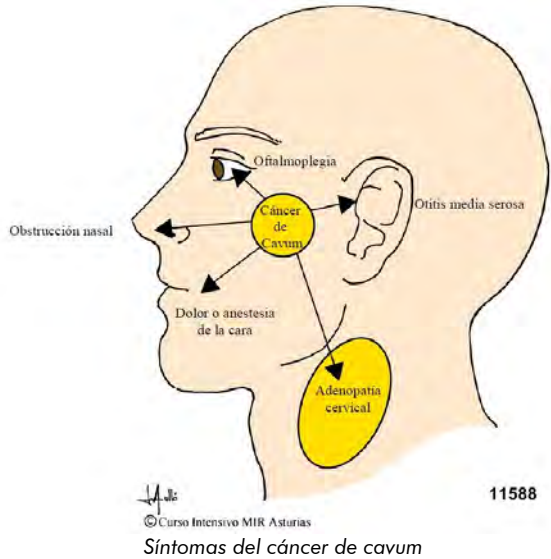
- 1. Granulomatosis con poliangiitis.
- 2. Carcinoma de nasofaringe.
- 3. Linfoma de Hodgkin.
- 4. Tuberculosis.

300114 OTORRINOLARINGOLOGÍA Fácil 98%

Solución: 2

Ante un **adulto con obstrucción nasal unilateral** (especialmente cuando se acompaña de **rinorrea sanguinolenta**) debemos sospechar un tumor rinosinusal o un **tumor de nasofaringe**. Además, el modo de presentación más frecuente de carcinoma de nasofaringe (cavum) es la **adenopatía laterocervical metastásica**. Una de las causas posibles en un adulto de otitis

serosa (**otitis secretora con sensación de taponamiento ótico**) es un **cáncer de cavum** que afecte a la trompa de Eustaquio (respuesta 2 correcta).



La **granulomatosis con poliangiitis** o enfermedad de Wegener, cursa con granulomas necrotizantes y vasculitis que afectan el tracto respiratorio superior, pulmón y riñón, y con ANCA-C positivos. Aunque podría cursar con **dificultad respiratoria y rinorrea sanguinolenta**, **NO** serían típicas de esta enfermedad la otitis serosa ni la adenopatía cervical alta (respuesta 1 incorrecta). Tanto el en **linfoma de Hodgkin** como en la **tuberculosis** podemos encontrarnos **adenopatías**, pero **no** es tan frecuente la presentación con obstrucción unilateral nasal y rinorrea sanguinolenta (respuestas 3 y 4 incorrectas).

Pregunta 11289: (115) ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre los ensayos clínicos es CORRECTA?:

- 1. Los ensayos clínicos de no inferioridad permiten concluir sobre si dos medicamentos son bioequivalentes.
- 2. Las variables intermedias o subrogadas permiten garantizar que un efecto intermedio se traduce en el efecto final deseado.
- 3. En el diseño de un ensayo, el nivel de tolerancia con el error de tipo 2 es habitualmente mayor que con el error de tipo 1.
- 4. El error de tipo 1 puede tener como consecuencia que no se siga investigando un nuevo fármaco que potencialmente sería eficaz.

300115 MEDICINA PREVENTIVA Normal 49%

Solución: 3

Los ensayos clínicos de no inferioridad se pueden diseñar para demostrar la equivalencia entre dos alternativas terapéuticas, pero no hay que confundirlos con los **estudios de bioequivalencia**, que son ensayos clínicos fase 1 diseñados para estudiar la farmacocinética y farmacodinámica de medicamentos genéricos (respuesta 1 incorrecta). Las **variables intermedias** son estimadores de un efecto final (por ejemplo una elevación de troponina sería una variable intermedia de un efecto final que sería el infarto de miocardio). Estas variables no siempre garantizan que el efecto final se haya producido (puede haber otras causas de elevación de troponinas, por ejemplo) (respuesta 2 incorrecta). El **error tipo 1** de un contraste de hipótesis consiste en ver diferencias que realmente no existen, mientras que un **error tipo 2** se comete cuando el estudio no tiene potencia suficiente para detectar diferencias reales. El riesgo de cometer un error tipo 1 se llama alfa o umbral de rechazo, que se suele fijar en el 5%, mientras que el riesgo de cometer un error de tipo 2 se llama beta y se acepta hasta un 20% (potencia del 80% porque son complementarios). Es por eso que se tiene mayor tolerancia con el error de tipo 2 (respuesta 3 correcta). Es el error tipo 2 (no detectar un efecto o una diferencia) el que puede hacer que no se continúe con la investigación de un fármaco potencialmente eficaz (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta 11290: (116) Respecto a los estudios controlados con placebo, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

- 1. Cuando el enmascaramiento es muy riguroso, los ensayos comparativos con placebo tienden, en general, a encontrar eficacias más modestas.
- 2. No se pueden hacer estudios a doble ciego si un medicamento se administra por vía tópica cutánea y el comparador se administra por vía intravenosa.
- 3. Para asegurar que las características basales de los sujetos incluidos sean comparables entre los grupos de tratamiento, la aleatorización puede estratificarse por todos los criterios de inclusión y exclusión que se describen en el protocolo.
- 4. Un estudio con diseño abierto tiene más validez metodológica que si se realiza con enmascaramiento de los tratamientos.

300116 MEDICINA PREVENTIVA Dificil -17%

Solución: 1

El **enmascaramiento** consiste en ocultar al paciente y al investigador el grupo de tratamiento al que pertenece el paciente para evitar un sesgo del observador, que podría favorecer el encontrar diferencias más marcadas entre un grupo y otro (por distintos intereses). Cuando se enmascara correctamente, las diferencias observadas tienden a ser más pequeñas (respuesta 1 correcta).

Se pueden hacer estudios **doble ciego con tratamientos administrados por distinta vía** (tópica e intravenosa) mediante una técnica que se llama “doble simulación”. Con esta técnica cada participante recibe la opción de tratamiento asignada junto con el placebo del grupo de comparación (respuesta 2 incorrecta).

La **aleatorización** es un procedimiento posterior a la inclusión de un participante en un ensayo clínico y es posterior a la firma del consentimiento informado. Por tanto, los criterios de exclusión no se tienen en cuenta en la aleatorización porque supuestamente esos pacientes no entrarían en el ensayo (respuesta 3 incorrecta).

El **diseño enmascarado** es metodológicamente mejor que el abierto porque permite controlar posibles sesgos como el del observador (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta 11291: (117) En un ensayo clínico, la magnitud del efecto en el grupo experimental incluye la suma de diversos efectos. ¿Cuál de los siguientes NO contribuye al efecto observado en el grupo experimental?

- 1. El efecto inespecífico de la acción terapéutica.
- 2. El fenómeno de regresión a la media.
- 3. El efecto placebo.
- 4. El efecto Bradford-Hill.

300117 MEDICINA PREVENTIVA Normal 35%

Solución: 4

En un ensayo clínico que compara un grupo de tratamiento o experimental con un grupo placebo o grupo control, el efecto observado en el grupo de tratamiento (por ejemplo un mayor control del dolor) puede ser debido a la propia **acción terapéutica** (respuesta 1 correcta), a un fenómeno de **regresión a la media** (valores anormalmente altos, si se repite su medición, tienden a valores normales) (respuesta 2 correcta) y al **efecto placebo** (que se puede dar en cualquier tratamiento, no sólo en los placebos como tal) (respuesta 3 correcta).

El **efecto Bradford-Hill** no existe como tal, pero es un buen homenaje que el Ministerio hace a Austin Bradford Hill, el epidemiólogo que postuló los criterios de causalidad (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta 11292: (118) Un meta-análisis de 9 estudios observacionales retrospectivos de pequeño tamaño muestral en pacientes con tumores cerebrales encuentra un riesgo relativo de hemorragia intracraneal (HIC) en anticoagulados de 2,14 en comparación con los no anticoagulados, con un intervalo de confianza al 95% entre 0,98 y 4,56. La heterogeneidad entre estudios es significativa ($I^2 > 50\%$). Señale la conclusión más ajustada a la calidad de los datos disponibles y el resultado obtenido:

- 1. Podemos concluir con un 95% de confianza que la anticoagulación no aumenta el riesgo relativo de HIC en pacientes con tumores cerebrales más allá de un 456%.
- 2. No podemos descartar que exista un riesgo aumentado de HIC en pacientes anticoagulados con tumores cerebrales.
- 3. Podemos concluir que existe un riesgo aumentado de HIC en pacientes anticoagulados con tumores cerebrales.
- 4. Podemos descartar que exista un riesgo aumentado de HIC en pacientes anticoagulados con tumores cerebrales, pudiendo incluso reducirse el riesgo absoluto de HIC con anticoagulación en un 2%.

300118 MEDICINA PREVENTIVA Fácil 81%

Solución: 2

La medida de asociación que se ha empleado en este metaanálisis es el riesgo relativo (RR). El valor nulo del RR vale 1, por lo tanto, si el intervalo de confianza al 95% del RR va de 0.98 a 4.56, dicho intervalo abarca el valor nulo y no se puede considerar estadísticamente significativo. La ausencia de significación estadística no demuestra nada y por tanto, **no se puede descartar en este caso que exista un riesgo aumentado de sangrado** en pacientes anticoagulados con tumores cerebrales (respuesta 2 correcta).

Pregunta 11293: (119) En un ensayo clínico sobre la eficacia del fármaco A frente al fármaco B en la prevención de la mortalidad cardiovascular en la población hipertensa observamos una incidencia de mortalidad a los 5 años del 8 por 1000 con el fármaco A y del 4 por 1000 con el fármaco B. Respecto a estos resultados, señale la respuesta correcta:

- 1. La reducción absoluta del riesgo (RAR) con el fármaco B en comparación con el fármaco A es del 50%.
- 2. El riesgo relativo (RR) con el fármaco B en comparación con el fármaco A es del 0,25.
- 3. Por cada 250 pacientes que tratemos con el fármaco B en lugar de con el fármaco A evitaremos una muerte por enfermedad cardiovascular.
- 4. La reducción relativa del riesgo (RRR) con el fármaco B en comparación con el fármaco A es del 25%.

300119 MEDICINA PREVENTIVA Normal 44%

Solución: 3

La incidencia de mortalidad con el fármaco A es de 0,008 (8/1000) y con el fármaco B es de 0,004 (4/1000). La **reducción absoluta de riesgo** se calcularía como resta de incidencias, $0,008 - 0,004 = 0,004$ (respuesta 1 incorrecta).

El **riesgo relativo** se calcularía como $0,004 / 0,008 = 0,5$ (respuesta 2 incorrecta).

Para calcular el **número necesario para tratar (NNT)**, aplicamos la fórmula de $NNT = 1 / RAR$. Como ya hemos calculado la $RAR = 0,004 = NNT = 1 / 0,004 = 250$ (respuesta 3 correcta).

La **reducción relativa del riesgo** se calcula como $(1 - RR) \times 100$; y en este caso equivaldría al 50% (respuesta 4 incorrecta).



El NNT expresa a cuántas personas hay que tratar para evitar 1 caso de enfermedad.

Pregunta 11294: (120) ¿Cuál es la principal característica de un estudio de casos y controles anidado?

- 1. Que la serie de controles se ha extraído de una cohorte primaria.
- 2. Que estudian asociaciones entre la exposición y la enfermedad no previstas en el protocolo inicial.

- 3. Que la serie de controles se ha apareado con los casos.
- 4. Que los casos actúan como sus propios controles.

300120 MEDICINA PREVENTIVA FÁCIL 82% Solución: 1

Los estudios de casos y controles anidados se caracterizan por formarse a **partir de una cohorte original** de donde se extraen los controles (respuesta 1 correcta). En ocasiones sirven para estudiar **asociaciones no contempladas en la cohorte inicial**, aunque esto no es exclusivo de los anidados, también puede ocurrir en los estudios caso-cohorte (respuesta 2 incorrecta). El **apareamiento** es propio de los casos y controles emparejados donde se empareja en función de posibles factores confusores, como pueden ser la edad o el sexo (respuesta 3 incorrecta). Que los **casos actúen como sus propios controles** es más característico de otro tipo de casos y controles que se llaman alternantes, diseñados para estudiar exposiciones breves que desencadenan un efecto casi inmediato (por ejemplo, consumo de cocaína e infarto) y comparan la exposición de esa misma persona justo antes del evento y en otro momento temporal (respuesta 4 incorrecta).



Pregunta 11295: (121) Un estudio recluta a un grupo de graduados de la universidad. En el momento de la incorporación, los participantes proporcionan una muestra de sangre que se almacena inmediatamente y completan un cuestionario sobre estilos de vida. Los participantes son seguidos en el tiempo para evaluar quién desarrolla enfermedad de Parkinson. En un estudio inicial, los investigadores comparan las personas clasificadas como activas frente a las que fueron clasificadas como sedentarias. ¿Cuál es el diseño del estudio?

- 1. Estudio de cohortes histórico o retrospectivo.
- 2. Estudio de cohortes prospectivo.
- 3. Estudio transversal en el momento del reclutamiento.
- 4. Estudio de caso-control anidado en una cohorte.

300121 MEDICINA PREVENTIVA FÁCIL 71% Solución: 2

Nos encontramos ante un estudio sin intervención (observacional), con seguimiento (longitudinal), que compara activos frente a sedentarios (analítico) y que registra casos de nueva aparición (prospectivo). Estas características son propias de una **cohorte prospectiva** (respuesta 2 correcta). En los estudios de **cohortes retrospectivos**, todos los casos de interés ya se han producido en el momento de comenzar el estudio (respuesta 1 incorrecta). Los **estudios transversales** no tienen seguimiento y miden a la vez exposición y desenlace (respuesta 3 incorrecta). En esta cohorte podrían haber realizado un **casos y controles anidado** si hubiesen comparado los casos de Parkinson con controles sanos en función de alguna determinación en la sangre almacenada al inicio (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta 11296: (122) Si el número de observaciones de una muestra se multiplica por 4, el error típico (o estándar) de la media:

- 1. Se divide por 4.
- 2. Se divide por 2.
- 3. Se multiplica por 4.
- 4. Se multiplica por 2.

300122 MEDICINA PREVENTIVA Normal 49% Solución: 2

Para responder a esta pregunta debemos aplicar la fórmula del cálculo del error estándar de la media (EEM)=s/(raíz cuadrada de n), donde "s" es la desviación típica y "n" es el tamaño muestral. Si "n" se multiplica por 4, su raíz cuadrada es 2, y al quedar en el denominador de la fórmula, equivaldría a **dividir por 2 el EEM** (respuesta 2 correcta).

$$EE = \frac{s}{\sqrt{n}}$$

Pregunta 11297: (123) Si repetimos indefinidamente un estudio aleatorizado y no sesgado, ¿qué ocurre con el intervalo de confianza al 95% del efecto de la intervención?

- 1. Contiene el efecto que tiene la intervención en el 95% de los casos (o pacientes).
- 2. Incluye el 95% de los efectos poblacionales.
- 3. Incluye el 95% de los efectos muestrales.
- 4. Incluye el efecto poblacional en el 95% de los estudios.

300123 MEDICINA PREVENTIVA DIFÍCIL 8% Solución: 4

Una estimación consiste en basarse en la información obtenida a partir de una muestra para intentar conocer el verdadero parámetro o valor poblacional (que no es accesible). Para ello se calculan un rango de posibles valores, dentro del cual puede situarse el verdadero parámetro poblacional y se confía en acertar (nivel confianza). Por tanto, si repitiésemos el proceso de calcular intervalos 100 veces, **calculando 100 intervalos, en 95 de ellos estará contenida la verdadera media poblacional** (respuesta 4 correcta).

Pregunta 11298: (124) En un estudio farmacoeconómico sobre quimioterapia en pacientes mayores de 65 años con cáncer de colon en estadio III, los resultados indicaron que el coste incremental de una pauta quimioterápica con FOLFOX frente a una pauta con 5-fluorouracilo fue de 188.218 dólares USA por año de vida ajustado por calidad. Indique el tipo de estudio farmacoeconómico realizado:

- 1. Minimización de costes.
- 2. Coste-utilidad.
- 3. Coste-beneficio.
- 4. Coste-efectividad.

300124 GESTIÓN CLÍNICA FÁCIL 89% Solución: 2

El **análisis de coste-utilidad** se caracteriza por medir como resultado no únicamente el tiempo de supervivencia en bruto ("años de vida ganados"), sino ponderar ese resultado con la calidad de vida resultante ("**años de vida ajustados por calidad**" o "**AVAC**"). Por lo tanto, un estudio de evaluación económica que menciona "años de vida ajustados por calidad" es un estudio de coste-utilidad (respuesta 2 correcta).



Pregunta 11299: (125) ¿Cuál es la definición de Atención Primaria de Salud recogida en la declaración de Alma-Ata?

- 1. La asistencia sanitaria más elemental que no requiere de grandes estructuras organizativas ni de una gran inversión tecnológica, puesta al servicio de la población para satisfacer sus necesidades de acuerdo con el plan de salud desarrollado e implementado por la Administración.
- 2. La asistencia sanitaria realizada por personal médico y de enfermería, con el apoyo de personal auxiliar y administrativo, dirigido a la población de un área sanitaria básica de

un territorio concreto.

3. La atención que se da a la población de un área territorial.
4. La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad a un coste soportable por ésta.

300125

GESTIÓN CLÍNICA

Diffícil

28%

Solución: 4

La conferencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Alma-Ata, en el año 1978, y la correspondiente “Declaración de Alma-Ata” constituye un referente clásico de la atención primaria. En 2018 se cumplieron 40 años de dicha declaración. La **declaración de Alma-Ata** definió literalmente la Atención Primaria de Salud (APS) como “la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar” (respuesta 4 correcta).



Pregunta 11300: (126) ¿Qué entendemos por acreditación de un centro sanitario?

1. Es el proceso de observar y reconocer la forma de atención sanitaria que se realiza de acuerdo a un modelo de calidad.
2. Es el documento que autoriza el funcionamiento del mismo y lo legitima a atender personas enfermas.
3. Es el proceso para conseguir el certificado de las normas ISO.
4. Es el proceso por el que se certifica que reúne las condiciones estructurales, organizativas y funcionales para atender los problemas de salud de la población.

300126

GESTIÓN CLÍNICA

Diffícil

-16%

Solución: 1

Existen diferentes términos relacionados con la evaluación de los centros sanitarios: autorización (obligatoria), acreditación (voluntaria) y certificación (voluntaria).

La **autorización** es el procedimiento obligatorio de verificación de requisitos que permite la apertura o funcionamiento de un centro sanitario, por exigencia normativa-legal. P.ej. un centro sanitario necesita tener médicos para ser autorizado. La respuesta 2 es incorrecta, no se refiere a acreditación, sino a autorización.

La **acreditación** es un procedimiento voluntario de evaluación externa del funcionamiento y prácticas de un centro o servicio sanitario, que se lleva a cabo por profesionales del sector, que no dependen de la propia institución, y en el que se verifica el cumplimiento de criterios y estándares establecidos por un organismo independiente, dando lugar a un dictamen global. P.ej. un centro sanitario puede tener un dictamen de acreditación por la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), cumple más criterios que los meramente necesarios para su autorización y está reconocido por esa institución (respuesta 1 correcta).

La **certificación** es también un procedimiento voluntario por el que una organización externa asegura por escrito (“certifica”) que un proceso, producto o servicio que se lleva a cabo en un centro sanitario es conforme con unos requisitos especificados.

La certificación es el término habitualmente empleado para el ámbito de las normas ISO (respuesta 3 incorrecta). Aunque son conceptos similares, no es lo mismo acreditación que certificación, en la acreditación no se certifica (respuesta 4 incorrecta). P.ej. el laboratorio de análisis clínicos del centro está certificado por la ISO.



Pregunta 11301: (127) De acuerdo al calendario común de vacunación infantil del Consejo Interterritorial de 2018, ¿qué vacuna se recomienda con una pauta a los 4 meses, 12 meses y 12 años?

1. Hepatitis B.
2. Enfermedad neumocócica.
3. Haemophilus influenzae B.
4. Enfermedad meningocócica C.

300127

MEDICINA PREVENTIVA

Fácil

73%

Solución: 4

Según el calendario de vacunación infantil del Consejo Interterritorial 2018, el calendario para las siguientes vacunas es: hepatitis B, neumococo y Haemophilus influenzae B→ 2, 4 y 11 meses (respuestas 1, 2 y 3 incorrectas); **meningococo C**→ 4 meses, 12 meses y 12 años (respuesta 4 correcta).

CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD											
CALENDARIO COMÚN DE VACUNACIÓN INFANTIL											
Calendario recomendado año 2018											
VACUNACIÓN	EDAD										
	0 meses	2 meses	4 meses	11 meses	12 meses	15 meses	3-4 años	6 años	12 años	14 años	
Poliomielitis		VPI	VPI	VPI				VPI ^(a)			
Difteria-Tétanos-Perтусis		DTPa	DTPa	DTPa				DTPa ^(b)		Td	
Haemophilus influenzae b		Hib	Hib	Hib							
Sarampión-Rubéola-Parotiditis					TV		TV				
Hepatitis B ^(c)	HB ^(d)	HB	HB	HB							
Enfermedad meningocócica C			MenC ^(e)		MenC				MenC		
Varicela						VVZ	VVZ		VVZ ^(f)		
Virus del Papiloma Humano									VPH ^(g)		
Enfermedad neumocócica		VCN1	VCN2	VCN3							

^(a) Se administrará la vacuna combinada DTPa/VPI a los niños vacunados con pauta 2+1 cuando alcancen la edad de 6 años. Los niños vacunados con pauta 3+1 recibirán dTPa.

^(b) Pauta 0, 2, 4, 11 meses. Se administrará la pauta 2, 4 y 11 meses siempre que se asegure una alta cobertura de cribado prenatal de la embarazada y la vacunación de hijos de madres portadoras de Ag HBs en las primeras 24 horas de vida junto con administración de inmunoglobulina HB.

^(c) Según la vacuna utilizada puede ser necesaria la primovacunación con una dosis (4 meses) o dos dosis (2 y 4 meses de edad).

^(d) Personas que refieran no haber pasado la enfermedad ni haber sido vacunadas con anterioridad. Pauta con 2 dosis.

^(e) Vacunar solo a las niñas con 2 dosis.

Pregunta 11302: (128) Respecto a las vacunas de la rabia disponibles en España, señale la respuesta INCORRECTA:

1. La pauta de inmunización primaria consta de 3 dosis.
2. La pauta de inmunización post-exposición en no vacunados previamente consta de 5 dosis.
3. Contienen virus vivos atenuados.
4. El embarazo no contraindica su administración para la profilaxis post-exposición.

300128

MEDICINA PREVENTIVA

Normal

48%

Solución: 3

La rabia se transmite a los humanos por la mordedura o el arañazo profundo de un animal infectado por el virus de la rabia, especialmente el serotipo I. En nuestro medio la primovacunación consiste en administrar por vía intramuscular **3 dosis de vacuna** (respuesta 1 correcta).

En caso de exposición en **individuos no vacunados previamente está indicado administrar 5 dosis de vacuna** y, si la mordedura perfora la dermis o el animal ha lamido la herida o membranas mucosas, se debe administrar también inmunoglobulina (respuesta 2 correcta).

La **vacuna antirrábica es de tipo inactivo** (respuesta 3 incorrecta). Al no ser una vacuna atenuada, el **embarazo** no es una contraindicación para su administración (respuesta 4 correcta).



Las vacunas inactivadas se forman de microorganismos muertos, de cuyas fracciones nos servimos para producir inmunidad. Sólo confieren inmunidad humoral, y suele ser de corta duración, necesitando recuerdos.

Pregunta 11303: (129) La angiografía coronaria se considera patrón oro, gold estándar o criterio de verdad en el diagnóstico de la cardiopatía isquémica. En la evaluación del electrocardiograma (ECG) como prueba diagnóstica, se han estudiado 1000 electrocardiogramas de pacientes con infarto agudo de miocardio como manifestación de cardiopatía isquémica. La angiografía coronaria confirmó cardiopatía isquémica en 950 de los 1000 pacientes. Señale la respuesta correcta:

1. La sensibilidad diagnóstica del ECG es de 0,05.
2. El valor predictivo positivo del ECG es de 0,95.
3. El valor predictivo negativo del ECG es de 1.
4. La especificidad diagnóstica del ECG es de 1,05.

300129 MEDICINA PREVENTIVA Fácil 86%

Solución: 2

En este caso la angiografía coronaria se ha considerado prueba oro o de referencia para el ECG en pacientes con sospecha de cardiopatía isquémica. De 1000 ECG positivos (total de positivos), la coronariografía confirmó 950 casos (verdaderos positivos), quedando 50 restantes falsos positivos. El **valor predictivo positivo (VPP)** es la probabilidad de estar enfermo tras haber obtenido un resultado alterado en la prueba. Se calcula como $VPP = \text{verdaderos positivos} / \text{total positivos} = 950 / 1000 = 0,95$ (respuesta 2 correcta).



Pregunta 11304: (130) Cuando se evalúa una prueba diagnóstica con un diseño de estudio retrospectivo, uno de los sesgos que pueden afectar a la validez interna del estudio es cuando a los pacientes que dan positivo en la prueba de estudio se les realizan más pruebas de referencia que a los que dan negativo en la primera. ¿Cómo se denomina este sesgo?

1. Sesgo de atrición.
2. Sesgo de Berkson.
3. Sesgo de clasificación incorrecta diferencial de la prueba de referencia.
4. Sesgo de verificación.

300130 MEDICINA PREVENTIVA Normal 37%

Solución: 4

El **sesgo de atrición** es un tipo de sesgo de selección debido a la pérdida de participantes en el seguimiento. Es típico de los ensayos clínicos y de las cohortes (respuesta 1 incorrecta). El **sesgo de Berkson** se da en los estudios de casos y controles y se debe a una mala fuente de selección de los controles, por ejemplo, en medio hospitalario, de manera que no son representativos de la población general (respuesta 2 incorrecta). El **sesgo de mala clasificación** se debe a una mala recogida de la variable de exposición o de desenlace. Se dice que es diferencial cuando afecta de manera desigual a ambos grupos de comparación (respuesta 3 incorrecta).

El **sesgo de verificación** se da cuando en el análisis de pruebas diagnósticas, a los pacientes que dan positivo en la prueba se les practica con más frecuencia la prueba de referencia que a los negativos. Es más frecuente en los diseños retrospectivos de evaluación de pruebas diagnósticas (respuesta 4 correcta).

Pregunta 11305: (131) Se realiza un estudio epidemiológico en el que se incluyen 1.000 participantes procedentes de una muestra aleatoria de reclusos de cárceles españolas. El objetivo del estudio es determinar la prevalencia de la infección por VIH y el comportamiento de diferentes pruebas diagnósticas de la infección. 214 sujetos tuvieron resultado positivo al realizar la prueba diagnóstica ELISA, en 16 de ellos se descartó posteriormente la infección mediante una prueba de confirmación. Sólo en 2 de los participantes con resultado negativo en la prueba diagnóstica ELISA se confirmó posteriormente la presencia de infección. Señale la respuesta correcta:

1. La sensibilidad de la prueba depende de la prevalencia de la enfermedad.
2. El valor predictivo positivo de esta prueba es del 92,5%.
3. La especificidad es del 90%.
4. Una prueba muy específica será especialmente adecuada en aquellos casos en los que el no diagnosticar la enfermedad puede resultar fatal para los enfermos.

300131 MEDICINA PREVENTIVA Normal 57%

Solución: 2

Sensibilidad y especificidad son parámetros de validez interna de una prueba diagnóstica y como tal, **no se influyen por la prevalencia** de la enfermedad, a diferencia de los valores predictivos que sí lo hacen (respuesta 1 incorrecta). El **valor predictivo positivo (VPP)** es la probabilidad de estar enfermo tras haber obtenido un resultado alterado en la prueba. Se calcula como $VPP = \text{verdaderos positivos} / \text{total positivos} = 198 / 214 = 0,925$ o 92,5% (respuesta 2 correcta). La **especificidad** se calcula como $\text{verdaderos negativos} / \text{total sanos}$, y en este caso $E = 784 / 800 = 0,98$ o 98% (respuesta 3 incorrecta). Si obviar un diagnóstico puede traer consecuencias negativas para un enfermo, la prueba indicada de inicio será aquella con mayor **sensibilidad**, pues es la capacidad de detectar enfermedad (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta 11306: (132) Está usted fuera de la consulta y un familiar le pregunta si un determinado medicamento está o no contraindicado en embarazadas. ¿Qué aplicación de acceso público, desarrollada por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, que contiene la información oficial sobre medicamentos autorizados en España, incluyendo su ficha técnica y prospecto, podría consultar en la web o aplicación móvil?

1. CIMA.
2. FEDRA.
3. Vademecum.
4. FDA-DRUGS.

300132 MEDICINA PREVENTIVA Difícil -1%

Solución: 1

CIMA (Centro de Información de Medicamentos Autorizados) es la aplicación desarrollada por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) para acceder a la información oficial sobre el fármaco así como su ficha técnica y prospecto (respuesta 1 correcta). La AEMPS recibe a través de los centros de farmacovigilancia de las comunidades autónomas, ciudadanos, profesionales de la salud y la Agencia Europea de Medicamentos las notificaciones de sospechas de las reacciones adversas ocurridas por medicamentos en España. Todas estas notificaciones son validadas a través de la aplicación **FEDRA** por los técnicos de farmacovigilancia (respuesta 2 incorrecta). **Vademecum** es una aplicación de carácter privado que contiene información sobre medicamentos y especialidades farmacéuticas de prescripción dirigida a profesionales sanitarios (respuesta 3 incorrecta). **FDA-DRUGS** es la aplicación de la Agencia del Medicamento de los Estados Unidos donde se pueden consultar los

medicamentos y productos aprobados para su consumo por la misma (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta 11307: (133) Un hombre de 45 años, previamente sano, desarrolla un cuadro de fiebre y gastroenteritis aguda con importante diarrea líquida. En el análisis de sangre se observa sodio 140 mmol/L, potasio 3,2 mmol/L, cloro 85 mmol/L y bicarbonato 38 mmol/L. El pH arterial es 7,60 y la pCO₂ arterial 42 mmHg. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?

- 1. El paciente tiene una alcalosis metabólica.
- 2. Los valores de pCO₂ reflejan una acidosis respiratoria compensadora.
- 3. El anión gap es de 17 mmol/L.
- 4. La hipocloremia e hipokalemia se debe a las pérdidas gastrointestinales.

300133 NEFROLOGÍA Normal 60%

Solución: 2

Dado el pH elevado, con bicarbonato elevado, y pCO₂ normal, el paciente presenta una alcalosis metabólica (respuesta 1 correcta). El anion GAP (140 - 85 - 38) resulta de 17 y por tanto, elevado (respuesta 3 correcta), y el cuadro se acompaña de cloro y potasio bajos por las pérdidas digestivas que suponen la diarrea (respuesta 4 correcta). La dificultad de esta pregunta radica en que la mayoría de los pacientes con diarrea presentan acidosis metabólica e hipopotasemia y sin embargo este paciente presenta alcalosis metabólica. Eso se debe a que algunas formas de diarrea, sobre todo iónicas, producen pérdidas isotónicas con contenido de cloro (diarreas con pérdida de cloro) y eso induce la alcalosis metabólica por pérdida de cloro, y por pérdida de volumen con activación de la aldosterona secundariamente. La pérdida de cloro explica que el anion GAP esté aumentado. Al margen de dicho detalle, el paciente presenta una pCO₂ normal (entre 35 y 45) y por tanto no presenta ninguna forma de compensación y mucho menos una acidosis en la que la pCO₂ debería estar elevada (respuesta 2 incorrecta).

Pregunta 11308: (134) ¿En cuál de las siguientes causas de fracaso renal agudo es INFRECUENTE la presencia de cilindros hemáticos en el sedimento urinario?

- 1. Nefritis intersticial inmuoalérgica.
- 2. Vasculitis.
- 3. Glomerulonefritis IgA.
- 4. Síndrome hemolítico-urémico.

300134 NEFROLOGÍA Fácil 70%

Solución: 1

Las vasculitis de pequeño vaso (poliangeitis microscópica, poliangeitis granulomatosa, granulomatosa eosinófila, vasculitis IgA, etc) pueden inducir síndrome nefrítico y con ello cilindros hemáticos (respuesta 2 correcta). La nefropatía IgA si bien no suele producir síndrome nefrítico, si produce hematuria de origen glomerular recurrente y por tanto puede presentar cilindros hemáticos (respuesta 3 correcta). El síndrome hemolítico urémico y en general las microangiopatías trombóticas inducen microtrombos y actividad inflamatoria glomerular con fracaso renal agudo, hipertensión y hematuria de origen glomerular, y, por tanto, con posibles cilindros hemáticos (respuesta 4 correcta). Sin embargo la nefritis inmuoalérgica consiste en una forma de alergia mediada por eosinófilos a nivel renal, predominando la inflamación tubulointersticial. En ese contexto induce como alteración urinaria predominante la presencia de eosinófilos (respuesta 1 incorrecta).

Pregunta 11309: (135) Un hombre de 65 años fumador, con claudicación intermitente y al que hace un mes por hipertensión arterial le indican tratamiento con valsartán e hidroclorotiazida, acude a urgencias por malestar general, astenia, pérdida de apetito y de peso. La presión arterial es 215/105 mm Hg y no tiene edemas. La analítica sanguínea muestra hemoglobina de 10 g/dL, urea 172 mg/dL, creatinina 6,4 mg/dL, potasio 6,3 mEq/L, bicarbonato 17,2 mmol/L. En orina proteínas 75 mg/dL y sedimento normal. Una ecografía muestra riñón derecho de 10 cm y riñón izquierdo de 7 cm de longitud,

ambos de contorno liso y sin dilatación pieloureteral. ¿Cuál es su actitud?

- 1. Transfundir un concentrado de hematíes, indicarle dieta pobre en sal y en potasio, subir la dosis de valsartán y pedir una angioTC ambulatoriamente.
- 2. Hacer un electrocardiograma, indicarle dieta pobre en sodio y en potasio. suspender valsartán e hidroclorotiazida, indicarle amlodipino y bicarbonato y pedirle un ecodoppler renal.
- 3. Hacerle un electrocardiograma, indicarle dieta pobre en sodio y en potasio, subir valsartán y pedirle una TC abdominal.
- 4. Bajar urgentemente la presión arterial con captopril sublingual y furosemida, pedir TC urgente y dializar al paciente.

300135 NEFROLOGÍA Normal 59%

Solución: 2

Nos describen un paciente con ateromatosis sistémica (enfermedad vascular periférica) e HTA que al recibir un ARA2 desarrolla un fracaso renal agudo con hiperpotasemia. El cuadro es característico de la estenosis bilateral de las arterias renales. En ese contexto parece necesario tratar como urgencia principal la hiperpotasemia (ECG y medidas antipotasio), suspender el fármaco que lo ha producido (valsartán) y hacer un estudio de las arterias renales, además de prescribir un antihipertensivo que no eleve el potasio (amlodipino); por tanto, respuesta 2 correcta. El resto de opciones, se pueden descartar por múltiples motivos, pero principalmente porque o recomiendan subir la dosis de valsartán (respuesta 1 y 3 incorrectas) o sustituirlo por captopril que tiene el mismo efecto secundario (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta 11310: (136) La nefritis túbulo-intersticial aguda no parece muy frecuente pero la mayoría de sus causas son medicamentos de uso frecuente. Debe sospecharse si se presenta una insuficiencia renal, cuya causa no se identifique con alta probabilidad, en enfermos que tomen medicación. Todos los siguientes medicamentos son causa potencial de nefritis túbulo-intersticial, EXCEPTO:

- 1. AINE.
- 2. Salbutamol.
- 3. Sulfamidas.
- 4. Alopurinol.

300136 NEFROLOGÍA Fácil 83%

Solución: 2

Cualquier fármaco puede inducir una nefritis intersticial aguda. Los más implicados habitualmente son los AINEs y los antibióticos (respuesta 1 y 3 correctas). De los fármacos que quedan en la lista (alopurinol o salbutamol) parece razonable pensar que el salbutamol, que se administra vía inhalatoria y por tanto su penetrancia en torrente sanguíneo y acceso al riñón será menor (respuesta 2 incorrecta).

Pregunta 11311: (137) Respecto al análisis de orina señale la respuesta FALSA:

- 1. En la necrosis tubular aguda lo característico es encontrar cilindros hialinos, fracción de excreción de Na inferior al 1 % (FENa < 1%), concentración de sodio en orina inferior a 10 mmol/L (UNa < 10 mmol/L) y densidad de orina superior a 1.018.
- 2. En el fracaso renal secundario a exposición reciente a antibióticos o quimioterápicos nefrotóxicos lo característico es encontrar cilindros granulosos o tubulares de células epiteliales de color "pardo lodoso", FENa > 1%, UNa > 20 mmol/L y densidad de orina inferior a 1015.
- 3. En la enfermedad renal aguda de origen isquémico por hemorragia o hipotensión grave recientes lo característico es encontrar cilindros granulosos o tubulares de células epiteliales de color "pardo lodoso", FENa > 1%, UNa > 20 mmol/L, y densidad de orina inferior a 1015.
- 4. En las enfermedades de vasos finos y glomérulos (glomerulonefritis/vasculitis) lo característico es encontrar hematuria con cilindros eritrocíticos, eritrocitos dismórficos, cilindros granulosos y proteinuria.

300137 NEFROLOGÍA Normal 53%

Solución: 1

La necrosis tubular aguda (NTA) dado que produce daño estructural tubular se acompaña de FENa > 1% y sodio urinario > 20 mEq/l (respuesta 1 incorrecta). La NTA inducida por nefrotóxicos, o por isquemia, se acompaña de FENa > 1% y sodio urinario > 20 mEq/l (respuestas 2 y 3 correctas). La opción 3 hace referencia a "enfermedad renal aguda de origen isquémico" que es una terminología ambigua que no deja claro si se refiere a NTA o a un prerrenal; sin embargo, dice "enfermedad" y no fracaso, como si hubiera daño establecido; y, además, al margen de interpretaciones sobre a qué se refiere, la opción 1 es clara y concisa haciendo referencia a la NTA y por tanto es una opción MÁS FALSA. Las vasculitis típicamente inducen hematuria glomerular con hematíes dismórficos y cilindros eritrocitarios (respuesta 4 correcta).

Pregunta 11312: (138) ¿Cuál de los siguientes mecanismos NO se ha implicado en la nefropatía asociada al mieloma múltiple?

- 1. Depósito tubular de proteínas de Bence-Jones.
- 2. Vasculitis necrotizante.
- 3. Hiperuricemia.
- 4. Acidosis tubular renal.

300138 NEFROLOGÍA Fácil 74%

Solución: 2

El mieloma es una neoplasia hematológica que produce síntesis excesiva de paraproteína que se elimina por orina en lo que se conoce como proteinuria de Bence-Jones. Los pacientes con mieloma suelen padecer de enfermedad renal asociada por la lesión renal que induce la proteinuria de Bence-Jones, que puede inducir acidosis tubular renal, pero también pueden presentar daño renal por hiperuricemia, hipercalcemia, contrastes yodados, e incluso, de manera menos frecuente, daño glomerular por amiloidosis primaria (respuestas 1, 3 y 4 correctas). Sin embargo es raro que un mieloma produzca vasculitis (respuesta 2 incorrecta).

Pregunta 11313: (139) Respecto a los lugares de acción de las nefropatías tóxicas, señale la INCORRECTA:

- 1. La nefrotoxicidad por aminoglucósidos se debe a su acción en el túbulo distal.
- 2. Los inhibidores del sistema renina angiotensina, IECAs y ARA 2, afectan a los capilares preglomerulares.
- 3. La toxicidad renal derivada de mecanismos de hipersensibilidad a fármacos como antibióticos, se manifiesta con afectación túbulo-intersticial.
- 4. Los inhibidores de la calcineurina usados como terapia inmunosupresora del trasplante de órganos, tienen su mecanismo nefrotóxico principal en la vasoconstricción.

300139 NEFROLOGÍA Difícil 2%

ANULADA

Esta pregunta ha sido anulada. Los aminoglucósidos producen daño renal por acción preferente sobre el túbulo proximal (respuesta 1 incorrecta). Los IECA y ARA 2 inhiben el sistema renina angiotensina lo cual afecta, preferentemente a los capilares o vasos eferentes (postglomerulares) (respuesta 2 incorrecta).

Pregunta 11314: (140) Hombre de 45 años con insuficiencia renal crónica secundaria a nefropatía diabética que recibe un trasplante renal de donante fallecido. Se establece tratamiento inmunosupresor con triple terapia estándar con esteroides, tacrolimus y micofenolato. Cursa con función inmediata del injerto descendiendo las cifras de creatinina sérica hasta 1,5 mg/dL en la primera semana postrasplante. Diez días después se observa un deterioro agudo de función renal con aumento de creatinina hasta 2,5 mg/dL. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos sería el MENOS probable?

- 1. Rechazo agudo.
- 2. Uropatía obstructiva.
- 3. Nefropatía por poliomavirus BK.
- 4. Toxicidad aguda por anticalcineurínicos.

300140 NEFROLOGÍA Normal 53%

Solución: 3

El caso presenta un fracaso renal agudo en un paciente postrasplante renal. En ese contexto hay que plantearse que se debe a problemas relacionados con las anastomosis quirúrgicas como una estenosis ureteral, y hacer una ecografía para descartarlo. Así mismo, sobre todo si la función renal inicial era normal y luego se ha deteriorado y el grado de compatibilidad HLA no es alto, se debe sospechar un rechazo agudo (respuesta 1 correcta). Otra opción es que presente toxicidad por los inmunosupresores, sobre todo los anticalcineurínicos; esto es más frecuente con el uso de ciclosporina pero también lo puede producir el tacrolimus (respuesta 4 correcta).

Dado que el trasplante ha sido hace menos de dos semanas y por tanto la inmunosupresión recibida aun ha sido baja, es poco probable que se trate de una complicación por una infección oportunista, que por otro lado es rara y a largo plazo como es la infección por virus BK (respuesta 3 incorrecta).

Pregunta 11315: (141) En relación a la hiperplasia benigna de próstata, ¿cuál de las siguientes afirmaciones NO es correcta?

- 1. La prevalencia histológica es de aproximadamente 50% en la sexta década de la vida.
- 2. La edad avanzada y la presencia de testículos funcionantes son elementos necesarios para su desarrollo.
- 3. Histológicamente es una hiperplasia del epitelio glandular y del estroma de la próstata.
- 4. El tamaño de la próstata se correlaciona con el grado de obstrucción urinaria.

300141 NEFROLOGÍA Fácil 76%

Solución: 4

El tamaño de la hiperplasia benigna de próstata no se relaciona con la gravedad de los síntomas (respuesta 4 incorrecta). Tumores benignos de pequeño tamaño pueden producir mayor grado de obstrucción a mayor gravedad sintomática.

La hiperplasia benigna de próstata es una hiperplasia del epitelio y estroma glandular de la región transicional de la glándula prostática (respuesta 3 correcta). Su incidencia se incrementa notablemente con la edad (respuesta 1 correcta) y se relaciona con el desequilibrio entre andrógenos y estrógenos (respuesta 2 correcta).

Pregunta 11316: (142) Respecto al hipospadias, señale la respuesta correcta:

- 1. Es la apertura de la uretra en la cara dorsal del pene que causa un cúmulo de piel a nivel ventral.
- 2. Se asocia a diástasis de pubis.
- 3. Se asocia a un cúmulo de piel del prepucio a nivel dorsal y fibrosis en la placa uretral distal.
- 4. Suele asociarse a otras malformaciones de los genitales externos (p.e. en la delección cromosoma 13q).

300142 NEFROLOGÍA Difícil -1%

Solución: 3

Las malformaciones hipospádicas son defectos en la formación del proceso uretral ventral, resultando en un meato ectópico proximal, una fibrosis de la placa uretral y piel redundante en la zona dorsal del prepucio (respuesta 3 correcta). Aunque pueden estar asociadas a otras malformaciones, lo más habitual es que se presente como malformación aislada (respuesta 4 incorrecta).

Es la epispadias la que se asocia con defectos de cierre de la pared abdominal (extrofia vesical y diástasis de sínfisis púbica) (respuesta 2 incorrecta).

Pregunta 11317: (143) Mujer de 15 años que consulta por infecciones urinarias de repetición (2-3 episodios por año). Relata cuadros compatibles con cistitis a los que posteriormente se le añade fiebre y dolor lumbar derecho. La exploración física es anodina y en el estudio ecográfico encontramos la presencia de una ureterohidronefrosis moderada en el lado derecho. Se aprecia la presencia de jet ureteral vesical bilateral. Para confirmar la sospecha diagnóstica, vamos a solicitar:

- 1. Resonancia magnética abdomino-pélvica.

- 2. Cisto-uretrografía miccional.
- 3. Radiografía reno-vesical simple.
- 4. Uretrocistoscopia.

300143 NEFROLOGÍA Fácil 90%

Solución: 2

En esta pregunta nos hablan del concepto del reflujo vesico ureteral: adolescente con infecciones de orina de repetición asociadas a una leve ureterohidronefrosis derecha no obstructiva (jet ureteral ecográfico conservado). Para diagnosticar la patología que sospechamos debemos realizar una cisto-uretrografía miccional (respuesta 2 correcta).

Pregunta 11318: (144) Mujer de 60 años de edad, con índice de masa corporal de 38, con antecedente en los últimos diez años de cinco episodios de cólicos renales expulsivos y en una ocasión tratada con litotricia extracorpórea por ondas de choque. El resultado del análisis de los cálculos ha sido en todos los casos de oxalato cálcico. El estudio metabólico-mineral de la paciente muestra una hipercalciuria (280 mg/24 horas) de tipo mixto (absorptiva y excretora). En la prevención de su recidiva litiasica, de las siguientes medidas, ¿cuál NO aconsejaría?

- 1. Bajar de peso.
- 2. Ingesta de líquidos suficiente para conseguir una producción de orina de más de 2 litros/24 horas.
- 3. Reducir la ingesta de calcio.
- 4. Limitar la ingesta de proteínas.

300144 NEFROLOGÍA Difícil 16%

Solución: 3

En esta pregunta nos hablan de las medidas generales de prevención de formación de litiasis cálcicas entre las que se encuentran la hidratación adecuada para conseguir una diuresis de más de 2 litros cada 24 horas (respuesta 2 correcta), bajar de peso y limitar la ingesta de proteínas ya que acidifican la orina reduciendo en ésta el nivel de ácido cítrico y aumentando la excreción de calcio (respuesta 1 y 4 correctas). No se aconseja la reducción de la ingesta de calcio en la dieta, ya que esto propiciaría una absorción mayor de oxalato a nivel intestinal que propiciaría la formación de litiasis de oxalato renales (respuesta 3 incorrecta).

Pregunta 11319: (145) Acude a su consulta una mujer de 57 años, peluquera, con varios episodios en las últimas semanas de hematuria macroscópica monosintomática con coágulos. Como antecedentes de interés, es fumadora de 15 cigarrillos diarios. Hace 15 años se sometió a litotricia extracorpórea por una litiasis renal izquierda. A la exploración únicamente destaca la presencia de un cistocele moderado. Se ha hecho una ecografía en la que no se han encontrado alteraciones a excepción del cistocele. ¿Cuál de las siguientes actitudes es la más adecuada en esta paciente?

- 1. Tratamiento antibiótico al tratarse probablemente de una infección de orina.
- 2. Realización de un TC abdomino-pélvico sin contraste para descartar una recidiva litiasica.
- 3. Programar para colocación de una malla anterior, al ser el cistocele la causa de la hematuria.
- 4. Llevar a cabo una cistoscopia para descartar un tumor de vejiga.

300145 NEFROLOGÍA Fácil 97%

Solución: 4

Paciente con factores de riesgo de riesgo (fumadora y peluquera en contacto con tintes) que presenta hematuria monosintomática: hemos de sospechar y descartar tumor vesical y solicitar una cistoscopia (respuesta 4 correcta).

Pregunta 11320: (146) En la evaluación de un paciente con disfunción eréctil, ¿cuál de las siguientes pruebas NO está indicada para diferenciar una disfunción eréctil psicógena de una vascular?

- 1. Tests de medición de rigidez nocturna.
- 2. Test de inyección intracavernosa de drogas vasoactivas.
- 3. Ecografía doppler peneana.
- 4. Determinación de testosterona libre y conjugada.

300146 NEFROLOGÍA Normal 54%

Solución: 4

La única prueba que no está destinada a determinar el estado funcional del mecanismo de erección vascular es la determinación de testosterona libre y conjugada, que está destinada a descartar un origen endocrino de la disfunción eréctil (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta 11321: (147) Durante un aviso nocturno usted acude al domicilio de una paciente de 47 años de edad, diagnosticada de asma y que realiza habitualmente tratamiento con un corticoide inhalado y un beta2 de larga duración. Su familia le explica que ha presentado una crisis de asma que ha tratado con varias dosis de salbutamol administradas a través de una cámara de inhalación sin observar mejoría. Al inspeccionar a la paciente usted observa que realiza un importante trabajo respiratorio con utilización de la musculatura respiratoria accesoria que usted interpreta como una agudización grave de asma. ¿Cuál de las siguientes asociaciones de hallazgos es más probable que usted pueda observar?

- 1. Roncus - espiración alargada - percusión mate.
- 2. Sibilancias - inspiración alargada - percusión timpánica.
- 3. Silencio auscultatorio - espiración alargada - percusión timpánica.
- 4. Silencio auscultatorio - espiración alargada - percusión mate.

300147 NEUMOLOGÍA Fácil 79%

Solución: 3

El enunciado nos presenta una paciente con una crisis aguda de asma, de carácter grave (importante trabajo respiratorio con utilización de la musculatura respiratoria accesoria). En estos casos, lo más frecuente es que exista un silencio auscultatorio (por oclusión de los bronquiolos), espiración alargada (por obstrucción bronquiolar) y percusión timpánica (por atrapamiento aéreo) (respuesta 3 correcta).

La percusión timpánica aparece en aquellos cuadros donde existe un exceso de líquido en el tórax (derrame pleural, edema de pulmón... etc) (respuestas 1 y 4 incorrectas).

En casos severos, debido a la oclusión de la mayoría de los bronquiolos, no se oirán sibilancias espiratorias (la auscultación mostrará un silencio auscultatorio) (respuesta 2 incorrecta).



Agudización grave del asma

Pregunta 11322: (148) Un paciente es ingresado en UVI por un traumatismo torácico grave con múltiples fracturas costales; tras responder favorablemente al tratamiento con analgésicos y oxígeno, comienza a presentar hipoxemia grave que se achaca a inestabilidad de la pared torácica. En este caso, ¿cuál de las siguientes actuaciones es la correcta?

- 1. Debe realizarse una intubación orotraqueal e iniciar ventilación mecánica.
- 2. Debe realizarse una traqueostomía.
- 3. Debe colocarse el paciente en decúbito prono para evitar otros tratamientos más invasivos.
- 4. Debe realizarse una fijación costal quirúrgica urgente.

300148 NEUMOLOGÍA Fácil 88%

Solución: 1

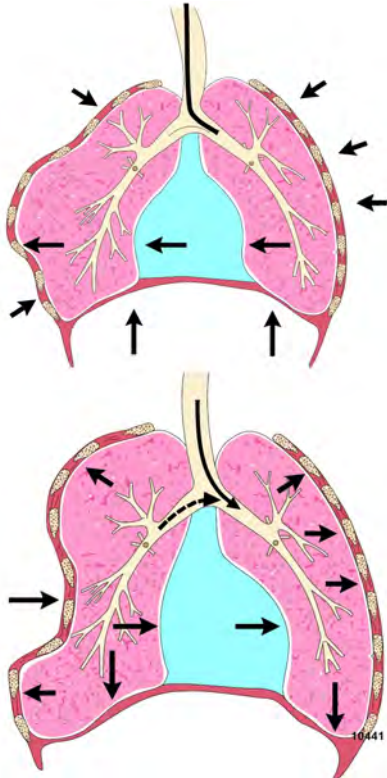
El "vólet costal" o "tórax batiente" consiste en un movimiento paradójico de la pared costal motivado por un traumatismo torácico grave que provoca la fractura de múltiples costillas en varios puntos, independizando un segmento del resto de la caja torácica. En estas condiciones, la pared costal se vuelve inestable y se dificulta el intercambio gaseoso, al no poder desarrollar presiones negativas en el interior de la caja torácica.

El tratamiento depende del tipo de volet costal. En situaciones leves es suficiente con aplicar un bloqueo de los nervios intercostales para proporcionar un alivio del dolor, de forma que el paciente no hipoventile. En situaciones severas (hipoxemia grave o insuficiencia respiratoria) se necesita intubar al paciente y conectarlo a ventilación mecánica para que se pueda realiar el intercambio gaseoso (respuesta 1 correcta).

La traqueostomía no garantiza el correcto intercambio gaseoso, debido a que no soluciona el déficit de presión negativa intratorácica (respuesta 2 incorrecta).

La colocación del paciente en decúbito prono se realiza en casos de distrés respiratorio, no en el volet costal (respuesta 3 incorrecta).

En algunos casos acaba siendo necesario realizar una fijación costal. Sin embargo, este procedimiento no se considera de forma urgente. La medida que se debe tomar de inmediato ante un volet grave es la intubación y la aplicación de ventilación mecánica (respuesta 4 incorrecta).



Movimiento paradójico del segmento fracturado en el volet costal

Pregunta 11323: (149) En relación a la ventilación mecánica protectora en el síndrome de distrés respiratorio agudo, señale la respuesta INCORRECTA:

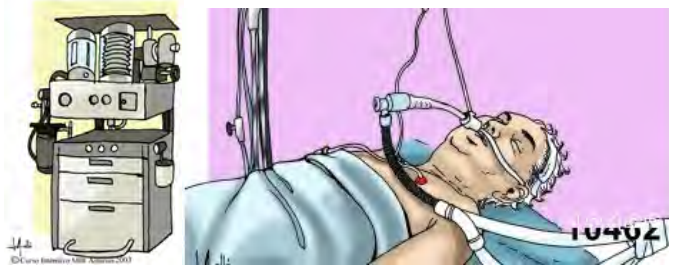
- 1. Ajustar el volumen tidal > 10 mL/kg de peso real.
- 2. Evitar una presión meseta en la vía aérea > 30 cm H₂O.
- 3. Utilizar la menor fracción inspiratoria de oxígeno (FiO₂) posible para mantener una SatO₂ = 90%.
- 4. Ajustar la PEEP para mantener la permeabilidad alveolar al tiempo que se previene la distensión excesiva y el cierre/reapertura.

300149 NEUMOLOGÍA Normal 43%

Solución: 1

El Síndrome de Distrés Respiratorio del Adulto (SDRA) se trata con ventilación mecánica. Los protocolos actuales recomiendan realizar una "ventilación protectora" para evitar lesiones producidas por el respirador. Esta ventilación protectora consiste en aplicar un Volumen Tidal muy bajo (en torno a 6 mL/kg) (respuesta 1 incorrecta), evitar presiones meseta elevadas (por encima de 30 cm H₂O) (respuesta 2 correcta),

utilizar un valor de FiO₂ lo más bajo posible para alcanzar una Saturación de O₂ = 90% (respuesta 3 correcta) y ajustar la PEEP a un valor que permita reclutar alvéolos (es decir, abrirllos), sin distenderlos en exceso para evitar que se lesionen (el daño alveolar producido por un exceso de presión se denomina "barotrauma") (respuesta 4 correcta).



Pregunta 11324: (150) La Cirugía de Reducción de Volumen (CRV) es una técnica quirúrgica que se emplea en pacientes con EPOC grave, con la que se pretende mejorar la función pulmonar de los pacientes con enfisema y reducir la mortalidad. La aplicación de este procedimiento requiere una selección adecuada de los pacientes. ¿Cuál de los siguientes criterios desestimaría a los pacientes con EPOC para este tipo de tratamiento?:

- 1. Predominio de las lesiones enfisematosas en lóbulos superiores.
- 2. FEV1 < 40%.
- 3. Lesiones enfisematosas heterogéneas de distribución difusa.
- 4. Capacidad de esfuerzo reducida tras realizar programa de rehabilitación respiratoria.

300150 NEUMOLOGÍA Normal 40%

Solución: 3

Se trata de una pregunta muy difícil. Actualmente, las medidas que consiguen alargar la supervivencia en pacientes con EPOC son: el abandono del hábito tabáquico, la oxigenoterapia crónica domiciliar (si cumple una serie de criterios) y, para algunos autores, la cirugía de reducción de volumen (siempre que se seleccionen los pacientes de forma correcta). Esta cirugía consiste en reseca bullas y lesiones enfisematosas en campos superiores, con la intención de expandir el resto del parénquima. Por eso, la cirugía tiene mejores resultados si las lesiones están localizadas en lóbulos superiores (respuesta 1 incorrecta). Si las alteraciones están diseminadas por todo el pulmón (distribución difusa), la cirugía no alcanzará unos resultados satisfactorios y, en este caso, se considerará contraindicada (respuesta 3 correcta).

La cirugía de reducción de volumen está indicada en pacientes menores de 75 años con FEV1 < 45% (respuesta 2 incorrecta), disnea severa a pesar de tratamiento farmacológico óptimo y rehabilitación respiratoria (respuesta 4 incorrecta). Está contraindicada en aquellos pacientes con difusión muy reducida (DLCO < 20%).

Pregunta 11325: (151) Hombre de 30 años que acude al servicio de urgencias por disnea rápidamente progresiva tras comenzar con un cuadro catarral de vías altas en las últimas 48 horas. En la exploración se advierte un aumento del trabajo respiratorio, fiebre de 39°C, taquipnea (40 rpm) y cianosis. En la auscultación pulmonar se aprecian estertores crepitantes gruesos en la base pulmonar izquierda. En el hemograma se observa una leucocitosis de 17.000/mm³ con desviación a la izquierda y una hemoglobina de 14 g/dL. Los electrolitos séricos son Na⁺ 139 mEq/L, K⁺ 4,5 mEq/L, Cl⁻ 102 mEq/L y CO₂ 20 mEq/L. La gasometría arterial basal es pH 7,53, PCO₂ 26 mmHg, PO₂ 40 mmHg, SaO₂ 80%, HCO₃⁻ 22 mEq/L, COHb 1,5%. Desde el punto de vista del equilibrio ácido-base, la situación que mejor describe a este paciente es:

- 1. Hiperventilación marcada y acidosis metabólica.
- 2. Alcalosis respiratoria crónica.
- 3. Alcalosis respiratoria y acidosis respiratoria.
- 4. Hiperventilación y alcalosis respiratoria aguda.

300151 NEUMOLOGÍA Fácil 89%

Solución: 4

Para enfrentarnos a las preguntas del **equilibrio ácido-base**, lo primero que debemos mirar es el **valor del pH**. Se considera normal entre 7,36 y 7,44. Por encima (como en este caso), será **alcalosis** (respuesta 1 incorrecta). Si el pH está elevado y la PaCO₂ está baja (menor de 36 mmHg), hablamos de **alcalosis respiratoria**. El nivel de CO₂ arterial depende de la ventilación. Un valor de PaCO₂ bajo implica **hiperventilación**. Un valor de PaCO₂ elevado aparece en casos de hipoventilación. En este caso podemos afirmar que la **alcalosis respiratoria** es **aguda** porque el HCO₃ aún no ha comenzado a compensar (tarda 3 días) (respuesta 4 correcta). Si el HCO₃ estuviera disminuido, hablaríamos de una **alcalosis respiratoria crónica** (respuesta 2 incorrecta). La **alcalosis respiratoria** no puede aparecer simultáneamente con una **acidosis respiratoria** (o es acidosis, o es alcalosis) (respuesta 3 incorrecta).

Pregunta 11326: (152) Señale la respuesta FALSA respecto a la neumonitis por hipersensibilidad:

1. En las formas agudas es característica la aparición de síntomas a las 6-8 horas de la exposición al antígeno.
2. La presencia de eosinofilia apoya el diagnóstico.
3. En la fase crónica la radiografía de tórax se caracteriza por la existencia de un patrón reticulonodular difuso.
4. En el lavado broncoalveolar es típica la presencia de una disminución en el cociente linfocitos CD4/CD8.

300152 NEUMOLOGÍA Fácil 67%

Solución: 2

La "neumonitis por hipersensibilidad" o "bronquiolo-alveolitis alérgica extrínseca", a pesar de llamarse "alérgica", **no presenta IgE ni eosinofilia** (respuesta 2 incorrecta). En las formas agudas, la **sinomatología aparece a las 6 - 8 horas de exponerse al antígeno** (respuesta 1 correcta). En la fase crónica, la **placa de tórax muestra un patrón intersticial reticulo-nodulillar difuso**, más frecuente en campos superiores (respuesta 3 correcta). El **lavado broncoalveolar** suele tener **predominio de linfocitos T CD8**, por lo que el cociente CD4/CD8 estará disminuido (respuesta 4 correcta).

Pregunta 11327: (153) Una mujer de 69 años acude a urgencias por disnea progresivamente creciente hasta hacerse de pequeños esfuerzos, objetivándose en la radiografía de tórax un derrame pleural que ocupa dos terceras partes del hemitórax derecho. En la toracocentesis se aprecia un líquido de aspecto lechoso con las siguientes características: pH 7,47, leucocitos 569/μL (mononucleares 81%, polimorfonucleares 19%), glucosa 132 mg/dL, proteínas 4 g/dL, LDH 95 U/L, colesterol 93 mg/dL, triglicéridos 371 mg/dL. Se ingresa a la paciente y se solicita una tomografía computarizada en la que se aprecian múltiples adenopatías a nivel cervical, torácico y abdominal. Señale cuál de los siguientes es el tratamiento inicial más correcto mientras se completa el estudio diagnóstico:

1. Colocación de una derivación pleuroperitoneal.
2. Ligadura del conducto torácico.
3. Inserción de un tubo de pleurostomía y administración de octeótrido.
4. Toracostomía con catéter e inserción de un agente esclerosante.

300153 NEUMOLOGÍA Difícil -7%

Solución: 3

Esta pregunta es una de las más difíciles del examen MIR de este año. El cuadro clínico nos orienta hacia un quilotórax. Dado que existen múltiples adenopatías y que no hay antecedente de traumatismos, la etiología más probable será un linfoma. El tratamiento definitivo del quilotórax consiste en **derivación pleuro-peritoneal**. Sin embargo, el enunciado no pregunta por "el tratamiento definitivo", sino por "el tratamiento inicial, mientras se completa el estudio diagnóstico". Esto es lo que invalida la opción 1 y hace que la pregunta sea tan complicada (respuesta 1 incorrecta). Existe una gran variación anatómica en cuanto a la localización del conducto torácico. Por este motivo, dado que es muy

complicado localizar correctamente el conducto y el punto de ruptura del mismo, habitualmente no se realiza una **ligadura quirúrgica** como tratamiento del quilotórax (respuesta 2 incorrecta). El quilotórax no se trata con pleurodesis ni con **agentes esclerosantes** (respuesta 4 incorrecta). El tratamiento "inicial" del quilotórax secundario a linfoma se realiza con **tubo de toracostomía y administración de octeótrido**, mientras se completa el estudio diagnóstico (respuesta 3 correcta). Posteriormente se realizará el tratamiento definitivo (shunt pleuro-peritoneal). El octeótrido reduce la circulación de linfa en el interior del conducto torácico, al inhibir tanto las secreciones gástricas, pancreáticas y biliares como la absorción de quilo a nivel intestinal.

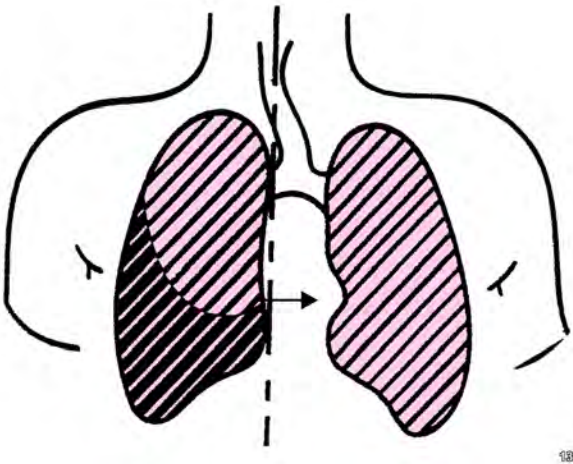
Pregunta 11328: (154) Un hombre acude a su consulta por disnea. En la exploración física del tórax se aprecia una disminución de la movilidad del hemitórax derecho, con disminución de las vibraciones vocales en ese mismo lado y desviación de la tráquea hacia el lado izquierdo. Además, a la percusión se aprecia matidez en todo el hemitórax derecho y ausencia de murmullo vesicular en ese mismo hemitórax. Usted pensarla en:

1. Neumotórax derecho.
2. Atelectasia obstructiva derecha.
3. Condensación pulmonar derecha.
4. Derrame pleural derecho.

300154 NEUMOLOGÍA Fácil 87%

Solución: 4

Semiología del **derrame pleural**: disminución de la movilidad del hemitórax afecto, disminución de las vibraciones vocales ipsilaterales, desviación de tráquea y mediastino hacia el lado contralateral, matidez a la percusión y ausencia de murmullo vesicular en el mismo lado (respuesta 4 correcta). El **Neumotórax** presenta una semiología similar a la del derrame, salvo en la percusión, que será timpánica, en vez de mate (respuesta 1 incorrecta). La **atelectasia** desvía la tráquea y el mediastino hacia el lado afecto, no hacia el lado contralateral (respuesta 2 incorrecta). La **condensación pulmonar** mostrará crepitantes y aumento de vibraciones vocales, sin desviación del mediastino (respuesta 3 incorrecta).



Pregunta 11329: (155) Un hombre de 58 años, a las tres semanas de un esguince grave de tobillo presenta, de forma rápidamente progresiva, disnea de reposo, mareo y síncope. Al llegar al hospital tiene hipotensión (PA sistólica 80 mmHg, diastólica 40 mmHg) y mala perfusión. Es intubado y conectado a ventilación mecánica y se inicia noradrenalina. El ecocardiograma muestra signos de hipertensión pulmonar. En la angio-TC se observan múltiples defectos de repleción ocupando ambas arterias pulmonares principales. ¿Cuál de los siguientes tratamientos se asociaría a una mejoría hemodinámica más rápida en este caso?

1. Heparina sódica en perfusión intravenosa.
2. Tromboendarectomía.
3. Fibrinólisis sistémica con rt-PA (alteplase) 100 mg intravenoso.

4. Filtro en vena cava inferior.

300155 NEUMOLOGÍA Fácil 80%

Solución: 3

La presencia de disnea brusca no orienta hacia un TEP. En este tipo de preguntas, suelen darnos un factor procoagulante que favorece la tromboembolia. En este sentido, el enunciado dice que el paciente ha tenido un esguince grave tres semanas antes (es decir, que ha tenido una inmovilización en la pierna, lo cual favorece el éstasis sanguíneo y la consiguiente formación de una trombosis venosa profunda (TVP). El trombo formado en la pierna puede migrar al pulmón, produciendo un tromboembolismo pulmonar (TEP).

En el contexto del TEP, el síncope y la hipotensión son datos clínicos que se comportan como marcadores de gravedad y se asocian a mal pronóstico. El diagnóstico se realiza mediante angio-TC. En este caso, nos presentan un defecto de repleción de ambas arterias pulmonares, lo cual es compatible con un tromboembolismo pulmonar masivo.

Si el TEP es masivo y existe inestabilidad hemodinámica (hipotensión), está indicada la **fibrinólisis con rt-PA (Alteplasa)**, que destruye el trombo en pocos minutos (respuesta 3 correcta).

La **heparina sódica en perfusión intravenosa** (al igual que la heparina de bajo peso molecular) está indicada en el tratamiento del TEP. Esta terapia favorece que el trombo no crezca de tamaño (sin destruirlo directamente). Tanto la heparina como los anticoagulantes orales impiden el crecimiento del trombo, mientras los procesos fibrinolíticos endógenos lo destruyen (este proceso puede llegar a tardar hasta 3 meses; por eso, el tratamiento anticoagulante oral se mantiene de 3 a 6 meses en pacientes con TEP) (respuesta 1 incorrecta).

La **tromboendarterectomía** es la terapia de elección tras el fracaso de la fibrinólisis en el TEP masivo; es decir, que se trata de una terapia de segunda línea (respuesta 2 incorrecta).

El **filtro de vena cava** se implanta en aquellos casos con sangrados activos o alto riesgo hemorrágico, en los que la anticoagulación está contraindicada. Esta terapia tampoco destruye directamente el trombo (simplemente evita su crecimiento al detener la migración del trombo a nivel de la vena cava (respuesta 4 incorrecta).

3. Es más frecuente en mujeres.

4. El tratamiento sintomático puede hacerse con oxígeno al 100% por mascarilla.

300156 NEUROLOGÍA Fácil 93%

Solución: 3

La cefalea en racimos es un tipo de cefalea muy intensa, que afecta con mayor frecuencia a **varones** (3:1) (respuesta 3 correcta), que se caracteriza por crisis de dolor muy intenso hemifacial asociados a **enrojecimiento, taponamiento nasal y lagrimeo** ipsilaterales al dolor, y en ocasiones síndrome de **Horner** (respuesta 2 incorrecta).

Los episodios de dolor **duran entre 30 minutos y 2-3 horas**, y se tratan con **Oxígeno a flujos altos** y triptanes (respuestas 1 y 4 incorrectas).

Pregunta 11331: (157) ¿Cuál de los siguientes fármacos antiepilépticos NO disminuye la eficacia de los anticonceptivos orales?

1. Valproato.
2. Carbamazepina.
3. Fenitoína.
4. Fenobarbital.

300157 NEUROLOGÍA Normal 58%

Solución: 1

Carbamazepina, fenitoína y fenobarbital son fármacos inductores enzimáticos hepáticos, que pueden disminuir la eficacia de los anticonceptivos orales. No se ha demostrado alteración de la acción de los anticonceptivos orales con el uso de Valproato, que no presenta efecto inductor hepático (respuesta 1 correcta).

Pregunta 11332: (158) Un paciente con una enfermedad de Parkinson en tratamiento estable con levodopa empieza a presentar alucinaciones visuales bien estructuradas, asociadas a cierta irritabilidad. El cuadro no mejora disminuyendo la dosis de levodopa, empeorando además su situación motora. ¿Cuál es el medicamento más adecuado para tratar las alucinaciones?

1. Quetiapina.
2. Haloperidol.
3. Risperidona.
4. Lorazepam.

300158 NEUROLOGÍA Normal 58%

Solución: 1

El tratamiento de primera línea de los síntomas psicóticos son los neurolepticos. Los antipsicóticos de primera generación (**Haloperidol**) presentan muchos efectos secundarios extrapiramidales, que en el caso de un paciente con Parkinson serán aún más frecuente (respuesta 2 incorrecta). De los antipsicóticos atípicos la **Quetiapina** sería mejor opción que la **Risperidona**, ya que ésta se asocia a efectos extrapiramidales tanto como los de primera generación (respuesta 1 correcta y 3 incorrecta).

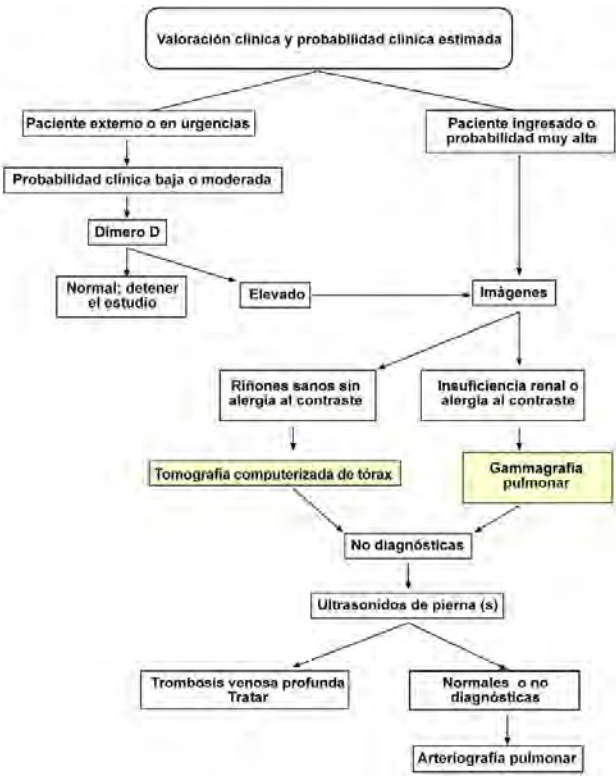
Pregunta 11333: (159) ¿Cuál de las siguientes características NO es habitual en la demencia por cuerpos de Lewy?

1. Fluctuaciones en el estado cognitivo del paciente.
2. Presencia de un trastorno de conducta asociado al sueño REM.
3. Reducción en la captación del transportador de dopamina en las pruebas de neuroimagen funcional (DAT scan).
4. Limitación en la mirada vertical. especialmente en la mirada inferior.

300159 NEUROLOGÍA Fácil 85%

Solución: 4

La demencia por cuerpos de Lewy presenta habitualmente **fluctuaciones** del estado cognitivo del paciente, síntomas parkinsonianos y alteraciones visuales. Al igual que en la enfermedad de Parkinson es frecuente la asociación con **trastorno del sueño en fase REM** y la presencia de alteraciones asimétricas en las pruebas de imagen funcional que miden la captación del trasportador de Dopamina (**DATSCAN**) (respuestas 1, 2 y 3 incorrectas).



Pregunta 11330: (156) Señale cuál es FALSA con respecto a la cefalea en racimos:

1. Tiene una duración entre 30 y 180 minutos.
2. Se acompaña de lagrimeo, rinorrea y signo de Horner homolaterales al dolor.

Lo que no es frecuente ni en la Enfermedad de Parkinson ni en la demencia de cuerpos de Lewy es la **limitación de la mirada vertical**, hallazgos que sugiere parálisis supranuclear progresiva (respuesta 4 correcta).

Pregunta 11334: (160) La electromiografía (EMG) permite registrar la actividad eléctrica del músculo mediante la inserción de un electrodo de aguja concéntrico en el mismo ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es la correcta?

- 1. En la Miastenia Gravis el potencial de acción muscular compuesto inicial producido por la estimulación eléctrica está ligeramente reducido o es normal.
- 2. En las polimiositis, distrofias musculares y otras miopatías, los potenciales de unidad motora son de elevada amplitud y de duración aumentada.
- 3. En el Síndrome de Eaton Lambert, la estimulación repetitiva a alta frecuencia produce una disminución del potencial de la respuesta.
- 4. El fenómeno de la miotonía se caracteriza por descargas repetitivas de baja frecuencia que tienen en general ondas positivas agudas.

300160 NEUROLOGÍA Normal 56%

Solución: 1

En la **Miastenia Gravis** el potencial de acción muscular compuesto inicial producido por la estimulación eléctrica está ligeramente reducido o es normal. Es en la estimulación repetida que se observa una marcada disminución progresiva (respuesta 1 correcta).
En las **polimiositis, distrofias musculares** y otras **miopatías**, los potenciales de unidad motora son de reducida amplitud y de corta duración (respuesta 2 incorrecta).
En el Síndrome de **Eaton Lambert**, la estimulación repetitiva a alta frecuencia produce un aumento del potencial de la respuesta (respuesta 3 incorrecta).
El fenómeno de la **miotonia** se caracteriza por descargas repetitivas de alta frecuencia que tienen en general ondas negativas agudas (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta 11335: (161) ¿Cuál de las siguientes manifestaciones clínicas NO esperaría encontrar en un paciente con un infarto bulbar posterolateral (Síndrome de Wallemberg)?

- 1. Ataxia.
- 2. Hipo.
- 3. Nistagmus.
- 4. Midriasis.

300161 NEUROLOGÍA Fácil 80%

Solución: 4

El síndrome bulbar lateral (o síndrome de Wallemberg) suele acompañarse de afectación de pares craneales bajos (disfonía, disfagia, **nistagmus**), **ataxia** ipsilateral, pérdida de sensibilidad de la hemicara ipsilateral y de la sensibilidad termoalgésica del hemicuerpo contralateral, y síndrome de Horner ipsilateral (con ptosis y **miosis**) (respuestas 1, 3 incorrectas y 4 correcta).
El **hipo** incontrolable persistente es un síntoma poco frecuente pero que puede verse asociado al síndrome de Wallemberg (respuesta 2 incorrecta).

Pregunta 11336: (162) Mujer de 32 años que toma anticonceptivos orales presenta un cuadro de cefalea, papiledema bilateral y crisis tónico-clónicas generalizadas que se controlan con levetiracetam. Se realiza RM craneal que muestra un pequeño hematoma temporal izquierdo y en angioRM venosa una trombosis venosa del seno longitudinal superior, seno transversal y sigmoideo izquierdo. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado en esta paciente?

- 1. Anticoagulación con heparina intravenosa.
- 2. Fibrinólisis intravenosa.
- 3. Antiagregación con ácido acetilsalicílico 300 mg.
- 4. Evacuación quirúrgica del hematoma.

300162 GINECOLOGÍA Difícil 20%

Solución: 1

El tratamiento de elección en trombosis venosas cerebrales asociadas a pequeños hematomas el tratamiento de elección es la anticoagulación con **heparina sódica** y posteriormente con

anticoagulantes orales (respuesta 1 correcta).
La evacuación del hematoma o **cirugía** descompresiva está limitada a algunos casos seleccionados de hematomas de gran tamaño (respuesta 4 incorrecta).
No se utiliza **antiagregación** ni **fibrinólisis** intravenosa (respuestas 2 y 3 incorrectas).

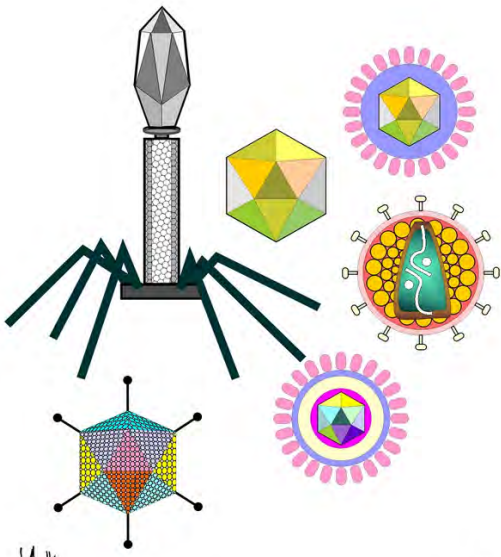
Pregunta 11337: (163) Mujer de 26 años, nuligesta, vacunada contra el virus del papiloma humano, acude a la consulta por alteración de bajo grado (LSIL) en citología de cribado. Se realiza colposcopia y biopsia de exocérvis con resultado histológico de neoplasia intraepitelial de bajo grado (LSIL-CIN 1). ¿Cuál es la actitud a seguir en esta paciente?

- 1. Solicitar detección del virus del papiloma humano.
- 2. Conización cervical.
- 3. No tratar y programar nueva revisión en 6-12 meses.
- 4. Tratamiento con aciclovir durante 16 semanas.

300163 GINECOLOGÍA Normal 54%

Solución: 3

Nos presentan a una paciente de 26 años con citología LSIL a la que se le ha realizado una colposcopia y biopsia con resultado de CIN 1.
La historia natural de estas pacientes con biopsia de LSIL/CIN1 es similar a las que presentan citología de LSIL en ausencia de CIN o a la de ASC-US con prueba VPH positiva. Estas mujeres presentan un riesgo de tener una lesión HSIL/CIN2-3 subyacente o desarrollar una lesión de alto grado en los 6-24 meses posteriores similar tanto si la colposcopia-biopsia confirma LSIL/CIN1 como si la biopsia es negativa. Este riesgo oscila entre el 4-13% y no se han descrito carcinomas invasores en esta población. Por ello lo indicado es realizar un co-test a los 12 meses. Si en los controles posteriores se observa VPH positivo o citología alterada en cualquier forma (ASC-US incluido) se remitirá a la paciente a colposcopia y biopsia.



©Curso Intensivo MIR Asturias 2003

15020

Las displasias y cáncer invasivo de cérvix uterino se deben al VPH

Pregunta 11338: (164) Mujer de 18 años con acné, sin antecedentes médicos ni familiares de interés. Acude a su consulta demandando un método contraceptivo hormonal oral. Señale la respuesta correcta en relación a qué tipo de contraceptivo le prescribiría:

- 1. Contraceptivos con estrógenos combinados con levonorgestrel por su acción antiandrogénica.
- 2. Contraceptivos con estrógenos combinados con norgestrel porque promueven una mayor elevación de la Sex Hormone Binding Globuline (SHBG).
- 3. Contraceptivos con sólo estrógenos para evitar el efecto androgénico de los gestágenos.
- 4. Contraceptivos combinados con estrógenos y un gestágeno como el norgestimato.

300164 GINECOLOGÍA Difícil 7%

Solución: 4

Nos presentan a una paciente de 18 años con acné y sin antecedentes relevantes que desea un anticonceptivo.

Levonorgestrel (2ª generación de gestágenos derivados de la 19-nortestosterona). Leve actividad androgénica, por lo que modifican el perfil lipídico aumentando el nivel de triglicéridos y de LDL colesterol y disminuyendo el HDL. Combinado con el etinil-estradiol, le confiere un menor riesgo relativo de tromboembolismo (*repuesta 1 incorrecta*)

Etonogestrel (gestágenos de 3ª generación). Tienen menor actividad androgénica lo que determina un mejor perfil lipídico. Presentan un mayor riesgo de tromboembolismo venoso (TEV) en combinación con el etinilestradiol que el levonorgestrel (*respuesta 2 incorrecta*)

Contraceptivos con solo estrógenos: no existen, sólo existen anticonceptivos sólo gestágenos (*respuesta 3 incorrecta*).

Norgestimato (4ª generación de gestágenos derivados de la 19-nortestosterona). Se comporta como el etonogestrel en cuanto a metabolismo lipídico y como el levonorgestrel en cuanto a riesgo tromboembólico (*repuesta 4 correcta*).

Si buscásemos un efecto puramente antiandrogénico tendríamos que decantarnos por acetato de clormadinona/acetato de ciproterona/drosiprenona o dienogest.

Pregunta 11339: (165) Señale la respuesta correcta en relación al tratamiento de la disfunción sexual de una mujer de 60 años en menopausia desde hace 5 y con atrofia vaginal que consulta por dispareunia:

- 1. El nivel en sangre de testosterona libre es predictor del éxito terapéutico de la administración exógena de andrógenos.
- 2. El uso de estrógenos orales combinados con gestágenos vaginales es el tratamiento más eficaz.
- 3. La terapia estrogénica local en la vagina con preparados de dosis baja no precisa de combinación con gestágenos.
- 4. La terapia con lubricantes vaginales reduce la dispareunia y las infecciones urinarias secundarias a la atrofia.

300165 GINECOLOGÍA Normal 44%

Solución: 3

Nos presentan a una mujer postmenopáusica con dispareunia secundaria a atrofia vaginal. El revestimiento epitelial de la vagina y la uretra son tejidos estrógeno-sensibles, y la deficiencia de estrógenos conduce a un adelgazamiento del epitelio vaginal. Esto da lugar a la atrofia vaginal (vaginitis atrófica), que causan los síntomas de sequedad vaginal, prurito, dispareunia, y con frecuencia síntomas miccionales.

La terapia sistémica con estrógenos está indicada para el alivio de múltiples síntomas de la menopausia, además de la atrofia vaginal, mejorando la calidad de vida de la paciente. Puede administrarse por vía oral o por vía transdérmica. Debe utilizarse un gestágeno para antagonizar el efecto estrógeno en el endometrio (*respuesta 2 incorrecta*).

Los estrógenos locales son el tratamiento farmacológico más eficaz para los síntomas de atrofia vaginal moderados o intensos. Normalizan el pH ácido, aumentan la vascularización del epitelio, aumentan la respuesta lubricadora y disminuyen la sequedad vaginal. Todo ello contribuye a una mejora de la respuesta sexual (*respuesta 3 correcta*). La preferencia por las dosis bajas por vía vaginal se basa en la eficacia y en que también evita o minimiza los efectos sistémicos de los estrógenos, ya que los niveles séricos de estradiol se mantienen dentro del rango de la menopausia.

Se han descrito un importante número de especies medicinales (lubricantes) empleadas tradicionalmente con la finalidad de mejorar la sequedad y la atrofia vaginal. Sin embargo, son pocos los casos en que se ha podido evidenciar mediante ensayos clínicos bien diseñados la eficacia de estos productos (*respuesta 4 incorrecta*).

No se administran andrógenos a postmenopáusicas, únicamente tendríamos como opción la Tibolona (molécula sintética cuya estructura se relaciona con el gestágeno noretinodrel y que se une a receptores de andrógenos, gestágenos y estrógenos) (*respuesta 1 incorrecta*).

Pregunta 11340: (166) En una mujer obesa de 67 años de edad que presenta un episodio de metrorragia, ¿cuál es la prueba más eficiente y precisa para diagnosticar su proceso ginecológico?

- 1. Ecografía transvaginal y toma de endometrio.
- 2. Ecografía de abdomen completo.
- 3. Histeroscopia bajo sedación y biopsia según hallazgos.
- 4. Especuloscopia y citología cervical.

300166 GINECOLOGÍA Normal 61%

Solución: 1

Ante el signo de sospecha de un cáncer de endometrio (sangrado postmenopáusico) se recomienda la realización de una ecografía transvaginal, o en su defecto transrectal. Esta primera aproximación nos permite:

- Descartar patología orgánica (miomas, pólipos).
- Medición del grosor endometrial en un corte longitudinal. Se recomienda utilizar un punto de corte de 3mm para la realización de biopsia endometrial en la paciente sintomática.

Ante la sospecha clínica y ecográfica se recomienda una biopsia endometrial con dispositivos de aspiración tipo cánula de Cornier de forma ambulatoria.

En caso de clínica persistente y ecografía de baja sospecha, se recomienda realizar biopsia endometrial.

Si la biopsia endometrial no es satisfactoria o es negativa y persiste la clínica, se recomienda realizar una histeroscopia diagnóstica y biopsia dirigida o legrado uterino.



Endometrio engrosado en paciente postmenopáusica visto por ecografía.

Pregunta 11341: (167) Pareja heterosexual que consulta por esterilidad de un año de evolución. La mujer tiene 39 años y entre sus antecedentes refiere estar diagnosticada de endometriosis que requirió cirugía hace 3 años (quistectomía ovárica unilateral). En la analítica de ella destacan unos valores de hormona anti-mulleriana de 1,9 ng/mL (normal por encima de 1 ng/mL) y el recuento de folículos antrales por ecografía es de 4 folículos por ovario (normal, más de 7 entre los 2 ovarios). El varón tiene 40 años y el seminograma es normal. ¿Cuál de las siguientes opciones es de elección en esta pareja?

- 1. Ciclo de fecundación in vitro con donación de ovocitos.
- 2. Ciclo de fecundación in vitro con ovocitos propios.
- 3. Ciclo de inseminación artificial.
- 4. Tratamiento de la endometriosis con análogos de la GnRH durante 3 meses seguido de inducción de la ovulación.

300167 GINECOLOGÍA Difícil 15%

Solución: 2

Nos presentan a una paciente de 39 años que consulta por esterilidad primaria de un año de evolución. Sus valores de hormona antimulleriana son normales así como el recuento de folículos ováricos. Su pareja tiene 40 años y un seminograma normal. Entre los antecedentes sólo destaca una quistectomía ovárica unilateral hace 3 años.

Por los datos aportados podemos pensar que nos encontramos ante una esterilidad de origen desconocido (todos los parámetros aportados son normales). La disfunción reproductiva de origen desconocido o más comúnmente denominada

Esterilidad de origen desconocido es un término genérico que se aplica a la pareja infértil cuyos análisis dan resultados normales, considerándose según las ESRHE esterilidad, la incapacidad de conseguir embarazo tras un año de mantener relaciones regularmente. Es un término utilizado una vez descartado problemas en la ovulación o tubáricos o espermáticos, se suele aplicar a un 30% de las parejas estériles.

Para las parejas infértiles es muy frustrante no encontrar algo que explique su esterilidad, por ello su pronóstico en parte dependerá de la duración de la misma, y será peor si la infertilidad supera los 3 años y la mujer tiene > 35 años. El diagnóstico se obtiene por la exclusión y por la "normalidad" en las pruebas básicas solicitadas.

Realización de fecundación in vitro (FIV), esta última opción es actualmente un tratamiento ampliamente aceptado para la esterilidad de origen desconocido, pues a pesar de ser empírica y costosa es la opción de tratamiento que puede subsanar causas de esterilidad que a priori no pueden conocerse, pero que se pueden descubrir mediante esta técnica. Los estudios hablan de tasas de recién nacidos vivos de hasta el 33% con un período expectante de 36 meses.

En nuestro entorno, las mujeres no suelen disponer de tanto tiempo ya que deciden tener hijos cada vez más tarde, y que si esperamos 3 años a que se embarace 1 de cada 3 (33%), el resto va a tener después serias dificultades para embarazarse. Por lo que estos datos siempre hay que contextualizarlos con la realidad de cada país, ya que la edad es el factor más determinante de la fertilidad.

Por todo esto en mujeres < 35 años con 1 año de esterilidad podemos emplear tanto manejo expectante como IA como FIV, sin embargo en mujeres > 35 años nos iremos directamente a la FIV.

Pregunta 11342: (168) Primigesta de 28 años, sin antecedentes médicos de interés. IMC 25 kg/m2. Presión arterial en primer trimestre de 95/65 mmHg. Gestación única de curso normal hasta el momento. Acude en la semana 34+1 a la realización de la ecografía del tercer trimestre: feto vivo en cefálica con peso estimado de 1760g (percentil 5), índice de pulsatilidad medio en arterias uterinas en el percentil 97, índice cerebro-placentario en percentil 3, e índice de pulsatilidad en arteria umbilical en percentil 75. Líquido amniótico normal (bolsa mayor de 38 mm) y movimientos fetales percibidos durante la exploración y por la madre. En la consulta de obstetricia se constata que la presión arterial es de 135/91 mmHg. Refiere que se le han hinchado las manos en la última semana y que desde el día anterior tiene náuseas y ha vomitado en dos ocasiones. Se solicita una analítica en la que destaca: glucosa 105 mg/dL, creatinina 0.64 mg/dL, ALT (GPT) 109 U/L, AST (GOT) 110 U/L, LDH 460 U/L, bilirrubina total 1,3 mg/dL, amilasa 50 U/L, sodio 139 mEq/L, potasio 4,49 mEq/L, hemoglobina 12,5 g/dL, hematocrito 36%, plaquetas 77x1000/ μ L, leucocitos 13.100/ μ L, índice proteína/creatinina 0,35, cociente sFlt-1/PIGF 577, y presencia de esquistocitos en sangre periférica. Señale la afirmación verdadera respecto al diagnóstico y seguimiento de este caso:

1. Se trata de un feto pequeño para la edad gestacional, de origen placentario, que se acompaña de una preeclampsia no grave. La actitud recomendable es intentar prolongar la gestación al menos hasta la semana 37.
2. Se trata de un feto pequeño para la edad gestacional que se acompaña de un síndrome de HELLP. La actitud recomendable es intentar prolongar la gestación al menos hasta la semana 35.
3. Se trata de un feto con restricción del crecimiento intrauterino que se acompaña de una hipertensión gestacional del tercer trimestre. La actitud recomendable es intentar prolongar la gestación al menos hasta la semana 36.
4. Se trata de un feto con restricción del crecimiento intrauterino que se acompaña de un síndrome de HELLP. La actitud recomendable es la finalización del embarazo mediante inducción del parto.

300168 GINECOLOGÍA Fácil 77% Solución: 4

Nos presentan a una paciente en la semana 34+1 de embarazo con un feto por debajo del p10 de peso con anomalías en el Doppler (índice cerebro-placentario alterado) y alteraciones en la analítica (elevación de enzimas hepáticas, plaquetopenia y elevación de LDH). Se trata por tanto de una paciente con un CIR y un Síndrome de HELLP.

El Síndrome HELLP fue descrito por primera vez como tal por Louis Weinstein en 1982 tomando las iniciales (en inglés) de los hechos fundamentales de dicho síndrome: (H) Hemólisis, (EL) Elevación de las Enzimas Hepáticas (Elevated Liver), y (LP) Plaquetopenia (Low Platelet). Tres años más tarde lo presentó como una variante de preeclampsia severa que puede desarrollarse ante o post parto. Los primeros síntomas suelen ser digestivos: dolor en epigastrio o en hipocondrio derecho (90 % de los casos), en una gestante que también en más del 90 % de los casos nota malestar indefinido desde unos pocos días antes, todo lo cual hace que consulte directamente o remitida por el mismo obstetra a un internista o especialista en aparato digestivo que suele etiquetar el cuadro de una probable virasis. La hipertensión y la proteinuria pueden ser en este momento leves o incluso ausentes (30 y 20% de casos respectivamente). El diagnóstico es analítico.

Una vez ingresada la paciente y comprobado el diagnóstico se debe: 1) Estabilizar a la gestante; 2) Comprobar la situación de bienestar fetal con test no estresante, con perfil biofísico, y estudio con Doppler de la hemodinámica fetoplacentaria y del grado de centralización de la circulación fetal en su posible respuesta a la hipoxia; y 3) una vez tenemos los datos de los dos anteriores tomar la decisión de cuándo y cómo acabar la gestación. Por encima de las 34 semanas de gestación se recomienda finalizar el embarazo. Por debajo de los 34 semanas se recomienda la maduración pulmonar fetal.

Pregunta 11343: (169) Señale la respuesta INCORRECTA sobre "toxoplasmosis y embarazo":

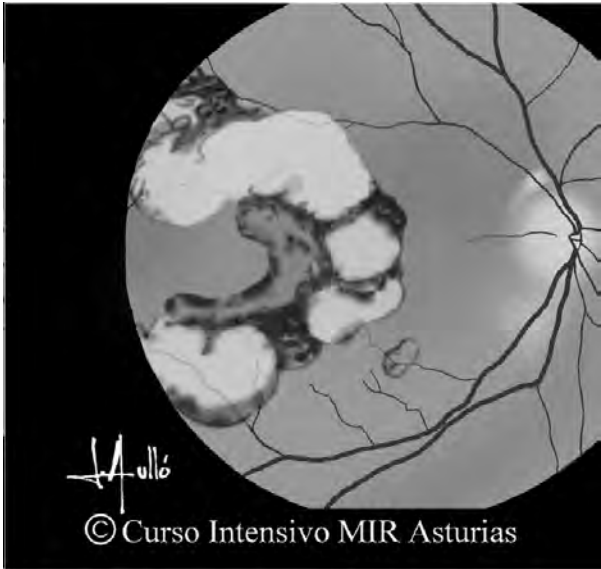
1. El riesgo de transmisión vertical disminuye con la edad gestacional.
2. El tratamiento con espiramicina 3 g/d disminuye el riesgo de infección fetal.
3. El test de avidez de IgG se realiza ante sospecha de infección materna (IgM e IgG positivas).
4. La secuela más frecuente es la coriorretinitis subclínica.

300169 GINECOLOGÍA Fácil 71% Solución: 1

TORCH es el acrónimo de un grupo de infecciones que pueden producir defectos congénitos graves cuando se adquieren durante la gestación, especialmente antes de las 20 semanas. Toxoplasma gondii es un parásito protozario. La infección se adquiere principalmente por ingestión de carne o productos cárnicos crudos o poco cocinados que contengan quistes o taquizoítos.

La transmisión vertical del parásito se produce durante la infección aguda. El riesgo de transmisión aumenta de forma importante a medida que avanza la gestación pero la afectación fetal tiene una evolución inversa (respuesta 1 incorrecta).

El 85% de los neonatos con infección congénita son asintomáticos al nacer, pero una proporción importante de estos (20-30%) puede presentar afectación ocular a largo plazo, sobre todo coriorretinitis (respuesta 4 correcta). Ante IgM / IgG positivas se realizará un test de avidez. La avidez de la IgG es el parámetro que mejor se correlaciona con el inicio de la infección materna (respuesta 3 correcta). Siempre que haya sospecha serológica fundamentada de infección materna durante la gestación se administrará Espiramicina 1g/8h VO hasta realizar la amniocentesis. Si la paciente rechaza la amniocentesis, se continuará el tratamiento hasta el parto. Si el resultado de la PCR en LA es negativo y se han cumplido por lo menos 4 semanas de tratamiento, se suspenderá el tratamiento antibiótico, excepto en casos de seroconversión documentada durante la gestación (respuesta 3 correcta).



La coriorretinitis es la complicación más frecuente de la toxoplasmosis

Pregunta 11344: (170) Mujer de 51 años que acude al servicio de urgencias por metrorragia intensa desde hace 2 horas. En la anamnesis, refiere haber tenido algún bache amenorreico en el último año y la última regla fue hace dos meses. Actualmente no presenta sintomatología perimenopáusica. A la exploración se aprecia un sangrado mayor que una menstruación y un útero aumentado de tamaño, de unos 8 cm. En la ecografía vaginal, el único hallazgo es un endometrio de 28 mm, hiperecogénico con múltiples zonas hipoecoicas en su interior. ¿Cuál de las siguientes pruebas solicitaría inicialmente?

- 1. Beta-HCG en sangre.
- 2. Histeroscopia diagnóstica.
- 3. Legrado uterino diagnóstico-terapéutico.
- 4. Estudio hormonal ginecológico.

300170 GINECOLOGÍA Difícil 23%

Solución: 1

Nos presentan a una paciente premenopáusica (51 años, ciclos regulares hasta hace 2 meses y ausencia de sintomatología climatérica) con un sangrado mayor que menstruación tras un bache amenorreico de 2 meses y útero aumentado de tamaño. En el interior del útero observamos un endometrio de 28 mm hiperecogénico.

En cualquier sangrado genital anómalo en la elección de la pauta diagnóstica tiene notable influencia la edad, la cual se relaciona con la prevalencia de patología pre y neoplásica. Por ello en mujeres fértiles el estudio básico, una vez descartado el embarazo, es anamnesis, exploración, analítica y ecografía. Posteriormente y habiendo descartado la gestación podremos realizar el estudio hormonal pertinente o proponer el tratamiento adecuado (histeroscopia, tratamiento conservador, legrado, DIU-LNG...).

Pregunta 11345: (171) En una mujer postmenopáusica de 56 años de edad, obesa, y portadora de la mutación BRCA-2, con antecedentes familiares de cáncer de mama en su única hermana a los 54 años y a los 65 años en su madre. ¿Cuál de los siguientes tumores tienen más riesgo de presentarse en esta paciente?

- 1. Cáncer de endometrio y cáncer de ovario.
- 2. Cáncer de mama y cáncer de ovario.
- 3. Cáncer de mama y cáncer de endometrio.
- 4. Cáncer de cuello uterino y cáncer de mama.

300171 GINECOLOGÍA Fácil 76%

Solución: 2

Un 15-20% de los cánceres de mama corresponden a agregaciones familiares genéticamente inespecíficas, y sólo el 10% de los casos son hereditarios. Dentro de este último grupo, existen varios genes responsables de la aparición de la enfermedad.

Las mutaciones en los genes de alta predisposición al cáncer de mama, BRCA1 y BRCA2, son la principal causa del cáncer de mama y ovario hereditarios.



Pregunta 11346: (172) Mujer de 62 años con diagnóstico de diabetes tipo 2 de 15 años de evolución, con mal control a pesar del tratamiento con antidiabéticos orales. Presenta disminución de agudeza visual de dos meses de evolución en su ojo izquierdo. Se realiza una Tomografía de Coherencia Óptica (OCT) y se observa una afectación macular. ¿Cuál de las siguientes maculopatías está más relacionada con el descenso de agudeza visual de este paciente?

- 1. Distrofia macular.
- 2. Degeneración macular senil.
- 3. Pseudoagujero macular.
- 4. Edema macular.

300172 OFTALMOLOGÍA Fácil 85%

Solución: 4

El caso clínico describe a un diabético mal controlado con pérdida progresiva de visión unilateral.

En los diabéticos el **edema macular** es la causa más frecuente de pérdida de visión, secundaria a la exudación vascular por el mal control metabólico. Suele presentarse de forma bilateral, pero asimétrica y es habitualmente lenta y progresiva; salvo la coexistencia de hemorragias que puede acelerar el proceso (respuesta 4 correcta).

La **degeneración macular senil** es una causa frecuente de pérdida de visión en edades avanzadas. Sólo por la edad de la paciente no sería correcto pensar en esta opción como primera causa del descenso de su visión (respuesta 2 incorrecta).

Las **distrofias maculares** son un raro grupo de enfermedades, con frecuencia bilaterales, que suelen presentar descenso de visión a edades más tempranas. Además, no tiene relación con la historia clínica de diabetes que nos comentan en el caso (respuesta 3 incorrecta).

El **pseudoagujero macular** es producido por una tracción macular debido a la existencia de una membrana epirretiniana. Puede aparecer tanto en diabéticos como en estados metabólicos normales. Los pacientes se quejan de pérdida de visión con *metamorfopsias* (no comentado en el caso clínico). Aunque podría ser una posibilidad, nos preguntan cuál está más relacionada con el caso; y ante un diabético siempre debemos sospechar un edema macular en primer lugar (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta 11347: (173) Mujer que acude a urgencias por disminución de visión brusca de ojo izquierdo, hiperemia y dolor muy intenso, después de la instilación de un colirio con tapón rojo, que no sabe precisar. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

- 1. Queratitis traumática.
- 2. Glaucoma agudo.
- 3. Uveítis anterior aguda.
- 4. Conjuntivitis aguda.

300173 OFTALMOLOGÍA Fácil 70%

Solución: 2

Esta pregunta puede considerarse muy fácil para el personal que trabaja en las consultas de oftalmología y por el contrario muy difícil para estudiantes/opositores. El motivo es que los antecedentes que nos comentan nos dan la respuesta directa siempre y cuando sepamos que los colirios de tapón rojo son midriáticos. Dentro de este grupo tenemos la tropicamida, el ciclopentolato y la atropina.

Tras la instilación de un colirio midriático puede producirse el cierre brusco del ángulo iridocorneal (mucho más frecuente en hipermétropes y por supuesto fáquicos) provocando horas después de la instilación un cuadro de dolor ocular muy intenso (asociado en ocasiones a síntomas vegetativos), disminución brusca de visión, ojo rojo y midriasis media arreactiva con una elevación muy importante de la presión intraocular. Todo esto es compatible con un **glaucoma agudo** (respuesta 2 correcta). Una **queratitis traumática** entendemos que se refiere a una lesión inmediata tras la instilación de una gota de cualquier colirio, momento en el que el propio envase toca la córnea provocando un dolor inmediato, y sin apenas pérdida de visión salvo que se provoque una úlcera central (respuesta 1 incorrecta). En una **uveítis anterior aguda** el paciente refiere molestia o leve dolor (si lo comparamos con el glaucoma) asociado a hiperemia sin relación alguna con la instilación de un colirio dilatador (cabe recordar además que en el tratamiento de la uveítis anterior se emplean colirios midriáticos) (respuesta 3 incorrecta). La **conjuntivitis aguda** en ningún caso produce dolor ocular ni pérdida de visión; ni se relaciona con el empleo de colirios ciclopégicos salvo alergia a los mismos; en cuyo caso habría una afectación bilateral (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta 11348: (174) Paciente ingresado en cirugía, con vía central para nutrición parenteral desde hace 3 semanas. Comienza con fiebre de reciente aparición y disminución brusca de agudeza visual del ojo derecho. ¿Cuál de las siguientes es la etiología más probable?

1. Infección fúngica por candida.
2. Infección viral por citomegalovirus.
3. Infección bacteriana por micobacterias.
4. Infección bacteriana por pseudomonas.

300174 OFTALMOLOGÍA Fácil 83%

Solución: 1

Los antecedentes de cirugía en un paciente hospitalizado, con vía central para nutrición parenteral, constituyen un factor de riesgo importante para candidiasis sistémica. La aparición de disminución de visión unilateral y brusca en este contexto, asociada a fiebre, sería más compatible con una **endoftalmitis por candida** (respuesta 1 correcta). La infección por **citomegalovirus** es más propia de inmunodeprimidos celulares como pacientes SIDA, y la disminución de visión es progresiva y bilateral, aunque asimétrica (respuesta 2 incorrecta). Las infecciones por **micobacterias y pseudomonas** son mucho más raras, se dan en otros contextos, y es más característica la afectación de polo anterior (respuestas 3 y 4 incorrectas).

Pregunta 11349: (175) Muchacho de 15 años de edad, afecto de una cardiopatía congénita tipo comunicación interauricular ostium secundum, con cortocircuito izquierdo-derecha hemodinámicamente significativo. ¿Cuál de los siguientes hallazgos apoyaría el diagnóstico?

1. Presencia de cianosis.
2. Soplo sistólico de eyección pulmonar y desdoblamiento amplio y fijo del 2º R.
3. Cifras de presión arterial diastólica cercanas a 0.
4. Ausencia de pulsos en extremidades inferiores.

300175 PEDIATRÍA Fácil 94%

Solución: 2

La CIA es una cardiopatía NO cianógena por definición, ya que produce un shunt izquierda a derecha, que produce desde el inicio plétora pulmonar, lo que es básico en la fisiopatología (respuesta 1 incorrecta). La cianosis aparece únicamente en estadios muy avanzados de la enfermedad, en el que el shunt es derecha-izquierda. Es típico en la auscultación el desdoblamiento fijo del 2º tono con aumento de la diástole por desdoblamiento paradójico en la relajación cardíaca. La TA diastólica no se ve afectada (respuesta 3 incorrecta), ni la TA sistémica que permanece invariable (respuesta 4 incorrecta). El soplo característico de dicha cardiopatía, y que apoyaría el diagnóstico de CIA, es el soplo sistólico eyectivo en foco pulmonar y el desdoblamiento amplio y fijo del 2º tono (respuesta 2 correcta).

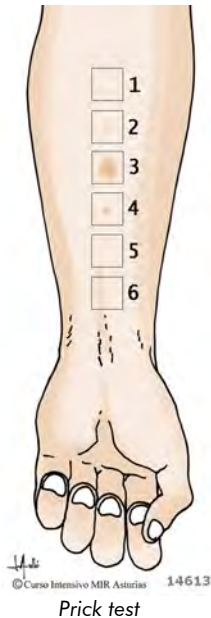
Pregunta 11350: (176) Lactante de 4 meses es valorado en verano en urgencias por vómitos, irritabilidad, eritema generalizado y decaimiento de unos 30 minutos de evolución. La madre refiere haberle dado una toma de biberón con fórmula de inicio previamente, con el objetivo de iniciar la lactancia artificial pues debe incorporarse a trabajar en poco tiempo. No presenta antecedentes de interés, está vacunado correctamente y toma lactancia materna exclusiva. ¿Cuál cree que es la actitud más correcta?

1. Se trata de una viriasis y le recomendaría a sus padres que le administraran un antihistamínico para calmar el picor, y paracetamol si fiebre.
2. Se debe realizar ecografía abdominal urgente para descartar una invaginación intestinal.
3. Se trata de un golpe de calor y aconsejo poner al bebé con poca ropa y dejarlo unas horas en urgencias mientras se toma otro biberón dado la angustia familiar.
4. Se trata de una alergia a las proteínas de la leche de la vaca y le dejaría con lactancia materna exclusiva o fórmula hidrolizada.

300176 PEDIATRÍA Fácil 91%

Solución: 4

Caso clínico en el que el lactante, previamente sano, comienza de manera súbita con cuadro de vómitos y eritema. El cuadro se remarca íntimamente unido a la primera toma de biberón artificial. Es muy poco probable el cuadro de viriasis, que, si produce afectación digestiva, no suele asociar eritema generalizado. En el caso de producirse, no está indicado el tratamiento con antihistamínicos, sino rehidratación oral y control estricto reposición de pérdidas (respuesta 1 incorrecta). Asimismo, es muy poco probable la invaginación intestinal, que suele cursar con cuadro de dolor abdominal agudo moderado y sangre en heces, sin producirse eritema generalizado (respuesta 2 incorrecta). El golpe de calor en los niños se produce asociado a temperaturas elevadas y escasa hidratación del lactante, y asocia irritabilidad y decaimiento con pérdida de conciencia, sin síntomas digestivos ni signos de eritema (respuesta 3 incorrecta). En este caso, se trata de una intolerancia a las proteínas de leche de vaca; cuadro que comienza de manera súbita asociado al inicio de la ingesta, con cuadro digestivo y alérgico, que produce irritabilidad y decaimiento. (respuesta 4 correcta).



Pregunta 11351: (177) Ante un niño de 15 meses de edad al que no le ha salido ningún diente, debemos considerar lo siguiente:

1. No se trata de una erupción tardía. Estamos en los límites de la normalidad (media más desviación estándar).
2. La cronología dental guarda una estrecha relación con otros procesos de crecimiento y maduración.

- 3. Lo más frecuente es que no encontremos ninguna causa (origen idiopático).
- 4. La erupción dentaria comienza con los caninos, progresando hacia los incisivos.

300177 PEDIATRÍA Normal 52%

Solución: 3

La **erupción dentaria** es el conjunto de movimientos que realiza cada uno de los dientes para ocupar el espacio que le corresponde en la arcada dentaria. Hay 20 dientes deciduales y 32 dientes permanentes.

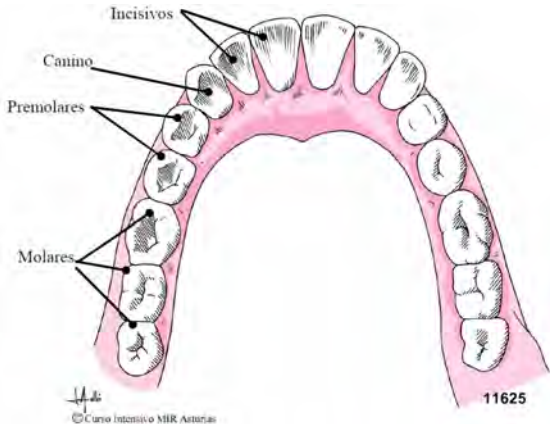
Los **primeros dientes deciduales en erupcionar son los incisivos centrales inferiores**, generalmente **entre los 6 y 10 meses de edad**, seguidos cronológicamente por la erupción de los incisivos centrales superiores, incisivos laterales, primeros molares, caninos y segundos molares deciduales (respuesta 4 incorrecta) La dentición decidua o primaria normalmente está completada a los 30 meses de edad. El paciente descrito en la pregunta presenta una **erupción tardía**, ya que tiene 15 meses y todavía no le ha salido ningún diente, pero todavía se encuentra en los límites de la normalidad (respuesta 1 incorrecta). El retraso en la erupción **podría asociarse a trastornos generales o nutritivos**, aunque **lo más habitual es que no se encuentre ninguna causa aparente** (respuesta 3 correcta).

Los niños cuyos dientes hacen erupción **seis meses más tarde de lo normal** (por ejemplo, una falta de erupción de un incisivo central inferior a los **16** meses), o aquellos que tienen una erupción dental asimétrica (los dientes equivalentes del lado derecho e izquierdo deben aparecer aproximadamente a la vez), deben ser evaluados para descartar anomalías en la erupción dental, agenesias (falta congénita de uno o varios dientes) o afectaciones sistémicas (hipotiroidismo, hipopituitarismo, acondroplasia, osteopetrosis, raquitismo, displasia ectodérmica).



© Curso Intensivo MIR Asturias 2003

Hay 20 dientes deciduales



© Curso Intensivo MIR Asturias

Hay 32 dientes permanentes. En cada hemiarcada hay dos incisivos, un canino, dos premolares y tres molares.

Pregunta 11352: (178) Recién nacido de 40 semanas de edad gestacional y peso estimado 3.800 gramos. Tiene una frecuencia cardíaca de 30 latidos por minuto y no se observa esfuerzo respiratorio. Se inicia reanimación con intubación, masaje cardíaco y tres dosis de adrenalina intravenosa. A los 15 minutos de vida no presenta signos vitales. ¿Cuál considera que es la actuación adecuada?

- 1. Como no responde bien a las maniobras de reanimación, se debe cambiar el tubo endotraqueal.
- 2. Continuar con la reanimación y administrar más dosis de adrenalina intravenosa.
- 3. Iniciar tratamiento con hipotermia pasiva.
- 4. Interrumpir las maniobras de reanimación.

300178 PEDIATRÍA Normal 37%

Solución: 4

Se trata de cuadro de asfisia perinatal en la que es necesaria el inicio inmediato de maniobras de reanimación. Es necesario como primera medida asegurar la vida aérea e inicio de compresiones torácicas asociadas. Para conseguir el aumento de la contractilidad cardíaca se asocian bolos de adrenalina iv. Es necesario reevaluación periódica de constantes vitales para comprobar la evolución de la situación.

La adrenalina realiza el efecto a los pocos segundos de la administración o minutos, y se puede repetir su administración con un intervalo de 2 minutos aprox. con la anterior dosis.

En este caso, lleva 15 minutos con ausencia de respuesta a maniobras de RCP correctamente realizadas y tras la administración de varias dosis de adrenalina.

En condiciones normales, no existe punto exacto de finalizar la reanimación, y menos en RN; sin embargo, a los 10 minutos aproximadamente, se recomienda suspender las maniobras si no ha habido signos de mejora (respuesta 4 correcta).

Con las tres dosis de adrenalina, no está indicado continuar administrándolo ya que su efecto es nulo (respuesta 2 incorrecta).

El inicio del tratamiento con hipotermia esta todavía en fase experimental, y debe realizarse en centros muy preparados, ya que se requiere de un proceso activo con control estricto hemodinámico (respuesta 3 incorrecta).

Pregunta 11353: (179) Niña de 7 años que consulta por la aparición de vello en los labios mayores desde hace 12 meses. En la exploración no se evidencia hirsutismo, tiene acné y sudoración apocrina, sin telarquia, pero con axilarquia incipiente. Los genitales externos son normales, sin aumento de clítoris. En la gráfica de crecimiento no se aprecia aumento de la velocidad del crecimiento en el último año. La edad ósea es un año superior a la cronológica. ¿Cuál considera que es el diagnóstico más probable?

- 1. Adrenarquia precoz.
- 2. Pubertad precoz periférica.
- 3. Pubertad precoz central.
- 4. Tumoración suprarrenal.

300179 PEDIATRÍA Difícil 28%

Solución: 1

Caso clínico de niña de 7 años con pubarquia y axilarquia precoz, con signos de cierta virilización (acné y sudoración apocrina).

Sin embargo, no existe telarquia asociada, ni desarrollo de genitales internos y externos y la edad ósea es prácticamente igual a la cronológica, sin haberse producido el típico brote de crecimiento prepuberal. Todo ello es signo de ausencia de comienzo de la pubertad (respuestas 2 y 3 incorrectas).

En la tumoración suprarrenal existe asociado a alteraciones androgénicas, probablemente, alteraciones metabólicas por alteración del metabolismo de cortisol y aldosterona. (respuesta 4 incorrecta).

Se trata de cuadro de adrenarquia precoz con muy probable hiperandrogenismo asociado. (respuesta 1 correcta). Es una pubertad precoz parcial y se trata de una variante de la normalidad. Se debe al aumento de andrógenos suprarrenales y no afecta en el inicio de la pubertad ni sobre la talla final

Pregunta 11354: (180) Asiste a un niño de 11 años con antecedentes de dos abscesos hepáticos por enterobacterias, así como una tuberculosis pulmonar e ileal y una nocardiosis pulmonar. Actualmente presenta un cuadro diarreico de 4 a 5 deposiciones diarias, con desarrollo de fistula perianal. El estudio del virus de la inmunodeficiencia humana ha sido negativo y en la analítica destaca la presencia de ASCA (anticuerpos anti-Saccharomyces cerevisiae), con una adecuada respuesta en la producción de anticuerpos tras las vacunaciones. En la exploración física no se evidencian lesiones cutáneas ni mucosas. Tiene un hermano de 14 años con un cuadro clínico similar. Usted pensaría en una de las siguientes inmunodeficiencias primarias:

- 1. Enfermedad granulomatosa crónica.
- 2. Inmunodeficiencia variable común.
- 3. Alteraciones de la reparación del DNA, tipo ataxia-telangiectasia.
- 4. Síndrome de hipercincemia e hipercalprotectinemia.

300180 PEDIATRÍA Normal 46%

Solución: 1

Se trata de pregunta compleja de inmunodeficiencias primarias. En el cuadro de enfermedad granulomatosa crónica se produce un defecto en la función bactericida leucocitaria, y por ello se producen infecciones graves con abscesos y granulomas que se inician el primer año de vida por gérmenes catalasa + y peroxidasas- (bacterias intracelulares y hongos). Los linfocitos son normales en número y función y los anticuerpos no se ven alterados. Todo ello se ajusta al caso clínico con desarrollo de infecciones bacterianas graves y abscesos desde el primer año de vida. Además, los anticuerpos no se ven alterados, incluso tras la administración de vacunas. No se evidencian lesiones cutáneas (respuesta 1 correcta). En la inmunodeficiencia común variable existe un déficit de inmunoglobulinas, con tendencia a infecciones por ello. No hay respuesta a producción de las mismas tras administración de vacunas y en la mayoría de las ocasiones no se diagnóstica hasta la edad adulta sin ser un cuadro tan grave en edades tan precoces (respuesta 2 incorrecta). En la ataxia-telangiectasia existe ataxia cerebelosa + telangiectasias oculo-cutáneas + infecciones sisuales y pulmonares. Un síntoma precoz es la ataxia en el inicio de la marcha (respuesta 3 incorrecta). En el síndrome de hipercincemia o síndrome de hiperIgM es un trastorno genético con incapacidad de producir el resto de Igs y tiene tendencia a infecciones como neumonía por Pneumocystis e infección intestinal por Cryptosporidium (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta 11355: (181) La causa más frecuente en la formación de cálculos en la población pediátrica es:

- 1. Mielomeningocele.
- 2. Infecciones urinarias.
- 3. Estenosis de la unión pieloureteral.
- 4. Válvulas uretrales.

300181 PEDIATRÍA Normal 47%

Solución: 3

La formación de cálculos en la edad pediátrica son las anomalías congénitas. De todas ellas, las anomalías obstructivas son las más frecuentes, sobre todo las de vía urinaria superior, en concreto la estenosis de la unión pieloureteral. (respuesta 3 correcta). Las válvulas uretrales posteriores son las anomalías obstructivas de vía urinaria inferior más frecuente, pero globalmente presenta muy baja incidencia (respuesta 4 incorrecta). Las infecciones urinarias suelen ser el paso previo a la formación de cálculos, pero no son el origen inicial de las litiasis (respuesta 2 incorrecta). El mielomeningocele es una anomalía congénita muy infrecuente productor de numerosas infecciones e incluso de procesos malignos vesicales a largo plazo (respuesta 1 incorrecta).

Pregunta 11356: (182) Recién nacido que en la exploración física presenta labio leporino con fisura palatina. En relación con esta malformación todo lo siguiente es cierto EXCEPTO:

- 1. Tiene una base genética.
- 2. Puede relacionarse con la ingesta de ciertos fármacos durante el embarazo.
- 3. Los pacientes afectos presentan con frecuencia otitis media aguda.
- 4. El cierre quirúrgico de la fisura palatina se realiza en los primeros 3 meses para evitar problemas de alimentación.

300182 PEDIATRÍA Difícil 3%

Solución: 4

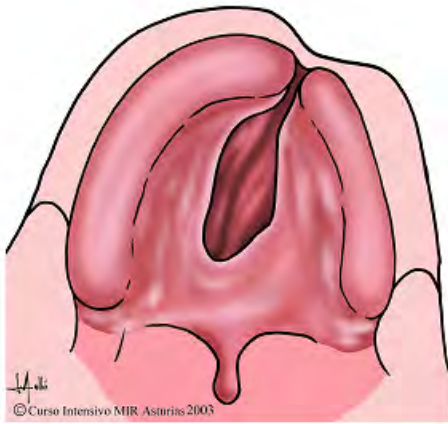
La **hendidura labio-palatina** es la malformación craneofacial más frecuentemente diagnosticada en un recién nacido, y puede aparecer como fisura labial aislada, fisura palatina aislada, o en diversas combinaciones, de las dos, uni o bilaterales. Puede aparecer de forma aislada o asociada a síndromes polimalformativos. El 70% de los casos de fisura labiopalatina son síndromicos, y el 50% de los casos de fisura palatina son no síndromicos. **Puede tener una base genética (respuesta 1 incorrecta), relacionarse con la ingesta de ciertos fármacos** (antiepilépticos, metotrexate, respuesta 2 incorrecta), alcohol o déficit de ácido fólico durante el embarazo. Se han descrito más de 100 síndromes asociados con fisuras labiopalatinas.

La **hendidura o fisura labial ("labio leporino")**, aparece en 1 de cada 700 a 1.000 nacidos vivos, según las series. En 2/3 partes se asocia a hendidura palatina. **La cirugía para corregir la hendidura labial (queilorrafia) y la deformidad nasal suele realizarse a los 3 meses de edad.**

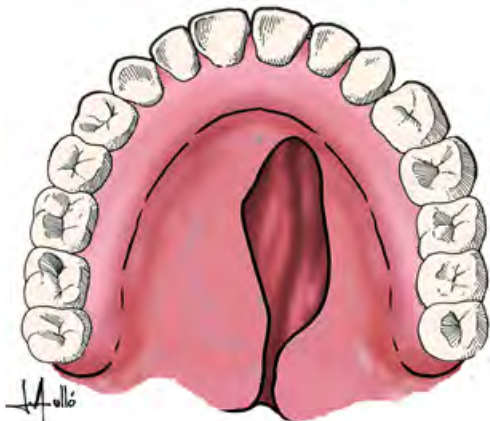


Fisura labial unilateral completa

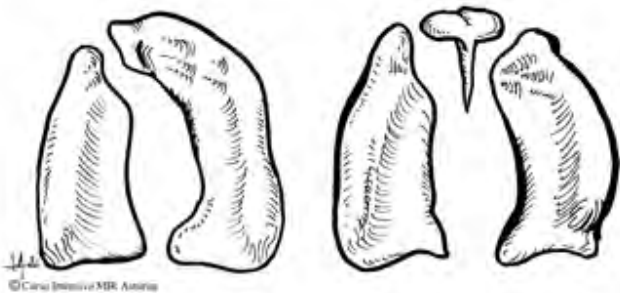
En la **hendidura o fisura palatina**, la comunicación oronasal produce problemas para la alimentación, para la fonación (rinolalia abierta), y para el funcionamiento de la ventilación normal del oído medio a través de la trompa de Eustaquio (**otitis medias de repetición, respuesta 3 incorrecta**). También se producen alteraciones dentales y del crecimiento del maxilar. El tratamiento puede hacerse en una o dos fases. **El cierre del paladar blando (estafilorrafia) se realiza al año de edad (respuesta 4 correcta).** En algunos centros el cierre del paladar **duro (uranorrafia) se realiza simultáneamente al del paladar blando**, y en otros se pospone hasta los 4-6 años.



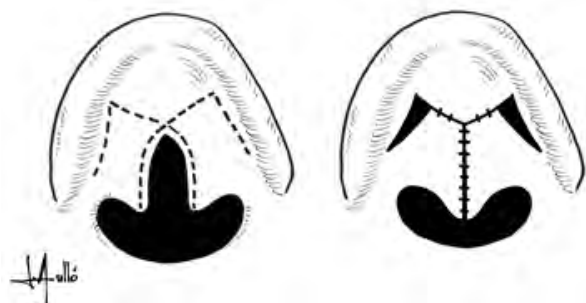
Fisura labiopalatina unilateral



Fisura palatina unilateral



Fisura labiopalatina unilateral y bilateral



Reparación del paladar hendido

Pregunta 11357: (183) ¿Cuál es el anticonvulsivante que evitaremos en un lactante de 3 meses con crisis convulsiva y en el que no podemos descartar metabopatía?

- 1. Fenitoína.
- 2. Clobazam.
- 3. Ácido valproico.
- 4. Fenobarbital.

300183 PEDIATRÍA Difícil -14%

Solución: 3

Pregunta compleja de farmacología aplicada a los tratamientos anticonvulsivantes. En todo este tipo de tratamiento es muy importante iniciar el tratamiento de forma progresiva, sin alcanzar dosis máximas desde el inicio. Asimismo, control periódico de dosis sanguínea y posibles apariciones de efectos secundarios.

Todos ellos se pueden administrar como fármacos anticonvulsivantes en la infancia, teniendo especial precaución o incluso contraindicación en aquellos pacientes con insuficiencia renal y hepática moderada. En especial el ácido valproico está contraindicado en trastornos del metabolismo de aminoácidos ramificados y del ciclo de la urea, ya que, si no están previamente diagnosticados o no está excluido su posible diagnóstico, debe determinarse al paciente previo al tratamiento glicina, amonio y ácido láctico para no enmascararlas. (respuesta 3 correcta).

Pregunta 11358: (184) Referente al trastorno obsesivo compulsivo (TOC), señale la opción FALSA:

- 1. Uno de los fármacos más eficaces es la clomipramina.
- 2. La respuesta farmacológica a los inhibidores de la recaptación de serotonina es del 90%.
- 3. Las conductas compulsivas alivian la ansiedad.
- 4. La terapia psicológica de más utilidad para el control de síntomas es la de tipo conductual.

300184 PSIQUIATRÍA Difícil 22%

Solución: 2

El Trastorno obsesivo compulsivo (TOC) se caracteriza por la presencia de obsesiones y/o compulsiones recurrentes que producen marcado malestar y pérdidas de tiempo significativas, acusado deterioro de la actividad general y malestar clínicamente significativo. Las OBSESIONES son pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento como intrusas o inapropiadas, parásitas y egodistónicas, causando malestar y ansiedad. Las COMPULSIONES son conductas o actos mentales repetitivos que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión para aliviar la ansiedad (respuesta 3 incorrecta). En el caso del TOC se realiza un tratamiento combinado con fármacos y psicoterapia. El grupo farmacológico de elección son los ISRS a dosis altas, siendo la Clomipramina una alternativa muy eficaz a los ISRS (respuesta 1 incorrecta). Es importante que los ISRS se combinen con psicoterapia cognitiva-conductual (respuesta 4 incorrecta) para conseguir un mayor éxito en el tratamiento, ya que los ISRS en monoterapia tan solo consiguen respuesta en el 40-60% de los casos (respuesta 2 correcta).

Pregunta 11359: (185) Es frecuente la comorbilidad en el trastorno bipolar con:

- 1. Trastorno obsesivo-compulsivo.
- 2. Estrés postraumático.
- 3. Trastorno antisocial de la personalidad.
- 4. Dependencia de alcohol.

300185 PSIQUIATRÍA Normal 54%

Solución: 4

El trastorno afectivo bipolar (TAB) es una patología crónica y de curso fásico que afecta aproximadamente al 1-2% de la población. Es igual de frecuente en hombres y mujeres. Los hombres presentan más episodios maníacos mientras que las mujeres presentan más episodios depresivos. Esta patología tiene una gran carga genética y causa un importante deterioro social y laboral en los pacientes que la padecen. Los pacientes no tienen conciencia de enfermedad y suelen ser personas muy impulsivas, por lo que es muy frecuente que estos pacientes asocien consumo abusivo de tóxicos como alcohol u otras drogas (respuesta 4 correcta). También es frecuente la asociación de este trastorno con trastornos de la personalidad, sobre todo con el T. límite de la personalidad (respuesta 3 incorrecta). No es frecuente la asociación de TAB con TOC o T. por estrés postraumático (respuesta 1 y 2 incorrectas).

Pregunta 11360: (186) ¿Cuál de los siguientes NO se considera que forme parte de los síntomas negativos de la esquizofrenia?

- 1. Alogia.
- 2. Bloqueos de pensamiento.
- 3. Desorganización conductual.
- 4. Anhedonia.

300186 PSIQUIATRÍA Fácil 82%

Solución: 3

La esquizofrenia es un síndrome cuyo diagnóstico se hace por el clínico en base a la presencia de síntomas positivos, negativos, cognitivos y otros. No hay síntomas patognomónicos de la enfermedad.

Clásicamente los síntomas se han dividido en POSITIVOS y NEGATIVOS, respondiendo los positivos mejor al tratamiento antipsicótico.

- 1. **SÍNTOMAS POSITIVOS:** Es una alteración o aparición de una función que no existe en la normalidad.
 - Delirios, Alucinación/pseudoalucinaciones, lenguaje desorganizado, **desorganización conductual** (respuesta 3 correcta), afecto inapropiado.
- 2. **SÍNTOMAS NEGATIVOS o deficitarios:** Deficit de una cualidad previa. Pueden ser primarios (propios de la esquizofrenia) o secundarios (debidos al tratamiento antipsicótico).
 - Aplanamiento o embotamiento afectivo, **alogia, anhedonia, bloqueos del pensamiento**, abulia, falta de autocuidados... (respuestas 1, 2 y 4 incorrectas).

Pregunta 11361: (187) Andrea tiene diecisiete años y es descrita por sus padres como una niña modelo. Súper correcta y muy buena estudiante. “Todo lo que emprende”, dicen, “lo lleva al extremo de la perfección, pues es tremendamente disciplinada y autoexigente”. Siempre ha sido una chica delgada pero desde que empezó con las clases de ballet clásico hace tres años su conducta disciplinada se ha dirigido al control de lo que come, restringiendo las ingestas (frecuencia y cantidad) lo que le ha llevado a situarse en un peso inferior al 80% de lo correspondiente a su edad y altura. Andrea además se niega a subir de peso a pesar de los constantes avisos de su médico. De hecho, no solo parece no darse cuenta del riesgo que para su salud supone su conducta sino que parece aterrorizarle la sola idea de ganar peso y convertirse en una obesa. Para establecer el diagnóstico de la enfermedad debería encontrar además:

- 1. Antecedentes de conductas impulsivas como consumo de alcohol o comportamientos auto-lesivos de baja letalidad.
- 2. Amenorrea.
- 3. Distorsión de la imagen corporal.
- 4. Hiperplasia parotídea e incremento de la amilasa sérica.

300187 PSIQUIATRÍA Difícil -31%

ANULADA

Nos describen el caso de una adolescente que está restringiendo las ingestas, lo que le ha llevado a situarse en un peso inferior al 80% de lo correspondiente a su edad y altura. Presenta miedo a ganar peso y no es consciente del problema. Nos encontramos ante un claro caso de ANOREXIA NERVIOSA. Nos preguntan por los criterios diagnósticos de la enfermedad. La principal característica de la anorexia es la distorsión de la imagen corporal (dismorfofobia). Antes de la publicación del DSM-5 la amenorrea era un criterio imprescindible para realizar el diagnóstico de anorexia, pero desde la publicación del DSM-5 ya no es necesaria para realizar el diagnóstico de anorexia (aunque es frecuente que aparezca). Inicialmente dieron por correcta la respuesta de amenorrea, pero basándose en las guías más recientes hubiera sido más correcta la distorsión de la imagen corporal, por lo que esta pregunta tuvo que ser ANULADA.

El resto de las respuestas pueden aparecer en la anorexia nerviosa (aunque son más frecuentes en la bulimia nerviosa) pero no son imprescindibles para realizar el diagnóstico.

Pregunta 11362: (188) Ante un paciente con síntomas y signos de depresión, asociado a importante astenia y ansiedad. ¿Qué tratamiento NO le plantearía?

- 1. Alprazolam cada 8 horas.
- 2. Paroxetina a dosis bajas.
- 3. Metilfenidato a dosis bajas.
- 4. Amitriptilina a dosis bajas.

300188 PSIQUIATRÍA Difícil -27%

Solución: 3

Nos preguntan por el tratamiento para la depresión en un paciente que además asocia importante astenia y ansiedad. El tratamiento de elección de la depresión consta de fármacos y psicoterapia (tratamiento combinado). Los antidepresivos de elección son los ISRS (inh selectivos de la recaptación de la serotonina), como es el caso de la Paroxetina que nos presentan entre las opciones (respuesta 2 incorrecta). Una alternativa a los ISRS serían los antidepresivos tricíclicos (como la Amitriptilina), aunque hoy en día se usan menos (respuesta 4 incorrecta), ya que producen más efectos adversos que el grupo farmacológico anterior.

En los casos graves de depresión en los que aparecen síntomas psicóticos o riesgo de suicidio estaría además indicado asociar fármacos antipsicóticos y/o terapia electroconvulsiva (TEC). La indicación fundamental de la TEC es la depresión delirante con peligro de suicidio. Otras indicaciones de TEC: Fracaso farmacológico, depresiones muy inhibidas, situaciones somáticas críticas (desnutrición, deshidratación), reacciones adversas o enfermedades físicas que desaconsejan la utilización de fármacos...etc.

En los casos de depresión en los que se presenta un importante componente neurótico/ansioso también podría ser beneficioso el uso de ansiolíticos como las benzodiazepinas (respuesta 1 incorrecta). El metilfenidato es un fármaco derivado de las anfetaminas y su indicación terapéutica a día de hoy es el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). (respuesta 3 correcta).

Pregunta 11363: (189) Un paciente de 79 años es traído a urgencias a las 7 de la tarde desde una residencia geriátrica no asistida. No disponemos del informe de derivación, que se ha perdido durante el traslado. Está desorientado en tiempo y espacio, tiene problemas para recordar información sencilla, en ocasiones se pone muy nervioso y agitado porque ve personas amenazantes en el box de urgencias, incluso cuando se encuentra a solas y en otras aparece somnoliento y desatento. El principal dato que apoya el diagnóstico de delirium frente al de demencia, es:

- 1. La presencia de alucinaciones visuales.
- 2. La fluctuación del nivel de alerta.
- 3. Los síntomas cognitivos.
- 4. La agitación psicomotriz.

300189 PSIQUIATRÍA Fácil 93%

Solución: 2

Nos preguntan por lo más característico del delirium o síndrome confusional. El delirium es un cuadro de disfunción cerebral generalizado de causa orgánica y que aparece de manera aguda. Lo más característico del cuadro y lo que nos ayuda a distinguirlo de una demencia es la **FLUCTUACIÓN del nivel de consciencia y de la atención** (respuesta 2 correcta). Además de esta característica, al tratarse de una alteración cerebral global la clínica puede ser muy variada: Alucinaciones visuales, síntomas cognitivos, delirios, alteración de la memoria, agitación...etc; pero todos estos síntomas también podrían estar presentes en una demencia, por los que nos ayudan a la hora de diferenciar el delirium de la demencia (respuestas 1, 3 y 4 incorrectas).

Pregunta 11364: (190) ¿Cuál de los siguientes síntomas NO es un criterio clínico para diagnosticar un trastorno por estrés postraumático?

- 1. Disociación.
- 2. Reexperimentación.
- 3. Conductas de evitación.
- 4. Alteración del control de los impulsos.

300190 PSIQUIATRÍA Fácil 40%

Solución: 4

El trastorno por estrés postraumático se produce como respuesta tardía (periodo de latencia de semanas o meses) tras la exposición a un estrés ambiental/psicológico desbordante. Para poder hacer el diagnóstico las alteraciones se deben prolongar más de 1 mes. Los criterios clínicos para diagnosticarlo son los siguientes:

TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	
Re-experimentación del acontecimiento (respuesta 2 incorrecta)	• Recuerdos y sueños recurrentes sobre el acontecimiento que provocan malestar • El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de revivir el acontecimiento, ilusiones, alucinaciones o episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse) • Malestar psicológico intenso y respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático
Evitación persistente de estímulos asociados al trauma (respuesta 3 incorrecta)	• Esfuerzos por evitar pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares y personas que recuerden al trauma.
Alteraciones negativas cognitivas y del estado del ánimo (antiguo embotamiento) = 2 características.	• Incapacidad para recordar algún aspecto importante del trauma (amnesia psicógena/disociativa). (respuesta 1 incorrecta) • Creencias o expectativas negativas y exageradas sobre uno mismo o los demás. Sensación de "acortamiento de futuro"(no espera casarse, hacer una carrera ...). • Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso que hacen que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás. • Estado emocional negativo persistente (miedo, enfado, culpa, vergüenza...). • Reducción acusada del interés por participar en actividades significativas • Sensación de desapego o enajenación frente a los demás • Restricción de la vida afectiva (disminución de la capacidad para sentir emociones)
Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) o grado de alerta	• Irritabilidad, ataques de ira (MIR). • Comportamiento imprudente y autodestructivo. • Hipervigilancia • Respuesta exagerada de sobresalto • Dificultad de concentrarse • Dificultades para conciliar o mantener el sueño (frecuente insomnio de mantenimiento)

NO se han descrito alteraciones en el control de impulsos en el trastorno por estrés posttraumático. (respuesta 4 correcta).

Pregunta 11365: (191) Hombre de 46 años veterinario de profesión que consulta porque desde hace 10 días tiene picos de fiebre ondulante de 39°C junto con dolor de testículo derecho, dolor lumbar intenso y tumefacción progresiva con gran impotencia funcional en rodilla izquierda. En la exploración destaca una artritis de rodilla por lo que se procede a artrocentesis y se extraen 70 ml de líquido sinovial de aspecto inflamatorio. Señale la respuesta INCORRECTA en este caso:

1. En esta situación los hemocultivos ofrecen escasa rentabilidad diagnóstica.
2. El test de rosa de Bengala puede resultar de gran utilidad.
3. En la radiografía simple de rodilla lo esperable es encontrar únicamente aumento de panes blandas.

4. Una buena aproximación terapéutica puede ser la asociación de doxiciclina (100 mg/12 horas vía oral) durante 45 días y estreptomycin (1 g/día intramuscular).

300191	REUMATOLOGÍA	Normal	56%
--------	--------------	--------	-----

Solución: 1

El diagnóstico definitivo de labrucleosis requiere el aislamiento de *Brucella*, habitualmente en los *hemocultivos*. En la infección por *B. melitensis*, los hemocultivos ofrecen una alta rentabilidad diagnóstica, siendo positivos en más del 75% en la enfermedad inicial y en el 60% de recaídas (respuesta 1 incorrecta).

Las *pruebas serológicas* tienen gran importancia diagnóstica (respuesta 2 correcta). La mayoría de ellas detectan Ac frente al lipopolisacárido (LPS) de la membrana externa, pero no diferencian bien entre infección activa y curada, ya que los Ac persisten prolongadamente tras la recuperación clínica. Las principales pruebas son la seroaglutinación de Wright y el Rosa de Bengala para la detección de Ac aglutinantes, y la prueba de Coombs para los noaglutinantes. La negatividad de estas tres pruebas hace muy improbable el diagnóstico.

En las fases iniciales el estudio radiográfico puede ser normal o poner de manifiesto signos muy inespecíficos como osteopenia periarticular y tumefacción de partes blandas (respuesta 3 correcta).

Las tetraciclinas son la base de cualquier combinación antibiótica; junto con un aminoglucósido consiguen un efecto sinérgico muy notable. La asociación de doxiciclina (100mg/12 h p.o.) durante 45 días y estreptomycin (1g/día i.m.) o gentamicina durante las primeras 2 semanas, se ha considerado el tratamiento clásico de la enfermedad y el de primera elección: Los fracasos terapéuticos y las recaídas no sobrepasan el 5% (respuesta 4 correcta).

Pregunta 11366: (192) Entre las manifestaciones extraarticulares de la artritis reumatoide seropositiva, señale la que NO se asocia con la enfermedad:

1. Uveítis anterior.
2. Subluxación atloaxoidea.
3. Enfermedad pulmonar intersticial difusa.
4. Mononeuritis múltiple.

300192	REUMATOLOGÍA	Normal	45%
--------	--------------	--------	-----

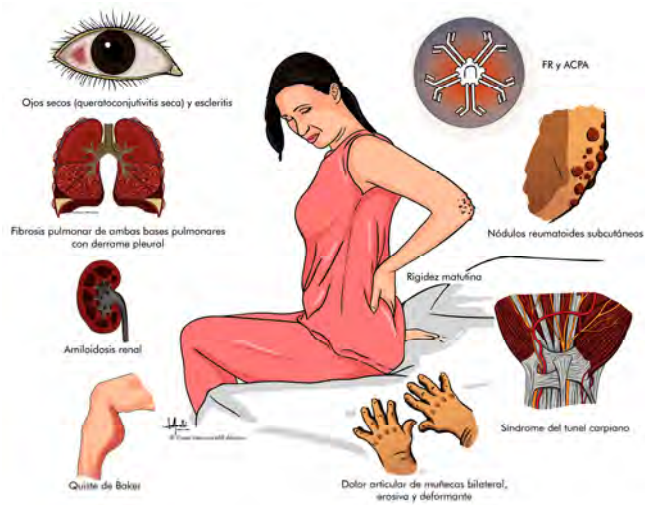
Solución: 1

Entre un 20 y un 35% de los pacientes con **artritis reumatoide (AR)** pueden desarrollar diferentes manifestaciones oculares en el curso de su enfermedad. En la mayoría de los casos aparecen en las fases avanzadas de la misma. La **queratoconjuntivitis seca** es el tipo de afectación ocular más frecuente en la AR, seguida de la **epiescleritis, la escleritis y la afectación corneal**. La AR no se incluye en el diagnóstico diferencial de ningún tipo de uveítis y debe considerarse que en un paciente con AR y uveítis la causa de la uveítis debe ser otra (respuesta 1 correcta)

En casos de larga enfermedad con notable afección de articulaciones periféricas es frecuente la **luxación atlantoaxoidea** en dirección anterior (respuesta 2 incorrecta).

La **enfermedad pulmonar intersticial difusa** (respuesta 3 incorrecta) adopta cualquiera de los patrones anatomopatológicos reconocidos, aunque el más habitual es la neumonía intersticial común. Otras manifestaciones pulmonares son: derrame pleural, bronquiolitis obliterante, nódulos reumatoides pulmonares, síndrome de Caplan, hipertensión pulmonar, infecciones...

La **afección del sistema nervioso periférico** es debida a neuropatía por compresión secundaria a artritis o tenosinovitis, deformidad articular o nódulos. Suelen interesar a los nervios mediano, tibial posterior y cubital. Otra complicación es la **polineuropatía y mononeuritis múltiple secundaria a vasculitis** (respuesta 4 incorrecta); se manifiesta con dolor neurítico, parestesias, parálisis, amiotrofia y arreflexia en distintos territorios, según el nervio afecto.



Pregunta 11367: (193) Mujer de 19 años que acude a urgencias por un cuadro de poliartritis simétrica de pequeñas articulaciones de manos y pies, tobillos y rodillas con fiebre de 39°C de 24 horas de evolución. La etiología más probable es:

1. Bacteriana.
2. Autoinmune.
3. Microcristalina.
4. Viral.

300193 REUMATOLOGÍA Normal 65%

Solución: 4
Las **artritis víricas** suelen ocasionar un cuadro **agudo** y autolimitado de artritis **poliarticular simétrica** y no erosiva, acompañados de **fiebre** y exantema (**respuesta 4 correcta**). Las **artritis bacterianas y microcristalinas** se manifiestan fundamentalmente como monoartritis (**respuestas 1 y 3 incorrectas**) enfermedades inflamatorias del tejido conectivo o procesos autoinmunes, pueden ocasionar una poliartritis simétrica, pero habitualmente de comienzo subagudo o crónico (**respuesta 2 incorrecta**).

Pregunta 11368: (194) Señale cuál de los siguientes signos radiológicos NO es típico de la espondilitis anquilosante:

1. Cuadratura de los cuerpos vertebrales.
2. Calcificación del ligamento vertebral común anterior.
3. Sacroileítis.
4. Cifosis dorsal.

300194 REUMATOLOGÍA Difícil 33%

Solución: 2
La exploración radiológica más precoz y característica de la espondilitis anquilosante es la **sacroileítis**. Inicialmente puede ser unilateral, pero típicamente es bilateral y simétrica (**respuesta 3 incorrecta**). La lesión inicial característica en la columna vertebral es la erosión de los extremos anteriores de las plataformas vertebrales por entesitis en la zona de inserción del anillo fibroso discal en el cuerpo vertebral (**signo de Romanus**). La erosión borra los extremos de la concavidad que forma la cara anterior del cuerpo vertebral y conforma la **cuadratura de los cuerpos vertebrales** (**respuesta 1 incorrecta**). Con el tiempo, la osificación reactiva invade las fibras más externas del anillo fibroso discal y tiende a formar un puente entre dos vértebras contiguas denominado **"sindesmofito"**. La sindesmofitosis se aprecia a lo largo de toda la columna, que adopta un contorno ondulado (**columna salomónica o en caña de bambú**) con la subsiguiente pérdida de lordosis lumbar fisiológica y **aumento de cifosis torácica y cervical** (**respuesta 4 incorrecta**). Los sindesmofitos no deben confundirse con los osteófitos artrósicos o las **osificaciones paravertebrales del ligamento común vertebral anterior** de la hiperostosis anquilosante vertebral o enfermedad de Forestier Rotes (**respuesta 2 correcta**).

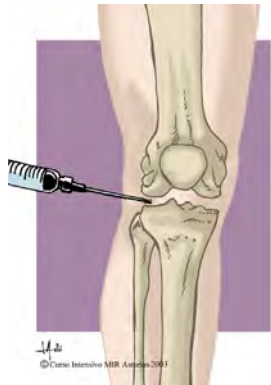


Pregunta 11369: (195) Hombre de 50 años con antecedente de ingreso reciente por cuadro de hemorragia digestiva aguda. Acude a urgencias por cuadro agudo de dolor de rodilla que comienza esa noche, con enrojecimiento e impotencia funcional, dolor al roce y febrícula. En la exploración tiene también signos inflamatorios en primera articulación metatarsofalángica. Se realiza analítica general con hemograma normal, creatinina e iones normales y PCR 2 mg/dL. El líquido sinovial es amarillento no filante y con 5000 leucocitos/mm³ con 85% de polimorfonucleares y glucosa de 101 mg/dL. ¿Qué le parece lo más correcto a realizar?

1. Artrocentesis para hacer una tinción de Gram y cultivo del líquido articular y examinar el líquido al microscopio de luz polarizada.
2. Solicitar determinación de ácido úrico e iniciar tratamiento empírico con colchicina y alopurinol.
3. Solicitar una radiografía simple y una gammagrafía ósea con tecnecio 99m.
4. Solicitar 2 hemocultivos e iniciar tratamiento antimicrobiano con ceflazidima intravenosa.

300195 REUMATOLOGÍA Fácil 85%

Solución: 1
El **estudio del líquido sinovial** es la prueba diagnóstica **más rentable** en el estudio de las enfermedades reumatológicas y **primera** prueba a realizar ante una monoartritis aguda. Con independencia de la presunción diagnóstica establecida, es decir, de forma prácticamente sistemática, debe hacerse: a) una **evaluación macroscópica**, con la consideración de cantidad obtenida, el color y el grado de transparencia y viscosidad; b) un **análisis microbiológico**, mediante **cultivo de líquido articular** y, en determinados casos, para Mycobacterium tuberculosis, y practicando, además, **tinciones de Gram y Ziehl-Neelsen** cuando la sospecha es alta; c) **estudio cristalográfico con luz polarizada**, que incluya cuanto menos la detección de cristales de ácido úrico y de pirofosfato cálcico; d) **recuento celular** (**respuesta 1 correcta, respuestas 2, 3 y 4 incorrectas**).



Punción de líquido sinovial

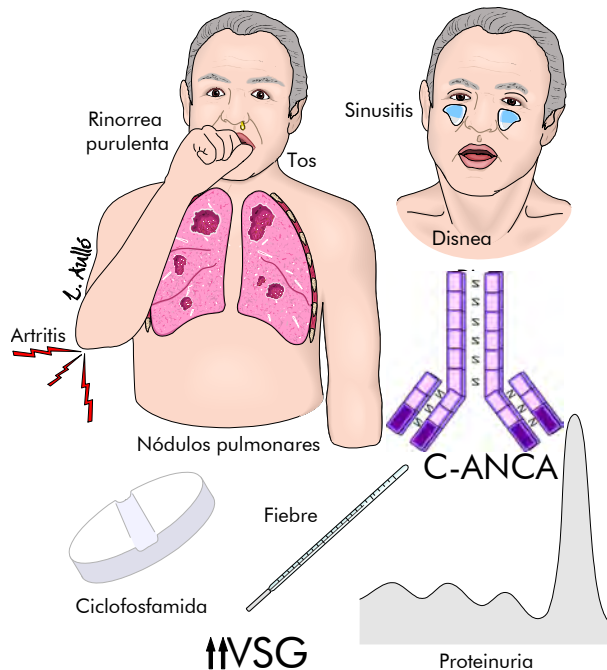
Pregunta 11370: (196) Hombre de 40 años de edad que consulta por un cuadro de 3 meses de febrícula, astenia, pérdida de peso, secreción nasal purulenta, tos con expectoración hemoptoica y púrpura palpable. En las exploraciones complementarias destacan creatinina 2,2 mg/dL, hematuria microscópica con cilindros hemáticos, c-ANCA positivos con PR3 y radiografía de tórax con nódulos pulmonares cavitados. ¿Qué tratamiento sería el más adecuado para nuestro paciente en el momento actual?:

- 1. Prednisona y ciclosporina.
- 2. Prednisona y azatioprina.
- 3. Prednisona y micofenolato de mofetilo.
- 4. Prednisona y ciclofosfamida.

300196 REUMATOLOGÍA Fácil 89%

Solución: 4

La pregunta describe un caso clínico característico de **granulomatosis con poliangeitis o enfermedad de Wegener**. En la actualidad, el **tratamiento de elección es la asociación de glucocorticoides y ciclofosfamida** (respuesta 4 correcta, respuesta 1, 2 y 3 incorrectas). Para inducir la remisión de la enfermedad puede administrarse ciclofosfamida i.v. en pulsos mensuales o ciclofosfamida p.o. a dosis de 1-2mg/kg de peso y día. Inicialmente debe administrarse prednisona (1mg/kg de peso/día) en dosis única matutina diaria, que a partir del primer mes se puede reducir progresivamente hasta alcanzar una dosis igual o inferior a 5mg/día a los 6 meses.



Pregunta 11371: (197) Una mujer de 22 años, previamente sana, sufre un politraumatismo secundario a un accidente de tráfico. Se queja de dolor torácico, está hipotensa y el equipo de emergencias le pauta oxigenoterapia, analgesia y 6 litros de suero salino isotónico para remontar la presión arterial. Ya en el hospital se aprecian múltiples fracturas costales en la Rx de tórax. En la analítica tiene sodio de 135 mmol/L, potasio de 3,8 mmol/L, cloro de 115 mmol/L y bicarbonato de 18 mmol/L. En los gases arteriales pCO₂ de 39 mmHg y pH de 7,28. Con esta información, ¿cuál de las siguientes explicaciones es la acertada?

- 1. Es probable que el tratamiento analgésico le haya adormilado y eso justificaría la acidosis respiratoria por hipoventilación.
- 2. La paciente tiene una acidosis metabólica hiperclorémica que se puede explicar por el aporte de volumen.
- 3. Se trata de una acidosis metabólica compensada con una alcalosis respiratoria.
- 4. El cuadro es compatible con una acidosis metabólica con anión gap alto. Podría tratarse de una acidosis láctica secundaria a mala perfusión tisular por la hipotensión inicial.

300197 TRAUMATOLOGÍA Fácil 69%

Solución: 2

Lo más fácil de esta pregunta es descartar el resto de opciones. El paciente, dado que tiene una pCO₂ de 39 (normal) no está hipoventilando ni tiene acidosis respiratoria (respuesta 1 incorrecta). Igualmente, dado que la pCO₂ es normal y no está descendida, tampoco hay alcalosis respiratoria (respuesta 3 incorrecta). El paciente presenta acidosis metabólica con pH de 7.28 y Bicarbonato de 18, y con un valor de anión GAP normal (135-115-18): 2. Dado el anión GAP es normal la respuesta 4 es incorrecta y no es una acidosis láctica. Lo que si es cierto, es que la paciente tiene una acidosis metabólica hiperclorémica o con el GAP normal (respuesta 2 correcta). Esto ocurre en ocasiones cuando en pacientes hipovolémicos se hace reposición con suero isotónico intensivamente. Dicho suero, carece de tampón y es rico en cloro, lo que explica la elevación de aniones en sangre que puede suponer elevación de protones y con ello acidosis hiperclorémica.

Pregunta 11372: (198) Hombre de 45 años que acude a consulta por dolor en el hombro izquierdo de 6 meses de evolución que ha aumentado de intensidad en las dos últimas semanas. No relaciona el dolor con traumatismo previo. El dolor es de predominio nocturno y empeora con el movimiento. En la exploración presenta un rango de movilidad pasiva completa con disminución de los últimos grados de rotación interna y elevación activa. No se objetiva deformidad, crepitación ni aumento de temperatura. El diagnóstico más probable es:

- 1. Inestabilidad de hombro asociada a laxitud.
- 2. Rotura del manguito de los rotadores del hombro.
- 3. Capsulitis adhesiva de hombro.
- 4. Tendinitis calcificante del tendón supraespinoso del hombro.

300198 TRAUMATOLOGÍA Normal 36%

Solución: 4

Estamos ante una pregunta sobre el diagnóstico diferencial del hombro doloroso.

	Síntoma predominante	Movilidad	Otros datos
NUESTRO PACIENTE	Dolor nocturno que empeora con los movimientos	Pasiva completa Activa: Limitación rotación interna y elevación	No deformidad No crepitación No aumento de temperatura
INESTABILIDAD DE HOMBRO ASOCIADA A LAXITUD	Bloqueo	Limitada	Movilidad excesiva, luxación o subluxación
ROTURA DEL MANGUITO DE LOS ROTADORES	Imposibilidad para mantener el hombro en abducción	Debilidad para la rotación externa y elevación.	Crepitantes
TENDINITIS CALCÁREA DE SUPRAESPINOSO	Dolor nocturno que empeora con los movimientos	Movilidad pasiva completa no dolorosa. Debilidad para los movimientos activos	
CAPSULITIS ADHESIVA	Limitación significativa de la movilidad activa y pasiva del hombro	Limitación de la rotación externa con el brazo en abducción	

Los datos de dolor preferentemente nocturno que empeora con el movimiento pero sin limitación para los movimientos pasivos nos indica como primera posibilidad diagnóstica la **tendinitis calcárea del supraespinoso** (respuesta 4 correcta). Es segundo diagnóstico más probable es la **rotura del manguito de los rotadores**. Aunque en las fases iniciales pueden ser indistinguibles cuando se produce la rotura el paciente tiene dificultad para realizar movimientos activos, sobre todo abducción y rotación externa. (respuesta 2 incorrecta).

En la **capsulitis adhesiva** predomina la limitación activa y pasiva para los movimientos (*respuesta 3 incorrecta*).
En la **inestabilidad de hombro por hiperlaxitud** el dolor no es predominante y se limitan los movimientos del hombro (*respuesta 1 incorrecta*)

Pregunta 11373: (199) ¿Cuál de los siguientes tratamientos le parece más apropiado en la actualidad en una osteonecrosis idiopática de cadera en un paciente de 40 años de edad con dolor moderado y sin colapso de la cabeza femoral?

1. Observación.
2. Descompresión central de la cadera con o sin terapia celular complementaria.
3. Osteotomía de rotación del extremo proximal del fémur.
4. Prótesis total de cadera.

300199 TRAUMATOLOGÍA Normal 52%

Solución: 2
El tratamiento de necrosis avascular de la cabeza femoral está determinado por el estadio evolutivo.
El tratamiento inicial puede ser conservador: reposo, evitando la carga sobre la articulación y medidas analgésico/antiinflamatorias. (*respuesta 1 incorrecta*)
En el siguiente estadio: necrosis avascular SIN colapso se utilizan las **perforaciones del área necrosada** para descomprimirla y favorecer la revascularización. A esta técnica pueden asociarse el uso de **injertos óseos** (no vascularizados, vascularizados, auto o aloinjertos), **terapias celulares** (células madre) o **factores de crecimiento**. (*respuesta 2 correcta*)
Las **osteotomías** tienen como objetivo reducir la carga sobre la zona lesionada. Serían técnicas intermedias entre las perforaciones y el uso de prótesis. (*respuesta 3 incorrecta*)
En el estadio final: necrosis avascular CON colapso se utilizan las **artroplastias de sustitución** (*respuesta 4 incorrecta*).

Pregunta 11374: (200) Un hombre de 44 años de edad, trabajador de la construcción, consulta por un dolor lumbar de dos semanas de duración. Dos años antes consultó por un proceso similar. Se trata de un dolor no irradiado, que mejora con el reposo nocturno o se acompaña de déficit motor o alteraciones sensitivas en la exploración física. La maniobra de Lasegue es negativa. ¿Qué exploración complementaria considera indicada?

1. No hay indicación de realizar ninguna exploración complementaria.
2. Una radiografía anteroposterior y lateral de columna lumbar.
3. Debe realizarse un HLA B27 a fin de descartar una espondiloartropatía.
4. Una resonancia magnética que nos descartará la presencia de una hernia discal.

300200 TRAUMATOLOGÍA Fácil 62%

Solución: 1
Se trata de un paciente joven (< 50 años), con lumbalgia inespecífica (sin déficit motor, ni alteraciones sensitivas ni Lasegue). El tiempo de evolución es de 2 semanas y no consta que se haya iniciado ningún tratamiento.
En este cuadro clínico se recomienda **reposo relativo, tratamiento analgésico/antiinflamatorio y se espera a la evolución** (*respuesta 1 correcta*).
Los estudios complementarios se indican:
- Sospecha de lumbalgia específica (habitualmente grave): primer episodio después de los 50 años, antecedente de cáncer, fiebre, traumatismo...
- No mejoría clínica tras tratamiento conservador durante un mínimo de 2 semanas aunque la mayoría de los protocolos lo aplican a 4-6 semanas.
La ausencia de déficit motor, alteraciones sensitivas o Lasegue descarta una **compresión radicular por hernia discal** (*respuesta 4 incorrecta*).
Las **radiografías ap y laterales** permiten diagnosticar entre otros una espondilolistesis (*respuesta 2 incorrecta*).
No hay datos que nos hagan sospechar de una **enfermedad reumática** (*respuesta 3 incorrecta*)

Pregunta 11375: (201) Un joven de 16 años jugador de baloncesto acude por dolor y bloqueos de rodilla. Las pruebas complementarias nos aportan un diagnóstico de osteocondritis disecante de rodilla en cóndilo femoral interno. ¿Cuál de los siguientes tratamientos es INCORRECTO?

1. Realización de microfracturas o perforaciones por artroscopia de la zona lesionada.
2. Injerto osteocondral autólogo (mosaicoplastia).
3. Prótesis unicompartmental de rodilla.
4. Trasplante de condrocitos autólogos.

300201 TRAUMATOLOGÍA Fácil 70%

Solución: 3
El tratamiento inicial puede ser conservador: reposo, evitando la carga sobre la articulación y medidas analgésico/antiinflamatorias.
En el siguiente estadio: necrosis avascular SIN colapso se utilizan las **perforaciones del área necrosada** para descomprimirla y favorecer la revascularización. En la rodilla se puede realizar mediante artroscopia (*respuesta 1 incorrecta*). A esta técnica pueden asociarse el uso de **injertos óseos** (no vascularizados, vascularizados, auto o aloinjertos), **terapias celulares** (células madre) o **factores de crecimiento**. (*respuesta 2 y 4 incorrectas*)
Las **osteotomías** tienen como objetivo reducir la carga sobre la zona lesionada. Serían técnicas intermedias entre las perforaciones y el uso de prótesis.
En el estadio final: necrosis avascular CON colapso se utilizan las **artroplastias de sustitución** (*respuesta 3 correcta*).

Pregunta 11376: (202) Un hombre de 55 años con antecedente de metástasis óseas de origen renal acude a urgencias por dolor intenso en cadera derecha. La radiografía simple muestra una lesión lítica de más de dos tercios del diámetro del fémur en región peritrocantérica. Teniendo en cuenta que su esperanza de vida es mayor de 6 semanas, con una calidad aceptable, ¿qué tratamiento recomendaría?

1. Radioterapia precoz.
2. Descarga completa de la extremidad afecta, caminando con muletas.
3. Fijación preventiva con clavo endomedular.
4. Quimioterapia y radioterapia urgente.

300202 TRAUMATOLOGÍA Difícil 11%

Solución: 3
Se trata de un paciente con metástasis óseas conocidas por lo que se supone que recibe o ha recibido tratamiento oncológico adecuado. Creemos que el dato de posibilidad de supervivencia es mayor de 6 meses y no de 6 semanas. Según los **criterios de Mirels** para determinar el riesgo de fractura patológica el paciente tiene 12 puntos que indica un riesgo máximo; por consiguiente, estaría indicada una **fijación preventiva con clavo endomedular** (*respuesta 3 correcta*).

	1	2	3
LOCALIZACIÓN	Miembro superior	Miembro inferior	Peritrocantérea
DOLOR	Leve	Moderado	Intenso
LESIÓN	Blástica	Mixta	Lítica
TAMAÑO	< 1/3	1/3-2/3	> 2/3

La **radioterapia** con haz externo es un método efectivo y rápido para aliviar el dolor y detener el crecimiento tumoral pero no disminuye el riesgo de fractura patológica (*respuesta 1 incorrecta*).
El dolor producido por una metástasis ósea no sólo es mecánico. Es continuo y preferentemente nocturno (*respuesta 2 incorrecta*).
La **quimioterapia** puede estar indicada en el tratamiento del tumor primario o para tratamiento paliativo de la diseminación sistémica. No permite tratar el dolor ni evitar la fractura patológica.

Pregunta 11377: (203) Respecto a la clasificación del riesgo anestésico de la Sociedad Americana de Anestesiólogos (ASA), señale la respuesta FALSA:

- 1. Es la escala más utilizada para la valoración del riesgo anestésico.
- 2. Valora el estado físico del paciente.
- 3. La clasificación del paciente dependerá del tipo de cirugía a la que va a ser sometido.
- 4. Tiene en cuenta la patología concomitante que presenta el paciente.

300203 ANESTESIOLOGÍA Fácil 87%

Solución: 3

La escala de **riesgo anestésico de la ASA** es la **escala más utilizada** en las consultas de preanestesia (respuesta 1 incorrecta), trata de relacionar el riesgo quirúrgico **con cualquier tipo de patología que presente el paciente** (respuesta 4 incorrecta) y teniendo en cuenta su **estado físico** (respuesta 2 incorrecta).

Tiene seis grados que se extienden desde ASA I (paciente sano) hasta ASA VI (paciente en muerte cerebral propuesto para extracción de órganos para la donación).

La escala ASA **NO** recoge la edad, la **cirugía a la que va a ser sometido el paciente** (respuesta 3 correcta) o el estadiaje tumoral en pacientes oncológicos.

Pregunta 11378: (204) Al evaluar la vía aérea de un paciente durante la consulta preanestésica podemos encontrar diferentes hallazgos. Señale aquel que NO es un predictor de vía aérea difícil:

- 1. Mallampati IV.
- 2. Apertura bucal menor de 3 cm (distancia interincisivos).
- 3. Distancia tiromentoniana mayor de 6.5 cm.
- 4. Imposibilidad de morder el labio superior con los incisivos inferiores.

300204 ANESTESIOLOGÍA Fácil 79%

Solución: 3

La valoración de la vía aérea consta de varios test que en conjunto nos indican la posibilidad de encontrarnos ante una vía aérea difícil, lo que nos permitirá anticiparnos a las dificultades y poner los medios necesarios para manejarla.

Predictores de vía aérea difícil son:

- Antecedentes de dificultades en el manejo de la vía aérea
- Enfermedades que afecten al aérea cráneo-cervico-facial (Sd Pierre-Robin, Espondilitis anquilosante, etc.)
- Examen físico: **Apertura bucal menor de 3 cm** (respuesta 2 incorrecta), retrognatía, cuello corto y grueso, alteraciones de la flexo-extensión cervical, alteraciones de la articulación temporomandibular.
- Test clínicos: **Mallampati clase III-IV** (respuesta 1 incorrecta), **Test de la mordida clase III (imposibilidad de morder el labio superior con los incisivos inferiores)** (respuesta 4 incorrecta), **distancia tiromentoniana menor de 6'5cm** (respuesta 3 correcta).

Pregunta 11379: (205) ¿Cuál de los siguientes NO es uno de los cuatro principios de la bioética propuestos por Beauchamp y Childress?

- 1. No maleficencia.
- 2. Confidencialidad.
- 3. Justicia.
- 4. Autonomía.

300205 BIOÉTICA Fácil 94%

Solución: 2

El **principialismo** es un enfoque que considera que deben utilizarse principios éticos como base para tomar decisiones morales. Estos principios son:

- 1. **Justicia:** Se identifica con la equidad, consiste en dar a cada uno lo que le corresponde. Al aplicar este principio se evitan las desigualdades que surgen por cuestiones económicas, sociales e ideológicas. No debe confundirse con una compensación de ningún tipo al paciente por una mala práctica médica (MIR 2016).
- 2. **Beneficencia:** Propone buscar activamente el bien del paciente.

- 3. **No maleficencia:** También conocido como “*primum non nocere*” o primero no hacer daño. El médico debe ante todo evitar hacer daño al paciente o a otros.
- 4. **Respeto por la autonomía:** Se basa en que los pacientes son libres de actuar de forma voluntaria y deliberada, de acuerdo a su interés. En este principio se basa el consentimiento informado.

Pregunta 11380: (206) ¿Cuál de entre los siguientes objetivos es propio de la prevención cuaternaria?

- 1. Retrasar la aparición de la enfermedad.
- 2. Disminuir la iatrogenia evitando las intervenciones médicas innecesarias.
- 3. Evitar la aparición de la enfermedad.
- 4. Disminuir el gasto del cuidado de las enfermedades.

300206 MEDICINA PREVENTIVA Fácil 87%

Solución: 2

La **prevención cuaternaria** es la que tiene como objetivo el evitar el ensañamiento terapéutico, es decir, la actuación médica excesiva que pueda tener consecuencias nocivas para el paciente (“*primum non nocere*”) (respuesta 2 correcta).

La prevención primaria es la que va dirigida a **evitar la aparición de enfermedad** actuando sobre los factores de riesgo (respuesta 3 incorrecta).

Pregunta 11381: (207) Una mujer de 51 años, con antecedentes de hipertensión arterial tratada con diuréticos, acude al centro de salud porque después de que le notificasen el accidente de un hijo 30 minutos antes, presenta nerviosismo, dolor en centro del pecho con náuseas y sudoración intensa. En la exploración física la paciente se encuentra agitada y nerviosa, tiene una frecuencia cardiaca de 86 lpm y una presión arterial de 132/87 mmHg. ¿Cuál es el siguiente paso a seguir?

- 1. Tranquilizarla, explicarle que la exploración es normal, administrar un ansiolítico y recomendarle que si el cuadro no mejora acuda nuevamente al centro.
- 2. Realizar una determinación de troponinas cardíacas.
- 3. Realizar un electrocardiograma de 12 derivaciones.
- 4. Realizar una radiografía de tórax.

300207 URGENCIAS Fácil 73%

Solución: 3

Segunda vez que cae en el examen MIR: unidad de dolor torácico o UDT. Ante un dolor torácico con sospecha de síndrome coronario agudo debe realizarse en los primeros diez minutos de su ingreso en urgencias (aun en las urgencias de primaria):

- 1. **ECG de 12 derivaciones** (respuesta 3 correcta).
- 2. Toma de constantes y monitorización.
- 3. Vía venosa con muestra para analítica.
- 4. Anamnesis.

Ante dicho dolor no podemos **mandar a la paciente a domicilio** con un ansiolítico sin realizar dicho electrocardiograma (respuesta 1 incorrecta). Las **troponinas y la radiografía son de realización posterior al ECG** (respuestas 2 y 4 incorrectas).

Pregunta 11382: (208) Un hombre de 46 años acude a las 11 de la noche a urgencias por presentar lesiones blanquecinas y rojas, sin flictenas, muy dolorosas, en ambos pies. El paciente es trabajador de la construcción y refiere haber estado trabajando esa mañana con cemento (óxido cálcico). Señale la respuesta correcta:

- 1. El paciente ha sufrido una quemadura química por un ácido por lo que se debe realizar cura con un álcalis para parar la reacción química. Posteriormente cura de la quemadura con sulfadiacina argéntica y reevaluación de la misma en las siguientes horas.
- 2. El paciente ha sufrido una quemadura química por álcalis por lo que se debe proceder al lavado exhaustivo con agua y jabón y después de comprobar el pH de la piel. cura local con sulfadiacina argéntica y reevaluación de las quemaduras en las siguientes horas.
- 3. Dado el tiempo transcurrido posiblemente sea una reacción alérgica. Se procederá a la aplicación de corticoide tópico y a la toma de antihistamínicos orales.

4. Dado el uso continuado de botas para la realización de su trabajo el paciente presenta una colonización por hongos y debe tratarse con antifúngicos tópicos.

300208 C. PLÁSTICA Fácil 68%

Solución: 2
El cemento está formado por un porcentaje importante de óxido cálcico. Esta sustancia es un álcali. Puede producir lesiones cutáneas: dermatitis alérgica, dermatitis por abrasión, quemaduras por álcali. La primera respuesta es incorrecta pues el óxido de calcio no es un ácido y además una quemadura por ácido no debe neutralizarse con un álcali pues provocará una reacción exotérmica que agravará las lesiones (respuesta 1 incorrecta). El tratamiento de una quemadura química consiste en eliminar el agente con abundante agua hasta que el pH de la piel sea normal (7-7,5). En el caso de los álcalis puede usarse además jabón. Tras la eliminación del agente químico aplicaremos un antiséptico tópico (sulfadiazina argéntica por ejemplo) y veremos la evolución (respuesta 2 correcta). El cemento tiene un contenido importante de cromo, causante de dermatitis por contacto que se caracterizan por picor, enrojecimiento, descamación y grietas (respuesta 3 incorrecta). Las infecciones por hongos suelen ser de evolución crónica afectando sobre todo a los pliegues interdigitales con picor y sensación de quemazón (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta 11383: (209) En relación al colgajo anterolateral del muslo, señale la respuesta INCORRECTA:
1. Se trata de un colgajo de perforantes.
2. Está irrigado por ramas de la arteria femoral circunfleja medial.
3. Puede obtenerse realizando una disección tanto suprafascial como subfascial.
4. Las perforantes musculocutáneas atraviesan el músculo vasto lateral antes de irrigar la piel del colgajo.

300209 C. PLÁSTICA Normal 54%

Solución: 2
El colgajo anterolateral de muslo es uno de los colgajos más utilizados en microcirugía reconstructiva. Es un colgajo cutáneo tallado en la cara anterolateral del muslo. Su vascularización depende de la rama descendente de la arteria circunfleja femoral lateral (respuesta 2 correcta). Es un colgajo basado en vasos perforantes (respuesta 1 incorrecta) que atraviesan el músculo vasto lateral (respuesta 4 incorrecta). Su disección puede realizarse por debajo de la fascia (subfascial) o por encima (suprafascial) (respuesta 3 incorrecta).

Pregunta 11384: (210) La polifarmacia (uso de 5 o más fármacos concomitantemente) es uno de los síndromes geriátricos más importantes. Los ancianos polimedificados tienen más riesgo de reacciones adversas a medicamentos e interacciones farmacológicas. Los criterios STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions)/START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment) nos ayudan a detectar la prescripción inadecuada (STOPP) y la falta de prescripción de fármacos indicados en el anciano (START), ¿Cuál de los siguientes NO se ajusta a un criterio STOPP?
1. Uso de antihistamínicos de segunda generación por riesgo de sedación y efectos colinérgicos.
2. Uso prolongado de benzodiacepinas de vida media larga por riesgo de sedación prolongada, confusión, trastorno del equilibrio y caídas.
3. Antidepresivos tricíclicos en prostatismo por riesgo de retención urinaria.
4. Uso prolongado de neurolépticos en el parkinsonismo por empeoramiento de síntomas extrapiramidales.

300210 GERIATRÍA Normal 63%

Solución: 1
La deprescripción es el proceso de desmontaje de la prescripción de medicamentos por medio de su revisión, que concluye con la modificación de dosis, sustitución o eliminación de unos fármacos y adición de otros. Cobra especial relevancia en el caso de pacientes polimedificados, sobre todo, en pacientes de edad avanzada, en los que la polimedicación aumenta el riesgo de reacciones adversas, de deterioro de la

función física y cognitiva, y de ingreso hospitalario. En estos pacientes, la reducción de ciertos fármacos puede disminuir los eventos adversos y mejorar la calidad de vida. En el ámbito europeo tienen especial relevancia los criterios STOPP/START, los cuales han demostrado ser una buena herramienta para la detección de prescripciones potencialmente inadecuadas y para la mejora de la calidad de prescripción en diferentes ámbitos de atención. Como toda herramienta, no reemplaza el juicio clínico, pero sirve como guía para la prescripción racional de medicamentos.

En esta pregunta, son criterios STOPP el uso prolongado de BZD de vida media larga (riesgo de sedación prolongada, síndrome confusional, trastornos del equilibrio y caídas) (respuesta 2 incorrecta), el uso de ATD tricíclicos en pacientes con síndrome prostático (por riesgo de boca seca, visión borrosa y retención urinaria) (respuesta 3 incorrecta) y el uso prolongado de neurolépticos en el parkinsonismo por empeoramiento de síntomas extrapiramidales (sobre todo, rigidez) (respuesta 4 incorrecta). Sin embargo, los antihistamínicos no recomendados son los de primera generación, debido a sus efectos colinérgicos y al riesgo de sedación (respuesta 1 correcta).

Pregunta 11385: (211) ¿Cuál de las siguientes manifestaciones clínicas NO forma parte del síndrome de fragilidad del anciano?
1. Debilidad.
2. Pérdida de apetito.
3. Mala tolerancia al ejercicio.
4. Enlentecimiento.

300211 GERIATRÍA Difícil -10%

Solución: 2
La identificación del síndrome de fragilidad del anciano se realiza mediante varios cuestionarios, de los cuales, el más utilizado es el cuestionario de FRIED, que incluye la valoración de: Pérdida de peso no intencionada de 4,5 Kg en el último año o peso a la exploración menor o igual al 10% del peso a la exploración a los 60 años, fatigabilidad (agotamiento general), **bajo nivel de actividad física** (respuesta 3 incorrecta), **enlentecimiento de la marcha** (respuesta 4 incorrecta) y **debilidad** (respuesta 1 incorrecta). Sin embargo, no incluye la **pérdida de apetito** (respuesta 2 correcta). Cada una de ellas vale 1 punto y se consideran pacientes frágiles cuando suman 3-5 puntos.



Síndrome de fragilidad en el anciano

Pregunta 11386: (212) Señale la afirmación correcta con respecto a las características diferenciales de la enfermedad en el paciente geriátrico:
1. Presentan entidades patológicas específicas en relación a su edad.
2. Los síntomas clínicos de presentación no se ven modificados con respecto al sujeto adulto con igual proceso clínico.
3. La reserva funcional respiratoria o renal se conserva en el mismo nivel que en el sujeto adulto.
4. Las determinaciones analíticas más habituales (glucosa, enzimas hepáticas, hormonas tiroideas, electrolitos) no muestran cambios en el sujeto adulto.

300212 GERIATRÍA Difícil -20%

Solución: 4

La respuesta dada por el ministerio es la 4, pero sería incorrecta. La válida sería la 1.

El paciente geriátrico presenta **patologías específicas en relación a su edad**, raras o inexistentes a otras edades, como la amiloidosis cardíaca y el carcinoma de próstata, entre otras (respuesta 1 correcta).

Los síntomas clínicos de presentación en el paciente geriátrico se modifican con respecto al sujeto adulto con igual proceso clínico; en la edad geriátrica, los síntomas de presentación suelen ser atípicos (respuesta 2 incorrecta).

Existen pérdidas funcionales en los diversos órganos en el paciente geriátrico; así tendremos deterioro de la función respiratoria y de la función renal (respuesta 3 incorrecta).

En la población geriátrica la **analítica** (glucosa, enzimas hepáticas, hormonas tiroideas y electrolitos) suele estar **más deteriorada respecto a los sujetos adultos** (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta 11387: (213) Una paciente de 32 años acude a su consulta tras ser intervenida de un cáncer de mama derecho mediante cirugía conservadora. El informe de anatomía patológica informa de carcinoma ductal infiltrante moderadamente diferenciado de 2 cm con afectación de 8 de 12 ganglios aislados. Receptores de estrógenos y progesterona positivos. Her2 negativo. El tratamiento adyuvante indicado incluiría todas las opciones EXCEPTO:

- 1. Quimioterapia sistémica.
- 2. Radioterapia sobre lecho mamario.
- 3. Hormonoterapia con inhibidores de la aromatasa.
- 4. Radioterapia sobre hueso axilar.

300213 ONCOLOGÍA Normal 59%

Solución: 3

Se trata de una mujer de 32 años (premenopáusica) con un cáncer de mama de 2 cm, con afectación ganglionar y tipo Luminal (RH+, HER2-).

Tratamiento quirúrgico: cirugía conservadora.

El tratamiento adyuvante debe incluir:

- **Radioterapia sobre el lecho mamario** por ser una cirugía conservadora y sobre la axila por existir afectación ganglionar.
- **Quimioterapia sistémica** por el tamaño > 2 cm, la afectación ganglionar.
- **Hormonoterapia** secuencial por ser un tipo Luminal (RH+), tras finalizar la quimioterapia y durante 10 años. Si es premenopáusica está indicado el **tamoxifeno**, no los inhibidores de la aromatasa (respuesta 2 correcta).

Pregunta 11388: (214) Mujer de 45 años sin antecedentes de interés, con el diagnóstico de cáncer de colon con afectación hepática, con buen estado general, sin alteraciones analíticas. Comienza tratamiento sistémico paliativo en primera línea con oxaliplatino, 5-fluoruracilo y bevacizumab, sin ninguna complicación. Tras 4 meses de tratamiento y respuesta parcial de la enfermedad, acude a Urgencias por cefalea, alteraciones visuales, tendencia al sueño e hipertensión arterial grave. Se realiza TC con contraste intravenoso y se evidencia una alteración bilateral extensa en la sustancia blanca con edema cerebral en ambos lóbulos occipitales y en cerebelo. ¿Cuál es la sospecha diagnóstica más probable?

- 1. Síndrome de leucoencefalopatía posterior reversible.
- 2. Meningitis carcinomatosa.
- 3. Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
- 4. Toxicidad neurológica por 5-fluoruracilo.

300214 ONCOLOGÍA Normal 35%

Solución: 1

Esta es una pregunta muy difícil dado que el síndrome de leucoencefalopatía posterior reversible es una toxicidad rara (incidencia < 1/1000) y específica del bevacizumab.

Lo clave para elegir esta respuesta, aun desconociendo que bevacizumab pueda causar este síndrome, es el dato de alteración bilateral extensa en la sustancia blanca (=leucoencefalopatía).

Se trata de una mujer joven, sin antecedentes de interés lo que hace poco probable una **leucoencefalopatía multifocal progresiva** que suele asociarse con inmunodeficiencia severa como el VIH (respuesta 3 incorrecta).

La toxicidad neurológica más frecuente asociada con 5-fluorouracilo, oxaliplatino y bevacizumab es la neuropatía periférica en guante y calcetín que se incrementa con el frío (oxaliplatino) y la **ataxia (5-fluorouracilo)** pero no se asocian con daño de la sustancia blanca (respuesta 4 incorrecta).

La **afectación meníngea** es muy infrecuente en el cáncer de colon y aún más en pacientes en respuesta de las metástasis hepáticas (respuesta 2 incorrecta).

En preguntas como está, la mayor rentabilidad se logra eligiendo la respuesta por descarte, a partir de los datos clínicos del caso.

Pregunta 11389: (215) Los anticuerpos monoclonales dirigidos frente al receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR), como el cetuximab o panitumumab están indicados en una de las siguientes situaciones:

- 1. Tratamiento adyuvante de pacientes con cáncer de colon estadio III y presencia de sobreexpresión de EGFR.
- 2. Tratamiento neoadyuvante de pacientes con cáncer de recto estadio III en combinación con radioterapia, con mutaciones en K-Ras y/o N-Ras.
- 3. Tratamiento adyuvante en combinación con quimioterapia en pacientes con cáncer de recto estadios II y III, con sobreexpresión de EGFR.
- 4. Tratamiento de pacientes con cáncer colorrectal avanzado (estadio IV) sin mutaciones en K-Ras ni N-Ras.

300215 ONCOLOGÍA Fácil 77%

Solución: 4

Este concepto se ha preguntado en los MIRes 2016, 2017 y 2018.

Los antiEGFR cetuximab o panitumumab están indicados en **cáncer colorrectal avanzado sin mutaciones en KRAS, NRAS ni BRAF** (respuesta 4 correcta).

Pregunta 11390: (216) Acude al domicilio de un paciente tras llamada porque el paciente en los últimos días ha cambiado de situación clínica. Refiere debilidad y fatiga extrema, ha dejado de comer y beber, con episodios de atragantamiento y en la exploración física observa úlceras por decúbito, escucha algún ruido respiratorio y presenta una respiración diferente con periodos de apnea. Usted llega al diagnóstico clínico de "últimas horas de vida". Ante esta situación NO se recomienda:

- 1. Cuidar el interior de la boca, aplicar lubricantes a los labios y uso de lágrimas artificiales.
- 2. Pautar escopolamina para los ruidos respiratorios.
- 3. Tranquilizar a los cuidadores, explicando bien lo que está ocurriendo.
- 4. Realizar cambios posturales para evitar las úlceras por presión.

300216 C. PALIATIVOS Fácil 72%

Solución: 4

En un paciente al final de la vida que ya presenta úlceras por decúbito **no están indicados los cambios posturales para evitar estas** y en las últimas horas de vida, la movilización debe evitarse si causa disconfort al paciente (respuesta 4 correcta).

Al final de la vida suele ser necesario administrar **escopolamina para las secreciones respiratorias**, sedantes para la agonía y es fundamental **informar a los cuidadores de lo que está ocurriendo** (respuestas 2 y 3 incorrectas).

Cuidar la boca, aplicar lubricante en labios, emplear lágrimas artificiales y la hidratación con gelatina y agua gelificada (fácil deglución) es adecuado porque la sequedad de piel y mucosas puede causar heridas y dolor (respuesta 1 incorrecta).

Pregunta 11391: (217) Mujer de 82 años con carcinoma renal con metástasis óseas y hepáticas, actualmente sin tratamiento específico. Aceptable situación funcional basal, con Barthel 90/100 y PPS 60/100. Consulta por desorientación y agitación psicomotriz en las últimas 48 horas. ¿Qué medida NO recomendaría?

- 1. Solicitar analítica con hemograma, ionograma, función renal y hepática.
- 2. Exploración física completa.
- 3. Iniciar tratamiento con diazepam para control sintomático.

4. Evitar restricciones físicas de la paciente.

300217 C. PALIATIVOS Fácil 79%

Solución: 3

La clave para contestar esta pregunta es que, aunque se trate de una mujer de edad avanzada, 82 años, con un cáncer avanzado sin tratamiento específico y por tanto en fase de cuidados paliativos, su estado general es bueno. Presenta puntuaciones con la escala Barthel y palliative performance status (PPS) de 90/100 y 60/100 que indican un aceptable estado general.

Ante la aparición de una desorientación y agitación psicomotriz lo primero sería descartar causas tratables: metabólicas, infecciosas... mediante **exploración y analítica** dado que la anamnesis no es posible por el deterioro cognitivo (respuesta 1 y 2 incorrectas). Se deben evitar restricciones físicas para no empeorar el cuadro (respuesta 4 incorrecta).

La pauta de sedantes podría llevarse a cabo cuando la causa que desencadena la desorientación es irreversible y refractaria pero no de inicio (respuesta 3 correcta).

Pregunta 11392: (218) En relación con la sedación paliativa, señale la respuesta INCORRECTA:

- 1. La morfina es el fármaco más utilizado en sedación.
- 2. El delirium es el síntoma que con más frecuencia conduce al uso de la sedación paliativa en la mayoría de las series.
- 3. Ante la presencia de un síntoma refractario en un paciente en situación de últimos días de vida, es necesario solicitar el consentimiento explícito, implícito o delegado antes de iniciar la sedación.
- 4. La decisión multidisciplinar y consensuada en equipo puede redundar en un menor uso de la sedación como herramienta paliativa.

300218 C. PALIATIVOS Difícil 14%

Solución: 1

El concepto de que la morfina no es un sedante y que para la sedación se debe emplear: midazolam, clorpromacina o haloperidol se ha preguntado varias veces en el MIR. Lo que hace difícil esta pregunta es que, **la morfina no está indicada en la sedación** pero sí que es probablemente el fármaco más utilizado aunque de forma inadecuada (respuesta 1 correcta).

Las otras 3 afirmaciones son conceptos clásicos a la vez que básicos de los cuidados paliativos y por tanto correctas.

Pregunta 11393: (219) Respecto a la homeopatía, señale la respuesta INCORRECTA:

- 1. Para un mismo síntoma, la reproducibilidad en la selección de remedios entre homeópatas expertos es baja.
- 2. La evidencia actualmente disponible indica que los remedios homeopáticos no son más efectivos que el placebo.
- 3. La homeopatía sostiene que el remedio correcto es aquel que produce síntomas contrarios a los que padece el paciente.
- 4. La mayoría de las preparaciones homeopáticas consisten en píldoras de sucrosa impregnadas con una sustancia pulverizada diluida repetidamente en agua y alcohol hasta llegar a concentraciones prácticamente indetectables.

300219 MEDICINA LEGAL Normal 58%

Solución: 3

La homeopatía contempla dos aspectos: Método terapéutico para tratar a los pacientes y el uso de medicamentos homeopáticos. Se puede definir a la homeopatía como una técnica terapéutica basada en una observación clínica completa y rigurosa que conduce a la prescripción de medicamentos homeopáticos, cuyas indicaciones proceden de una farmacología fundamentada por una constatación experimental que es la similitud.

Para un mismo síntoma, la reproducibilidad en la selección de remedios entre homeópatas expertos es baja (respuesta 1 incorrecta). La evidencia científica actualmente disponible indica que los remedios homeopáticos no son más efectivos que el placebo (respuesta 2 incorrecta). La homeopatía sostiene que el remedio correcto es aquél que produce síntomas similares a los que padece el paciente (principio de similitud)

(respuesta 3 correcta). La mayoría de las preparaciones homeopáticas consisten en píldoras de sucrosa impregnadas con una sustancia pulverizada diluida en agua y alcohol hasta llegar a concentraciones prácticamente indetectables (respuesta 4 incorrecta), siendo las formas farmacéuticas más habituales los gránulos y los glóbulos, pero también se pueden presentar en comprimidos, jarabes o gotas.



Pregunta 11394: (220) Entramos en la habitación de Pilar, mujer de 92 años diagnosticada de demencia leve. No está incapacitada legalmente y es independiente. Ha ingresado con una sospecha de cáncer de pulmón, por lo que habría que hacerle una TC y probablemente una broncoscopia. Mantiene sin problema una conversación y está orientada. Está en la habitación con su hija. A la hora de dar la información y decidir la actitud a tomar sobre las pruebas a realizar:

- 1. Informaremos a su hija y que sea ella quien informe a la paciente, pues es quien mejor la conoce y sabe cómo reaccionará.
- 2. Debemos dar la información a la paciente, de acuerdo a la capacidad de comprensión.
- 3. Como médicos responsables de la paciente sabemos cuál es el mejor tratamiento. Dado que la paciente no es capaz de comprenderlo, la decisión es exclusivamente nuestra.
- 4. Ya hablamos con su hija ayer y decidimos ocultarle la sospecha diagnóstica para que no sufriera, así que no le daremos más información, independientemente de lo que ella nos pregunte.

300220 COMUNICACIÓN Fácil 99%

Solución: 2

El derecho a la información y el consentimiento informado vienen recogidos en la actualidad en la Ley 41/2002, 14 de noviembre básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. El paciente es el titular de la información asistencial; tiene el derecho a la información siempre (salvo en ciertos supuestos legales: Riesgo para la salud pública; incapacidad legal del paciente para la toma de decisiones; casos de urgencia, por riesgo de lesiones irreversibles graves o de fallecimiento) y también tiene el derecho de elegir a quién proporcionársela (familiares y/o allegados) por lo que, en principio, no se debería informar primero a ningún familiar si el paciente no lo pide. El paciente tiene el derecho a la libre elección entre las opciones que le presente el médico. Asimismo, el paciente puede negarse a recibir el tratamiento, salvo en ciertos casos determinados por la Ley.

El caso clínico descrito en la pregunta hace referencia a una paciente que tiene únicamente un deterioro cognitivo leve y no está incapacitada legalmente, por lo que es dueña de la información concerniente a su salud; por tanto, en esta situación la actitud más adecuada es **informar directamente a la paciente a un nivel adecuado a su capacidad de comprensión** (respuesta 2 correcta). No se deberá informar primero a su hija (respuesta 1 incorrecta), ya que el titular de la información asistencial es la paciente. La paciente no está incapacitada legalmente, mantiene sin problema una conversación y está orientada, por lo que **sí será capaz de comprender la información** (respuesta 3 incorrecta). No se debe ocultar la sospecha diagnóstica a la paciente (respuesta 4 incorrecta), ya que esto supondría una actitud paternalista (fue la dominante en nuestro país hasta hace unos años); actualmente, la más aceptada es la relación deliberativa, que se basa en el principio de beneficencia, respetando la no maleficencia y la autonomía del paciente.



Consentimiento informado

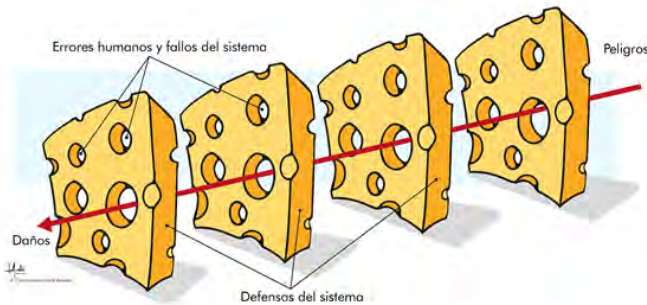
Pregunta 11395: (221) ¿Qué dimensión de la Atención Sanitaria trata de esquematisar la teoría del “queso suizo o de Gruyere” de Reason?

1. La calidad en la atención del paciente.
2. La calidad en la investigación clínica.
3. La seguridad en la atención del paciente.
4. La equidad en la gestión sanitaria.

300221 GESTIÓN CLÍNICA Normal 34%

Solución: 3

El llamado “modelo del queso suizo, o de Gruyere” o de Reason muestra que los problemas de seguridad (incidentes, eventos adversos) se producen al alinearse “agujeros” en las sucesivas barreras o defensas que habitualmente deberían impedirlos, en buena parte debidos a fallos del sistema (p.ej. fallos de diseño en aparatos o presión asistencial que induce al error) y no únicamente a los errores de las personas. Es un esquema básico para entender la dimensión de seguridad (respuesta 3 correcta).



Pregunta 11396: (222) El pasado mes de octubre tras las primeras lluvias del otoño acude a un bosque de encinas con unos amigos para recolectar setas. Encuentran unos hongos similares a champiñones silvestres aunque uno de sus amigos le advierte que una de las setas parece tratarse de una amanita phalloides. Unas 8 horas después de la ingesta de las setas comienza con dolor abdominal, vómitos y diarrea, aunque estos síntomas desaparecen en las siguientes 24 horas. Señale de entre las siguientes la respuesta FALSA:

1. El lugar de recolección es importante a la hora de valorar una intoxicación por setas.
2. La cantidad de setas ingerida puede influir en el pronóstico.
3. Dada la desaparición de los síntomas nuestro amigo no llevaba razón.
4. La aparición precoz de síntomas (menos de 6 horas) supone un mejor pronóstico.

300222 URGENCIAS Difícil 31%

Solución: 3

La intoxicación por setas se debe al consumo de especies tóxicas que en ocasiones comparten aspecto, forma, color, tamaño o hábitat similar con las comestibles. Dichas intoxicaciones se producen más habitualmente en otoño. Cuando estamos ante una sospecha clínica debemos tener una anamnesis detallada donde se reseñe **hora y lugar de recogida** (respuesta 1 correcta), debe conocerse **la cantidad de setas ingerida** debido a que, aunque de algunas especies una sola puede provocar la muerte, generalmente contienen varias **sustancias tóxicas en concentraciones variables** (respuesta 2 correcta). El periodo libre de síntomas suele ser superior a 6 horas siendo la **aparición de los síntomas de mejor pronóstico**

(respuesta 4 correcta). La mejoría aparente suele coincidir a las 24-48 horas tras la ingesta de setas al mejorar la sintomatología digestiva pero a pesar de ello puede objetivarse una **grave alteración en los parámetros hepáticos y renales** (respuesta 3 incorrecta).

Pregunta 11397: (223) Mujer de 34 años, fumadora, sin antecedentes de interés ni toma de anticonceptivos, que acude a urgencias por presentar dolor en la pierna derecha de varias horas de evolución. La paciente refiere que está de vacaciones y ha estado paseando por la ciudad todo el día. En la exploración física sólo destaca la presencia de hinchazón en la región de la pantorrilla. Está preocupada porque una amiga, que es médico, le ha sugerido que puede ser una trombosis. ¿Cuál debe ser su proceder diagnóstico?

1. Dada la potencial gravedad de la enfermedad tromboembólica venosa y tratándose de una paciente joven hay que asegurarse que no tiene nada mediante la realización de un eco-doppler.
2. La paciente tiene una probabilidad previa baja en base a la historia y los hallazgos en la exploración, por lo que lo más adecuado es realizar una determinación de dímeros D, que, de ser negativos, descartarían la presencia de una trombosis venosa sin requerir pruebas adicionales.
3. Al no estar inmovilizada la probabilidad clínica de presentar una trombosis es muy baja, así que no requiere estudios adicionales.
4. En todos los pacientes en los que se sospeche una trombosis venosa aguda hay que realizar de forma urgente una determinación de dímeros-D para el diagnóstico.

300223 URGENCIAS Normal 49%

Solución: 2

Nos están preguntando sobre una TVP y su diagnóstico en el servicio de urgencias, el cual se basa en tres pilares,

1. La probabilidad clínica: escala de WELLS
2. Resultado del Dímero D
3. La ECO DOPPLER

Ninguno de los tres tiene suficiente capacidad per se de excluir el diagnóstico, por lo que se hace de forma secuencial:

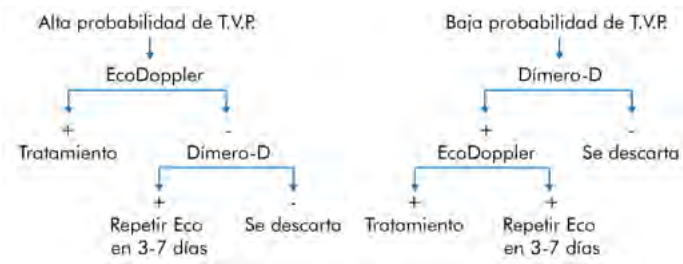
REGLA DE WELLS:

- A. Neoplasia activa (ha recibido tratamiento por cáncer en los 6 meses previos o que recibe actualmente tratamiento paliativo) +1.
- B. Parálisis, paresia o inmovilización reciente con escayola de las EEL +1.
- C. Encamado recientemente durante > 3 días o cirugía mayor en las 4 semanas previas (que haya requerido anestesia general o regional) +1.
- D. Dolor en el trayecto venoso profundo +1.
- E. Tumefacción de toda la extremidad inferior +1.
- F. Aumento del perímetro de la extremidad afecta > 3 cms respecto a la asintomática (medido 10 cms bajo de la tuberosidad tibial) +1.
- G. Edema con fovea, mayor en la pierna afecta +1.
- H. Presencia de circulación venosa colateral superficial (no varicosa) +1.
- I. Antecedente de TVP +1.
- J. Diagnóstico alternativo tan probable o más que la TVP -2

Siendo el resultado de este test:

- a) Poco probable: Wells 0-1.
 - Se solicitará D-Dímero:
 - Si es negativo: se descarta la enfermedad sin necesidad de más exploraciones complementarias.
 - Si es positivo: se solicitará ECO DOPPLER venosa.
 - Si la eco es negativa: se descarta TVP.
 - Si la eco es positiva: se confirma la TVP.
 - b) Probable: Wells > 2 (Probabilidad alta: = 3 puntos 75% tendrá TVP):
 - Se solicita analítica con D-Dímero y sin esperar al resultado solicitaremos también una ECO DOPPLER venosa:
 - Si la eco es positiva: confirma TVP.
 - Si es negativa: Valorar el Dímero D.
 - Si es negativo se descarta TVP.
 - Si es positivo: indeterminado a repetir a los 7 días.

En el caso clínico que nos presentan la paciente tiene en la **escala WELLS una puntuación de -1** (Diagnostico alternativo tan probable o más que la TVP -2 y Edema mayor en la pierna afecta +1 total= -1) por lo que **su probabilidad es baja** (respuesta 1 incorrecta), realizando una determinación de **D-Dímero que de ser negativo/normal descarta la TVP** (respuesta 2 correcta). El hecho de que **no esté inmovilizada** es solo una de las posibles etiologías de TVP (respuesta 3 incorrecta). Si bien en todos los pacientes por protocolo se realiza **un D-Dímero no en todos sirve como diagnóstico** (respuesta 4 incorrecta).



Pregunta 11398: (224) Un niño de 3 años ha sufrido un atropello y se encuentra en parada cardiaca. Tras el inicio de la reanimación cardiopulmonar se canaliza una vía intraósea. ¿Qué medicación debe administrar en primer lugar?

1. Adrenalina porque es el fármaco inicial de elección en todas las paradas cardiacas.
2. Atropina porque en los niños el ritmo electrocardiográfico más frecuente es la bradicardia.
3. Bicarbonato para compensar la acidosis.
4. Amiodarona porque lo más probable es que tenga una fibrilación ventricular.

300224 URGENCIAS Fácil 77%

Solución: 1

Estamos ante un caso clínico de Parada cardiorrespiratoria. En este caso es una parada en el contexto de un accidente de tráfico, siendo el ritmo más frecuentemente encontrado la asistolia (ritmo no desfibrilable). La adrenalina es el fármaco de uso en todos los ritmos (respuesta 1 correcta), siendo en los no desfibrilables en cuanto se tenga una vía venosa (tenemos vía intraósea) y en los desfibrilables en la tercera descarga. El bicarbonato no está indicado de rutina en la PCR (respuesta 3 incorrecta) siendo su uso en intoxicaciones por antidepresivos tricíclicos y acidosis metabólica severa. La amiodarona se administra antes de la cuarta desfibrilación en ritmos desfibrilables, si bien la FV es uno de ellos en este caso la probabilidad es que el niño presente una asistolia (respuesta 4 incorrecta). La atropinano está validada su utilidad en PCR (respuesta 2 incorrecta).

Pregunta 11399: (225) Los servicios de emergencias extrahospitalarios, traen a la urgencia un hombre de 40 años rescatado de su domicilio por los bomberos tras producirse un incendio con un intenso humo. A la exploración destaca presencia de "hollin" por toda la superficie corporal y fosas nasales, se encuentra estuporoso y hemodinámicamente inestable. En la analítica efectuada destaca una acidosis metabólica con lactato muy elevado. ¿Cuál de las siguientes actuaciones debe realizar?

1. Aplicar oxígeno con alto flujo+ bicarbonato IV.
2. Aplicar oxígeno con alto flujo + hidroxocobalamina.
3. Aplicar oxígeno con alto flujo+ tiamina.
4. Aplicar oxígeno con alto flujo + naloxona.

300225 URGENCIAS Difícil 5%

Solución: 2

Estamos ante un caso severo de intoxicación por humo, en el que tenemos que tener en cuenta la intoxicación por cianuro. Su antídoto es la hidroxocobalamina cuyos criterios de empleo son:

- Paciente que ha inhalado humo de incendio (restos de hollín en boca, faringe o esputo) y que tenga alteraciones neurológicas (confusión, coma, agitación, convulsiones) y

además presenta alguna de las siguientes circunstancias:

- Bradipnea (< 12r.p.m) o parada respiratoria o cardiorrespiratoria o
- shock o hipotensión o
- lactato =8mmol/l o acidosis láctica

La máxima eficacia se ha visto en pacientes que han inhalado humo de incendios, están en coma y tienen hipotensión (respuesta 2 correcta). La tiamina se utiliza para la prevención del wernike (respuesta 3 incorrecta), la naloxona en caso de intoxicación por opiáceos (respuesta 4 incorrecta). Si bien en este caso estamos ante una acidosis la corrección no es mediante bicarbonato sino hidroxocobalamina por ser secundaria a cianuro (respuesta 1 incorrecta).

Pregunta 11400: (226) Durante el ayuno nocturno, la principal fuente de glucosa sanguínea es:

1. La glucosa del alimento desde el intestino.
2. La glucogenólisis hepática.
3. La gluconeogénesis.
4. La glucogenólisis muscular.

300226 BIOQUÍMICA Fácil 80%

Solución: 2

El aporte continuado de glucosa es esencial para los eritrocitos (su único combustible) y el sistema nervioso central. En situaciones de ayuno de corta duración (hasta 18 horas), la mayoría del aporte de glucosa procede de la glucogenólisis hepática (respuesta 2 correcta). Posteriormente, en situaciones de ayuno más prolongado, se estimula la glucólisis en el músculo esquelético, generando lactato, y la liberación de aminoácidos (en especial alanina). Además, se promueve la degradación de triacilglicéridos en el tejido adiposo obteniendo glicerol y ácidos grasos libres. El lactato, la alanina y el glicerol son usados como sustratos para la generación de glucosa (gluconeogénesis). El único órgano capaz de elevar la glucemia por gluconeogénesis o glucogenólisis es el hígado por acción de la glucosa 6-fosfatasa, enzima que devuelve la glucosa 6-fosfato a glucosa, lo que permite su salida de los hepatocitos (respuesta 4 incorrecta).

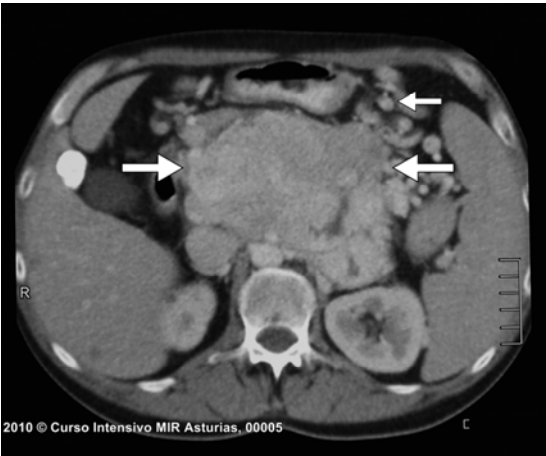
Pregunta 11401: (227) Mujer de 76 años con clínica de ictericia indolora de 3 semanas de evolución. En el estudio con ecografía abdominal se identifica una lesión de 3 cm en cabeza pancreática. ¿Cuál es el primer estudio complementario para el diagnóstico y estadificación de esta lesión?

1. PET-TC.
2. Ecoendoscopia.
3. TC toraco-abdomino-pélvico con contraste.
4. Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica.

300227 DIGESTIVO Fácil 72%

Solución: 3

El TC multicorte con la administración de contraste es la técnica de elección en el diagnóstico y estadificación del adenocarcinoma pancreático. La imagen característica es la de una masa hipointensa o, en ocasiones, isointensa. Signos secundarios incluyen la dilatación del conducto Wirsung y con amputación abrupta en la masa pancreática, atrofia glandular y dilatación del colédoco (repuesta 3 correcta, resto incorrectas).



Pregunta 11402: (228) Un hombre de 70 años de edad acude a revisión tras el alta reciente por un episodio de insuficiencia cardiaca de posible etiología isquémica. Presenta una disnea a mínimos esfuerzos (clase funcional III de la New York Heart Association). Los medicamentos al alta incluyen carvedilol 25 mg cada 12 horas, enalapril 20 mg al día, furosemida 40 mg al día. En la exploración física, frecuencia cardiaca 65 lpm, presión arterial 110/60 mmHg. No tiene edemas. Analítica: creatinina 1,3 mg/dL; sodio 139 mEq/L y potasio 3,9 mEq/L. ¿Cuál de las siguientes medidas es la más apropiada para este paciente?

- 1. Añadir ivabradina.
- 2. Aumentar dosis de enalapril.
- 3. Adición de tratamiento inotrópico intermitente.
- 4. Añadir espironolactona 25 mg diariamente.

300228 CARDIOLOGÍA Fácil 67%

Solución: 4

En paciente tratado con disfunción ventricular que esté tratado con IECAS y Betabloqueantes que persiste en clase funcional II, III o IV, el siguiente paso es añadir antialdosterónicos (respuesta 4 correcta). La ivabradina la usaríamos si presentara ritmo sinusal a más de 70 latidos por minuto en un paciente ya tratado con IECAS, betabloqueantes y antialdosterónicos (respuesta 1 incorrecta). Si la presión arterial está controlada no aumentaremos la dosis de IECAS (respuesta 2 incorrecta). El tratamiento inotrópico intermitente estaría reservado a pacientes en lista de espera de trasplante cardiaco con síntomas refractarios (respuesta 3 incorrecta).

Pregunta 11403: (229) Los pacientes con enfermedad renal crónica presentan manifestaciones óseas en relación con los trastornos del metabolismo mineral-óseo. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?

- 1. La osteopatía adinámica ha aumentado su prevalencia, en particular en ancianos y diabéticos.
- 2. La enfermedad ósea adinámica es secundaria a la intoxicación por aluminio.
- 3. La osteitis fibrosa quística es la lesión clásica del hiperparatiroidismo secundario.
- 4. Las concentraciones reducidas de calcitriol contribuyen al hiperparatiroidismo secundario.

300229 NEFROLOGÍA Difícil -15%

ANULADA

Pregunta anulada. Inicialmente dieron como respuesta correcta, y por tanto como opción FALSA que la osteitis fibrosa quística es la lesión clásica del hiperparatiroidismo secundario, cosa, que evidentemente es verdadera. A ese hiperparatiroidismo secundario contribuye la presencia de vitamina D activa reducida en sangre (respuesta 4 correcta).

Otra forma de enfermedad ósea del paciente renal crónico es la enfermedad ósea adinámica, más frecuente en diabéticos, ancianos y dializados (respuesta 1 correcta). Se desconoce la causa de la enfermedad ósea adinámica. La intoxicación por aluminio, hoy día rara, produce preferentemente otro subtipo de enfermedad ósea, la osteomalacia. Por tanto, se propuso cambiar la opción FALSA y marcar como más errónea la opción 2; sin embargo, la comisión evaluadora optó por anular la pregunta completa.

Pregunta 11404: (230) Recién nacido a término con retraso del crecimiento intrauterino y microcefalia que en las primeras 24 horas de vida presenta ictericia, petequias y esplenomegalia. Tiene una bilirrubina total de 12 mg/dL y la indirecta de 2,5 mg/dL. En el hemograma se constata una trombocitopenia. El Coombs directo es negativo. En la tomografía axial computarizada cerebral se observan calcificaciones periventriculares. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

- 1. Infección perinatal por el Streptococcus agalactiae.
- 2. Infección intrauterina por el virus de la rubeola.
- 3. Infección congénita por citomegalovirus (CMV).
- 4. Infección congénita por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

300230 PEDIATRÍA Fácil 90%

Solución: 3

Se trata de cuadro de infección prenatal en RN, ya que durante el embarazo ya se aprecia retraso del crecimiento intrauterino y microcefalia La infección por CMV es la infección prenatal más frecuente y produce típicamente anemia, trombocitopenia, con cuadro clínico séptico de hipotensión y oliguria y arrectividad. En la exploración se objetiva hepatoesplenomegalia y típicas calcificaciones periventriculares en el TAC craneal. (respuesta 3 correcta).

La infección congénita por VIH no se ha demostrado embriopatía y la evolución más probable es niño sano y no infectado, y en segundo lugar, sano e infectado. (respuesta 4 incorrecta).

En la infección intrauterina por rubeola es típica la tetrada de Greeg: cataratas, microcefalia, ductus arterioso persistente y sordera (respuesta 2 incorrecta).

La infección perinatal por Streptococo agalactiae (grupo B), se produce cuadro séptico sin calcificaciones cerebrales, sin microcefalia y sin afectación prenatal durante el embarazo (respuesta 1 incorrecta).



Pregunta 11405: (231) Acude a urgencias una gestante de 36 semanas sangrando como una regla. Como antecedentes obstétricos tiene una cesárea anterior hace cuatro años. No presenta contracciones ni dolor abdominal. En el registro cardiotocográfico el feto está reactivo a 140 lpm. ¿Cuál es el diagnóstico más probable de esta gestante?

- 1. Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera.
- 2. Rotura uterina.
- 3. Rotura de vasos previos.
- 4. Placenta previa.

300231 GINECOLOGÍA Fácil 71%

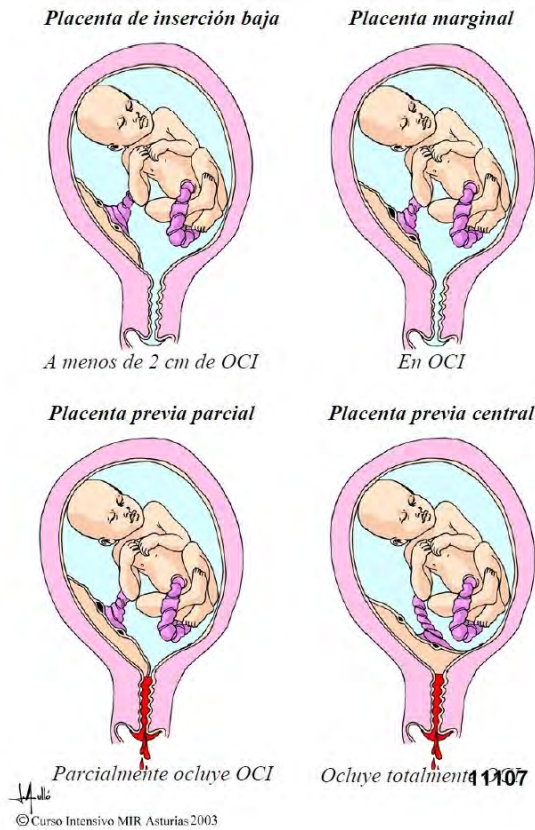
Solución: 4

Nos presentan a una paciente asintomática con sangrado como una menstruación, sin consecuencias materno-fetales.

Se define la placenta previa como la inserción total o parcial de la placenta en el segmento inferior del útero. El síntoma característico de la placenta previa es la hemorragia indolora de sangre roja brillante (60%) y de intensidad variable. Los episodios de sangrado pueden repetirse e ir aumentando en intensidad según avanza la gestación. Los episodios de sangrado no se suelen acompañar de signos de pérdida del bienestar fetal a no ser que la hemorragia sea tan copiosa que cause un shock hipovolémico en la gestante y por ello afecte al volumen fetoplacentario (respuesta 4 correcta).

Hemos de realizar el diagnóstico diferencial con otras causas de sangrado en el tercer trimestre:

- DPPNI: sangrado escaso oscuro acompañado de hipertonía uterina y registro cardiotográfico no tranquilizador (respuesta 1 incorrecta).
- Rotura uterina: en paciente con antecedente de cirugía y entrada en cavidad se produce un cese de dinámica asociado a bradicardia fetal y dolor materno (respuesta 2 incorrecta).
- Rotura de vasa previa: bradicardia fetal coincidente con rotura de bolsa y sangrado vaginal materno (respuesta 3 incorrecta).



ProSEGO. Placenta previa. 2012

Pregunta 11406: (232) Hombre de 41 años que acude a urgencias refiriendo que no ha sido capaz de viajar en metro durante los últimos tres meses. Refiere que simplemente pensar que debe utilizar este medio de transporte le produce un miedo intenso que le bloquea, le impide pensar, tiene sensación de ahogo y temor a perder el control. Refiere que meses atrás padeció un cuadro vaso-vagal mientras viajaba en metro y teme que le pueda repetir y nadie le pueda ayudar. Entiende que es un miedo no justificado pero verbaliza “no poder evitar sentirlo”. ¿Cuál es el diagnóstico que mejor explica el cuadro clínico del paciente?

1. Trastorno psicótico breve.
2. Trastorno por ansiedad generalizada.
3. Agorafobia.
4. Fobia social.

300232 PSIQUIATRÍA Fácil 78%
Solución: 3

Nos presentan el caso de un varón de 41 años que es incapaz de viajar en el metro en los últimos meses por miedo intenso a que se le repita un cuadro vaso-vagal y nadie pueda ayudarlo. El simple hecho de pensarlo le bloquea, le impide pensar y le provoca sensación de ahogo y temor a perder el control. Estamos ante un caso de agorafobia (respuesta 3 correcta).

- La AGORAFOBIA se caracteriza por la aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede ser difícil o donde en el caso de aparecer una crisis de angustia o síntomas similares puede no disponer de ayuda (transporte público, teatros, supermercados, aglomeraciones...).
- La FOBIA SOCIAL es un temor acusado y persistente a una o más situaciones sociales o actuaciones en público por temor a que resulten embarazosas. Tienen miedo a ser humillados (respuesta 4 incorrecta).
- El TRASTORNO POR ANSIEDAD GENERALIZADA es un cuadro de ansiedad persistente y preocupación excesiva, NO asociados a ninguna circunstancia concreta (sin desencadenante) de larga duración (superior a 6 meses) y curso fluctuante (respuesta 2 incorrecta).
- El TRASTORNO PSICÓTICO BREVE O TRANSITORIO es un cuadro agudo con clínica psicótica que puede sobrevenir en respuesta a un factor de estrés psicosocial grave. Suelen aparecer síntomas positivos de la esquizofrenia y su duración es entre 1 día y 1 mes (respuesta 1 incorrecta).

Pregunta 11407: (233) Acude a consulta un hombre de 70 años refiriendo que hace una hora se ha pinchado de forma accidental en el parque con una aguja conectada a una jeringa abandonada con restos de sangre. El paciente no ha padecido hepatitis B ni ha recibido vacunación. ¿Cuál es la actitud más correcta?

1. Administrar una dosis de gammaglobulina frente a VHB y una dosis de vacuna.
2. Administrar una dosis de gammaglobulina frente a VHB y vacunación completa.
3. Administrar una dosis de gammaglobulina frente a VHB y realizar antisepsia de la zona.
4. Realizar antisepsia de la zona y vacunación completa.

300233 MEDICINA PREVENTIVA Fácil 71%
Solución: 2

En pacientes no vacunados frente al virus hepatitis B que sufren una exposición accidental, lo indicado es administrar una dosis de gammaglobulina y una pauta de vacunación completa consistente en 3 dosis de vacuna 0, 1 y 6 meses (respuesta 2 correcta).

Situación	Fuente AgHBs +	Fuente desconocida
No vacunados	IG antes de 24 h e iniciar pauta con 3 dosis de vacuna (0-1-6 meses).	IG antes de 24 h e iniciar pauta con 3 dosis de vacuna (0-1-6 meses).
Vacunación incompleta	IG y completar pauta de vacunación.	IG y completar vacunación.
Vacunados	RESPONDEDOR: se considera protegido, no es necesario hacer nada. NO RESPONDEDOR: 2 dosis de IG separadas un mes. RESPUESTA DESCONOCIDA: medir antiHBs en el expuesto: < 10 U/l: IG y 1 dosis de vacuna de refuerzo. = 10 U/l: nada, se considera protegido.	

Pregunta 11408: (234) Acude un paciente diagnosticado de esclerosis múltiple a urgencias por un episodio de ataxia brusca limitante desde hace 4 días. ¿Cuál debe ser la actitud más apropiada desde la urgencia?

1. Iniciar tratamiento con inmunoglobulinas intravenosas.
2. Iniciar tratamiento con corticoides intravenosos.
3. Iniciar tratamiento con fingolimod.
4. Iniciar tratamiento con interferón beta.

300234 NEUROLOGÍA Fácil 80%
Solución: 2

El paciente presenta un brote de esclerosis múltiple de probable localización cerebelosa (duración de 4 días). El tratamiento de elección en los brotes de EM es el tratamiento con corticoides a dosis altas por vía intravenosa (en los últimos años también se ha demostrado su eficacia por vía oral) (respuesta 2 correcta). Las inmunoglobulinas se utilizan en otras patologías inflamatorias severas del SNC y del sistema nervioso periférico (encefalomielitis aguda diseminada, Guillain Barré, crisis miasténicas...) (respuesta 1 incorrecta). El Fingolimod y el interferón beta son tratamientos modificadores del curso de enfermedad, no tratamientos en fase aguda (respuestas 3 y 4 incorrectas).

Pregunta 11409: (235) ¿Qué es cierto respecto a la fiebre Q causada por Coxiella burnetii?

1. La infección aguda es causa de neumonía y hepatitis aguda.
2. La endocarditis es frecuente en los niños aunque rara en adultos.
3. El antecedente de mordedura por un animal doméstico debe hacer pensar en su etiología.
4. Los antibióticos beta-lactámicos son de elección en el tratamiento.

300235 INFECCIOSAS Normal 61%
Solución: 1

La **fiebre Q** está causada por *Coxiella burnetii*, microorganismo gramnegativo intracelular obligado de forma cocobacilar pleomórfico. Es una zoonosis de distribución mundial. La enfermedad se transmite por vía aérea a través de aerosoles infectantes de productos contaminados (*respuesta 3 incorrecta*). En la mitad de los casos de la infección por *Coxiella burnetii* es asintomática o subclínica. En un porcentaje variable (12 % - 40 %) puede existir afección pulmonar en forma de neumonía atípica, caracterizada por infiltrados radiológicos bilaterales en campos medios e inferiores. La "hepatitis" es muy característica y suele ser subclínica, con hepatomegalia y elevación moderada de las transaminasas (2-4 veces su valor normal), aunque se han descrito casos con ictericia colestática y citólisis intensa (*respuesta 1 correcta*).

La variante cónica de fiebre Q, que denota casi siempre la presencia de endocarditis, se observa en personas de edad avanzada con valvulopatías, inmunosupresión o insuficiencia renal crónica (*respuesta 2 incorrecta*).

En las formas agudas el tratamiento de elección es la doxiciclina a dosis de 100 mg/12 h en el adulto durante un periodo de 2 a 3 semanas. (*respuesta 4 incorrecta*). Las quinolonas también son eficaces. En embarazadas es recomendable el uso de trimetoprim/sulfametoxazol. En fiebre Q crónica se añade hidroxiclороquina a la doxiciclina en pautas de 18 meses.



Conceptos clave MIR 2018

1. **Bronquio intermediario:** sector de bronquio principal dcho desde la salida del lobar (rama de bronquio principal) superior hasta la salida del lobar medio.
2. La **arteria femoral** da la arteria poplítea cuyas ramas terminales son la arteria tibial anterior y el tronco tibioperoneo que se continúa con la arteria tibial posterior tras haber dado la arteria peronea.
3. La **glándula suprarrenal** no debería verse a partir del año de edad en ecografía, si se ve es por enfermedad.
4. **Mucosa de intestino delgado:** vellosidades largas y flexuosas/onduladas con una relación vellosidad: cripta > 2,5; revestidas por un epitelio absorptivo con ribete en cepillo.
5. **Rojo Congo:** amiloidosis, tricrómico de Masson: fibrosis, PAS: tinción para glucoproteínas o moco, Plata metenamina: hongos.
6. **Quinolonas:** QT largo= Torsade de Pointes
7. **Nitratos + Sildenafil** contraindicado
8. **Calcificación pericárdica:** Pericarditis constrictiva
9. **Metástasis + ingurgitación yugular + bajos voltajes y alternancia en ECG:** taponamiento cardiaco
10. **Hematoma intramural:** sangrado de los vasa vasorum de la pared aórtica sin desgarró intimal asociado. TC sin contraste: engrosamiento de la pared de la aorta.
11. **Molusco contagioso:** infección por poxvirus, frecuente en niños atópicos, transmisión por contacto directo (puede ser una ETS), no siempre requiere tratamiento
12. **Herpes zoster:** erupción papulovesicular con distribución metamérica unilateral sobre todo en pacientes inmunodeprimidos
13. El **tratamiento de la diverticulosis no complicada** es dieta rica en fibra.
14. **Causas más frecuentes de esofagitis infecciosa en pacientes inmunocompetentes:** VHS y Cándida albicans.
15. **Clasificación ecografica quiste hidatídico:** estadio 1, quiste hipoecoico; 2, septado; 3, con vesículas hijas; 4, hiperecogénico; 5, calcificado. Los estadios 1, 2 y 3 se consideran activos y los 4 y 5 fases inactivas.
16. Ante un **cuadro clínico compatible con una porfiria**, es muy útil para el diagnóstico el uso del tes de Hoesch.
17. Las **pruebas de imagen** no son útiles en el diagnóstico inicial de la hipofunción del tiroides.
18. **Leishmaniasis:** esplenomegalia y panticopenia
19. **Fiebre + soplo sospechar endocarditis** y hacer ecocardiograma
20. **AVACs (Años de Vida Ajustados por Calidad) o QALYs (Quality Adjusted Life Years)** = Análisis de coste-utilidad
21. **Insuficiencia Cardíaca Izquierda:** Cardiomegalia, disnea de esfuerzo, ortopnea y crepitantes bilaterales.
22. **Atelectasia:** Aumento de densidad radiológica con retracción del mediastino hacia el lado afecto.
23. **Obstrucción:** Espirometría con cociente FEV1 / FVC < 70%,
24. **Placas Pleurales:** aparecen en la Pleura Parietal y se relacionan con exposición previa al amianto o asbesto.
25. El **Glioblastoma Multiforme** es el tumor primario más frecuente en el SNC y suele presentarse como un masa con realce en anillo grueso e irregular tras la administración de contraste.
26. **Hematoma epidural:** sangrado arterial, forma de disco biconvexo, se asocia a fractura y a mayor porcentaje de intervalo lúcido.
27. **Ascitis y masa abdominal:** sugestivo de cáncer de ovario
28. **Mastitis puerperal:** tratamiento antibiótico y seguimiento clínico.
29. **Retinopatía diabética proliferativa:** exudados y hemorragias, proliferación de vasos alrededor de la papila (neovasos).
30. **Cariotipo del síndrome de Klinefelter:** 47 XXY (6MIR+).
31. La **otoesclerosis** es la causa más frecuente de hipoacusia de transmisión cóntímpano normal en el adulto (excluyendo el tapón de cerumen).
32. La **tromboangeitis obliterante o enfermedad de Buerger** afecta a arterias de mediano y pequeño calibre
33. La **osteoporosis** establecida por densitometría ósea mineral (Tscore<-2.5) y las fracturas vertebrales por fragilidad son indicaciones de tratamiento específico para osteoporosis
34. **Fractura Colles:** reducción e inmovilización, control radiológico a los 10-15 días, si no desplazamiento 2ario, inmovilización 6 semanas.

35. La **Rx de torax** es la forma más útil para comprobar la correcta colocación de una SNG (el extremo distal debe llegar a la proximidad del antro pilórico).
36. El **drenaje de un neumotórax** se realiza puncionando a nivel del tercer espacio intercostal, línea medio-clavicular. Requiere atravesar piel, tejido subcutáneo, musculatura pectoral, musculatura intercostal y pleura parietal.
37. Las **ramas del nervio vago** entran a la cavidad abdominal a través del hiato esofágico.
38. **Enfermedad de Kikuchi-Fujimoto**: necrosis con numerosos histiocitos con núcleo en semiluna y abundante cariorrexis.
39. Un **granuloma** es un agregado de histiocitos.
40. **Aspirina** es inhibidor irreversible COX
41. **Daptomicina** produce hiper-CPKemia como efecto adverso típico
42. **Agranulocitosis por Clozapina** es un efecto adverso tipo B (Park and Coleman)
43. **Codeína** está contraindicada en metabolizadores ultra-rápidos de CYP2D6
44. El uso de **anticolinérgicos, anticoagulantes y fármacos** del sistema vascular-renal y SNC **en ancianos** deber realizarse con precaución
45. La **ubiquitina** es una proteína de pequeño tamaño que interviene en la degradación proteica.
46. Al **aumentar la frecuencia cardíaca**, disminuye el tiempo de diástole
47. **Kcal por gramo de glúcidos o de proteína**: 4 Kcal y por gramo de grasa: 9 kcal.
48. El **intercambio gaseoso** se realiza a favor de gradiente (LaPAO2 debe ser superior a la PaO2)
49. **Fibrosis quística (AR), madre aa + padre riesgo poblacional 1/X, hijo afecto aa**: $(1/2 \text{ (madre)}) \times (1/2 \times 1/X \text{ (padre)})$ **(2MIR+)**.
50. **Enfermedad de herencia mitocondrial, atrofia óptica de Leber**, la transmiten las madres y la padecen los hijos e hijas **(5MIR+)**.
51. **Cribado poblacional hemocromatosis**: saturación de transferrina y ferritina, en familiares de 1º grado: test genético (mutación homocigota del gen HFE, C662Y).
52. El **cáncer colorrectal hereditario no polipósico** y el asociado a poliposis familiar se heredan con carácter autosómico DOMINANTE.
53. **Expansión de tripletes**: corea de Huntington, distrofia miotónica de Steinert, X frágil, distrofia espinobulbar ligada al X (sd Kennedy), ataxia de Friedreich y espinocerebelosa.
54. Las **crisis de edema angioneurótico familiar** se tratan con C1 inhibidor purificado o icatibant
55. Los **linfocitos T helper 2** intervienen en la defensa frente a helmintos a través de IL-4 e IL-5
56. El **interferón gamma** interviene en la activación macrofágica y defensa frente a micobacterias
57. El **déficit de adhesión leucocitaria** causa mala cicatrización de heridas y ausencia de pus
58. El **inflammasoma** es un complejo proteico del citoplasma celular que interviene en la activación del sistema inmune innato
59. **Listeria** es bacilo G+
60. **CMI** mide sensibilidad a antibióticos de forma visual
61. Para **Pseudomonas** los mejores son piperacilina-tazobactam o ceftazidima, también carbapenems (pero no meropenem).
62. **S. aureus metilicilina-R (gen mecA)**: Vancomicina o Daptomicina. Alternativas linezolid, ceftarolina
63. **Coxiella**, agente de Fiebre Q, se transmite por inhalación de partículas infectadas, no por vectores.
64. **Bloqueo aurículo-ventricular de segundo grado Mobitz II**: marcapasos definitivo
65. **Hipertrofia ventricular + enfermedad de depósito**: miocardiopatía restrictiva
66. **IAMCEST**= abrir la arteria cuanto antes (no esperar analítica)
67. **Insuficiencia aórtica**: contraindicado balón y contrapulsación intraaórtica
68. **HTA**: hipertrofia de capa media y rigidez de grandes arterias
69. **BNP bajo, alto VPN**, descarta enfermedad cardíaca
70. **Pericarditis aguda**: roce pericárdico mejor en decúbito lateral izquierdo en espiración
71. **Shock cardiogénico**: incremento de presión enclavada y resistencias pulmonares. Bajo gasto cardíaco
72. **Prótesis mecánica**: más durabilidad, más trombogénicas (requiere anticoagulación oral).
73. **Granuloma anular**: pápulas anulares o arciformes asintomáticas en el dorso de la mano, necrobiosis del colágeno, no requiere tratamiento.
74. **Síndrome DRESS**: reacción adversa a fármacos, fiebre + afectación del estado general + rash generalizado + eosinofilia + adenopatías + edema facial + linfocitos + aumento de transaminasas.
75. Cerca del 75% de las **hernias de la pared abdominal** son hernias inguinales.

76. El **tratamiento inicial** de una **coledocolitiasis** es la realización de una CPRE.
77. **El índice MELD valora 3 parámetros:** bilirrubina, creatinina e INR.
78. La **causa más frecuente de hepatitis tóxica** en nuestro medio es por Amoxicilina-clavulánico.
79. **Colangitis Esclerosante Primaria:** varones jóvenes con Colitis Ulcerosa y síntomas de colestasis.
80. **Acalasia:** falta de relajación del EEI y pérdida de la peristalsis primaria.
81. La mayor parte de los **carcinoides gástricos** se asocian a hipergastrinemia, por lo que en caso de precisar cirugía, la antrectomía puede ser una opción,
82. **Primera medida a tomar ante una hemorragia:** estabilizar al paciente (canalizar VVP, reponer volemia y solicitar analítica).
83. En general **no antibióticos en diarreas**, acortan duración de la clínica, apenas tienen más efectos.
84. Hay **múltiples causas de diarrea** que cursan con fiebre y sangre en heces (no sólo causas infecciosas).
85. La **diabetes de nueva aparición** puede ser un síntoma de un adenocarcinoma ductal de páncreas.
86. Los **pólipos vesiculares** no se ven en la ECO con la sombra acústica típica de los cálculos vesiculares.
87. En **paciente intervenido de tiroides**, sospechar hipocalcemia, ante clínica de parestesias y calambres musculares
88. A pesar de **buen control metabólico de la diabetes**, si hay enfermedad aguda, siempre tratar con insulina.
89. Los **xantomas** son frecuentes en las hiperlipemias, sin embargo no suelen aparecer en la hiperlipemia familiar combinada
90. Las **enfermedades de depósito como la hemocromatosis**, pueden causar hipogonadismo hipogonadotrópico
91. El **aumento de prolactina** produce en hombre y mujeres inhibición del GnRH hipotalámico
92. El dato fundamental del **síndrome de realimentación** es la hipofosfatemia severa.
93. Los **bifosfonatos** en el tratamiento médico del hiperparatiroidismo primario pueden mejorar la densidad ósea, sin cambiar la concentración sérica de calcio.
94. La **hipopotasemia y la alcalosis metabólica** son datos analíticos básicos en el diagnóstico de hiperaldosteronismo primario.
95. La **intoxicación por plomo** suele provocar anemias sideroblásticas siendo estas, habitualmente, microcíticas.
96. **Anemia hemolítica leve + Esplenomegalia + Litiasis biliar**, apunta al diagnóstico de Esferocitosis Hereditaria
97. Ante un **déficit de antitrombina III (AT)**, en el tratamiento anticoagulante ha de asociarse Heparina + concentrados de AT
98. El **Idarucizumab** es el antídoto del Dabigatrán.
99. Las **mutaciones de IgHV** implican un mejor pronóstico en la LLC
100. Los pacientes diagnosticados de **linfoma folicular** que están asintomáticos y sin factores de riesgo no precisan tratamiento específico hasta que se producen signos de progresión clínica o histológica.
101. **LMC:** leucocitosis + esplenomegalia + gen bcr/abl + mutación del gen JAK2 ausente
102. La **alteración de tiempos de coagulación y plaquetopenia** por consumo asociados a la existencia de esquistocitos ha de hacernos sospechar una CID.
103. La **radiación de los componentes celulares** (mínimo con 2500 cGy) previa a la transfusión puede evitar el EICH post-transfusional
104. **SOS postrasplante:** aparición precoz de hepatomegalia dolorosa, ascitis, ictericia y aumento de peso
105. **La sífilis con afectación neurológica ocular** se trata con dosis altas de penicilina acuosa intravenosa.
106. **Hongo con hifas no septadas** es mucor (anfotericina). Si fueran septadas sería aspegillus (voriconazol).
107. **Clínica compatible de infección urinaria** aguda no complicada más tira reactiva positiva permite tratamiento empírico.
108. **Bedaquilina y Delamanida:** nuevos fármacos para el tratamiento de la Tuberculosis Multirresistente.
109. **Diagnóstico de infección VIH en RN de riesgo** (madre portadora) sólo test directos, no vale la serología.
110. El **sarcoma de Kaposi** se relaciona con el virus herpes 8
111. En **tumores de cabeza y cuello local** o regionalmente avanzados la radioterapia y quimioterapia son más eficaces cuando se administran simultáneamente tras la cirugía.
112. En las **fracturas del cóndilo**, al abrir la boca, el mentón se desvía del hacia el lado fracturado (**3MIR+**).
113. El **estridor inspiratorio** puede ser indicativo de obstrucción grave de las vías respiratorias, que requiera tratamiento con intubación o traqueotomía.
114. El **cáncer de nasofaringe** cursa con adenopatías cervicales metastásicas (signo más frecuente), obstrucción nasal y otitis media serosa o secretora
115. **Error tipo 1** (riesgo alfa < 0,05), **Error tipo 2** (riesgo beta < 0,20 o potencia > 0,8).
116. El **enmascaramiento en los ensayos** aumenta la validez interna al evitar sesgo del observador.

117. **En un ensayo, al grupo experimental le afectan:** el efecto de la acción terapéutica, la regresión a la media y el efecto placebo.
118. **Valor nulo del Riesgo Relativo** =1 (no asociación estadística).
119. **Número necesario para tratar (NNT)**= 1 / RAE
120. **Casos y controles anidados:** muestra a partir de una cohorte original.
121. **Cohortes:** estudio observacional, analítico, longitudinal y prospectivo.
122. **Error estándar de la media (EEM)**=s/(raíz cuadrada de n)
123. **Intervalo de confianza:** confianza de contener el verdadero parámetro poblacional.
124. **AVAC (Años de Vida Ajustados por Calidad)** = Análisis de Coste-Utilidad
125. **Atención Primaria de Salud (Conferencia de Alma-Ata):** esencial, práctica, científica, aceptable, accesible, participativa, sostenible
126. La **acreditación** es un proceso voluntario de reconocimiento externo de la calidad de un centro sanitario de acuerdo con un modelo
127. **Meningococo C:** vacuna a los 4, 12 meses y 12 años.
128. **Vacuna anti-rabia:** contiene virus inactivos.
129. **Valor predictivo positivo (VPP)**= verdaderos positivos/total positivos.
130. **Sesgo de verificación:** pacientes que dan positivo en la prueba diagnóstica se les realiza la prueba de referencia para confirmar.
131. **Valor predictivo positivo (VPP)**= verdaderos positivos/total positivos.
132. **CIMA:** información de la AEMPS sobre fármaco y su ficha técnica.
133. La **pCO₂** entre 35 y 45 mmHg revela valores de normalidad.
134. La **nefritis inmunoalérgica** se caracteriza por presentar eosinófilos en orina
135. Ante un **paciente con fracaso renal agudo** tras IECA/ARA2 hay que sospechar estenosis de arterias renales y contraindicar el uso de dichos fármacos.
136. Los **fármacos más implicados en la nefritis intersticial aguda** son los AINEs y los antibióticos
137. La **necrosis tubular aguda** se acompaña de EFNA > 1-2% y sodio urinario > 10-20 mEq/l.
138. Los **pacientes con mieloma** sufren daño renal por proteinuria de Bence-Jones, hiperuricemia, hipercalcemia, nefrotóxicos como los contrastes, o amiloidosis asociada.
139. Los **aminoglucósidos** son nefrotóxicos lesionando preferentemente el túbulo proximal y produciendo un fracaso renal con diuresis preservada
140. Ante un **fracaso renal agudo tras trasplante renal** reciente hay que plantearse problemas quirúrgicos, rechazo agudo, NTA postrasplante o toxicidad por fármacos.
141. En la **hipertrofia benigna de próstata** la gravedad de los síntomas no se correlacionan con el tamaño del tumor.
142. **Hipospadias:** apertura de uretra anormal en situación proximal asociando cúmulo de piel prepucial a nivel dorsal y placa fibrótica distal.
143. La prueba de referencia para diagnosticar el reflujo vesico-ureteral es la **cisto-ureterografía miccional**.
144. En la **nefrolitiasis cálcica idiopática** no se recomienda restringir la ingesta de calcio.
145. Ante **paciente fumador con hematuria urológica** sin más síntomas se debe descartar la presencia de cáncer vesical
146. El estudio de la **disfunción eréctil de etiología vascular** no incluye estudio hormonal.
147. **Criterios de mal pronóstico en asma:** PCO₂ > 45 mmHg, ausencia de sibilancias, uso de musculatura accesoria y pulso paradójico. Se recomienda ingreso en UCI.
148. **Tratamiento del volet costal:** analgesia por bloqueo nervioso (si es leve) o intubación y ventilación mecánica (si existe distrés respiratorio grave).
149. **Tratamiento del Síndrome de Distrés Respiratorio del Adulto:** Ventilación Mecánica con Volumen Tidal bajo (en torno a 6 mL/Kg)
150. **Cirugía de reducción de volumen en EPOC:** indicada en < 75 aqos, FEV1 < 45%, lesiones localizadas en campos superiores y DLCO >20%.
151. **Alcalosis respiratoria:** pH >7.44, pCO₂ < 34 mmHg. Si el bicarbonato es normal, será aguda. Si el bicarbonato está reducido, será crónica.
152. **Bronquiolo-alveolitis alérgica extrínseca o neumonitis por hipersensibilidad:** disnea al exponerse a ciertos alérgenos, aumento de linfocitos T CD8, sin eosinofilia y sin aumento de IgE.

153. **Tratamiento "inicial" del quilotórax secundario a linfoma:** tubo de toracostomía y administración de octreótido.
154. **Derrame pleural:** disminución de la movilidad del hemitórax afecto, matidez, ausencia de murmullo vesicular y desviación de la línea media hacia el lado contralateral.
155. El **Tromboembolismo pulmonar masivo** con hipotensión requiere fibrinólisis.
156. La **cefalea en racimos** es más frecuente en varones que en mujeres.
157. El **Valproato** no interfiere con los anticonceptivos orales.
158. La **Quetiapina** es un antipsicótico atípico con pocos efectos extrapiramidales.
159. **Parálisis supranuclear progresiva:** Parkinsonismo con limitación de la mirada hacia abajo y caídas precoces.
160. En la **Miastenia Gravis** el potencial de acción muscular compuesto inicial producido por estimulación eléctrica es normal o ligeramente reducido.
161. **Síndrome de Wallemberg o bulbar lateral:** pares bajos laterales (disfonía, disfagia, nistagmus), ataxia ipsilateral y afectación sensitiva cruzada: hipoestasia hemicara ipsilateral y termoalgésica contralateral en brazo y pierna.
162. El **tratamiento de elección en la trombosis venosa cerebral** es la anticoagulación con heparina sódica y posteriormente con anticoagulación oral.
163. **CIN 1:** control mediante co-test en 12 meses
164. **Norgestimato:** buen perfil lipídico y bajo riesgo tromboembólico
165. **Atrofia vaginal en postmenopáusica:** estrógenos locales
166. **Ante sangrado postmenopáusico:** ecografía y biopsia por aspiración de endometrio
167. **Esterilidad de origen desconocido en >35 años:** FIV
168. **Síndrome HELLP >34 semanas:** finalizar la gestación inmediatamente
169. **Toxoplasmosis:** el riesgo de transmisión vertical avanza con la gestación disminuyendo la probabilidad de afectación fetal
170. Ante **sangrado genital anómalo en mujer fértil** descartar gestación
171. **BRCA (HAD):** cáncer de ovario y mama hereditario
172. La **causa más frecuente de pérdida de visión en diabéticos** es el edema macular
173. Un **glaucoma agudo** secundario a la instilación de colirios es debido al bloqueo iridocorneal por fármacos midriáticos
174. **Pérdida de visión en hospitalizado con nutrición parenteral** hace sospechar una candidiasis
175. **CIA:** Soplo sistólico eyectivo pulmonar con desdoblamiento fijo del 2 tono.
176. La **intolerancia a proteínas de leche de vaca** asocia síntomas digestivos y alérgicos (cutáneo, respiratorio)
177. Las **anomalías erupción dentaria** son muy infrecuentes y en escasas ocasiones traducen causas orgánicas o nutricionales
178. Las **maniobras de RCP** deben incluir asegurar vía aérea, compresiones torácicas y adrenalina iv.
179. **Adrenarquia prematura:** pubertad precoz parcial por aumento de andrógenos suprarrenales: no afectan al inicio de la pubertad ni a la talla final.
180. La **enfermedad granulomatosa crónica** se inicia en edad precoz con abscesos y granulomas con linfocitos e Igs normales
181. La **causa más frecuente de litiasis urinaria en la infancia** son las anomalías congénitas, sobre todo el síndrome de la unión pieloureteral.
182. La **cirugía para corregir la hendidura labial** suele realizarse a los 3 meses de edad y la corrección de la hendidura palatina a los 12 meses de edad
183. Antes de iniciar **tratamiento con ácido valpróico** deben estar excluidas las metabolopatías
184. **Tratamiento TOC:** Farmacológico (ISRS) + Psicoterapia.
185. **T. BIPOLAR:** Gran carga genética. No hay consciencia de enfermedad. Pacientes impulsivos con mayor riesgo de abuso de tóxicos.
186. **Síntomas positivos de la Esquizofrenia:** Delirios, alucinaciones, lenguaje desorganizado, desorganización conductual.
187. La **amenorrea** ya NO es criterio imprescindible para realizar el diagnóstico de anorexia.
188. **Tratamiento depresión:** Farmacológico (antidepresivos; ISRS) + Psicoterapia +/- Antipsicóticos (si clínica psicótica o riesgo de suicidio) +/- TEC (si depresión delirante con riesgo de suicidio, fracaso farmacológico...).
189. **Delirium:** Fundamental la FLUCTUACIÓN del nivel de consciencia y de la atención.
190. **T. por estrés postraumático:** Re-experimentación, evitación, alteraciones negativas cognitivas y del estado del ánimo, síntomas persistentes de aumento de la activación o grado de alerta.
191. El **cultivo** es rentable **en brucelosis** en más del 75% de los casos, las pruebas serológicas suelen resultar más útiles.

192. La **artritis reumatoide NO** suele presentar uveítis anterior entre sus manifestaciones extraarticulares
193. Las **artritis de origen viral** se manifiestan con un patrón poliarticular, simétrico y agudo
194. La **calcificación del ligamento vertebral** común anterior es típica de la hiperostosis anquilosante vertebral
195. El diagnóstico de confirmación de las **artritis por cristales** consiste en la visualización de los cristales en el líquido de la sinovial de la articulación afectada.
196. **Enfermedad de Wegener**: vasculitis de pequeño calibre. C-ANCA positivos (anticuerpos anticito plasma de neutrófilo). Sinusitis, afectación pulmonar y renal. Se trata con ciclofosfamida y corticoides.
197. Existen **2 tipos de acidosis metabólicas**: con Anion GAP normal (hiperclorémicas) y con Anion GAP elevada (normo o hipoclorémicas).
198. **Tendinitis calcárea de supraespinoso**: dolor nocturno que empeora con movimientos
199. **Tratamiento de la necrosis avascular**: sin colapso/perforaciones, con colapso/artroplastia
200. El 90 % de las **lumbalgias** son inespecíficas. Inicialmente puede iniciarse el tratamiento sin realizar estudios complementarios
201. **Tratamiento de la osteonecrosis**: sin colapso/perforaciones, con colapso/artroplastia
202. **Tratamiento de metástasis óseas de fémur**. Si hay riesgo de fractura patológica: osteosíntesis preventiva
203. La **escala de riesgo anestésico** de la ASA NO considera la cirugía a la que va ser sometido el paciente
204. **Son predictores de vía aérea difícil**: Mallampati III-IV, apertura bucal < 3cm y distancia tiromentoniana < 6'5cm.
205. **Principios de la bioética**: beneficencia, no maleficencia, justicia, autonomía **(7MIR+)**.
206. **Prevención cuaternaria**: evitar el ensañamiento terapéutico.
207. Ante todo **dolor torácico de características anginosas** se debe realizar un ECG en menos 10 minutos
208. Las **quemaduras químicas por ácidos** no pueden neutralizarse con álcalis y viceversa
209. **Colgajo anterolateral de muslo**: de perforantes basado en arteria circunfleja femoral lateral
210. **Criterio STOPP**: Uso de antihistamínicos de primera generación por riesgo de sedación y efectos colinérgicos.
211. **Síndrome de fragilidad del anciano**: Pérdida de peso, debilidad, bajo nivel de actividad física y enlentecimiento de la marcha.
212. **Características diferenciales de la enfermedad en Geriátrica**: Presentan entidades patológicas específicas en relación a su edad.
213. En **cáncer de mama Luminal (RH+)** el tratamiento hormonal indicado en mujeres premenopáusicas es el tamoxifeno **(2MIR+)**.
214. **Síndrome de leucoencefalopatía posterior reversible**: toxicidad rara y específica de bevacizumab en la que se altera la sustancia blanca (TC/RM).
215. **AntiEGFR (cetuximab o panitumumab)**: en cáncer colorrectal avanzado sin mutaciones en KRAS, NRAS ni BRAF **(2MIR+)**.
216. **Al final de la vida**: escopolamina si secreciones respiratorias, sedantes si agonía e informar a los cuidadores **(3MIR+)**.
217. Ante una **paciente en situación paliativa estable** con un cuadro confusional agudo se debe buscar una causa tratable (exploración, analítica) evitando los sedantes y las restricciones físicas hasta confirmar que el síntoma es irreversible y refractario.
218. La **morfina** no está indicada en la sedación si en la disnea refractaria.
219. **Homeopatía**: El remedio correcto es aquél que produce síntomas similares a los que padece el paciente (principio de similitud).
220. **Derecho a la información**: Salvo excepciones legales, el titular de la información asistencial es el paciente **(6MIR+)**.
221. **Queso de Gruyere o queso suizo de Reason**: representa la seguridad de las prácticas sanitarias
222. La presencia de un **periodo libre de síntomas en una intoxicación** por seta no significa ausencia de intoxicación o buen pronóstico
223. **Test de WELLS**: nos permite ver la probabilidad clínica de una TVP
224. El **farmaco de elección ante toda parada cardíaca**: Adrenalina
225. En la **intoxicación por cianuro** su antídoto es hidroxocobalamina
226. En situaciones de **ayuno de corta duración**, la principal fuente de glucosa procede de la glucogenólisis hepática.
227. La **técnica diagnóstica** de elección en el **adenocarcinoma ductal de páncreas** es el TC multicorte con contraste.
228. **FEVI disminuida. IECAs + BB si persiste con síntomas**: Antialdosterónicos
229. **IRC**: las concentraciones reducidas de calcitriol contribuyen al hiperparatiroidismo secundario cuya lesión clásica en la osteitis fibrosa quística.
230. **Infección congénita por CMV**: anemia, TCP, hepatoesplenomegalia y calcificaciones cerebrales periventriculares.
231. **Placenta previa**: sangrado vaginal materno, buen estado fetal, estado materno dependiente de la hemorragia

232. **Agorafobia:** Ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede ser difícil o donde en el caso de aparecer una crisis de angustia o síntomas similares puede no disponer de ayuda.
233. **Exposición accidental al VHB en no vacunados:** gammaglobulina y vacunación completa.
234. El **tratamiento de elección de los brotes de EM** son los corticoides a dosis altas por vía intravenosa.
235. **Fiebre Q aguda** da un cuadro pseudogripal, sin exantema, y puede haber neumonía y hepatitis aguda.



Curso Intensivo MIR Asturias
C/Quintana 11A, 1º, oficinas 1 y 5, 33009 Oviedo,
Tlf: 985205232, E-mail: info@curso-mir.com

www.cursomir.com

Curso
INTENSIVO
MIR
ASTURIAS