

MIR 2021

Examen comentado





MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

PRUEBAS SELECTIVAS MIR 2021

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
3	3	1	4	1	3	2	3	2	2

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

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

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

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

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

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

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

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

181	182	183	184	185	186	187	188	189	190
3	4	1	3	2	2	2	3		3

201	202	203	204	205	206	207	208	209	210
4	1	3	3	2	3	2	4	1	2

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

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

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

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

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

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

131	132	133	134	135	136	137	138	139	140
3	1	2	4	1	3	4	1	3	2

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

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

191	192	193	194	195	196	197	198	199	200
4	2	1	2	1	1	1	3	3	1

SELLO DE LA MESA DE EXAMEN

DISTRIBUCIÓN DE ASIGNATURAS

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

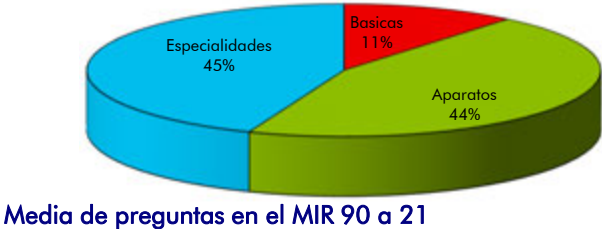
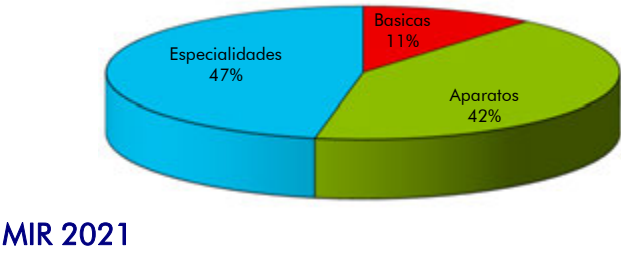


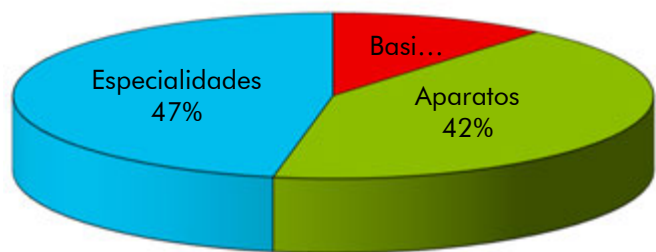
Figura 1. Distribución de preguntas por bloques de asignaturas en el examen MIR 2021

PREGUNTAS REPETIDAS POR ASIGNATURAS

ASIGNATURA	Número	Código de Pregunta	Código de Pregunta años anteriores
1. Medicina Preventiva	4	11820 (6 MIR) 11822 (5 MIR) 11823 (13 MIR) 11827 (23 MIR)	10661, 9947, 9475, 8474, 7953 10193, 8955, 8753, 8491 10469, 9723, 9483, 9255, 9008, 7715, 6697, 6156, 5624, 4595, 4096, 3140 11639, 11439, 11295, 11150, 10416, 9943, 9708, 9473, 9239, 9244, 9005, 9013, 8476, 8219, 7954, 7696, 7177, 7178, 6696, 6410, 3805, 3563
2. Digestivo y C. General	4	11918 (5 MIR) 11920 (2 MIR) 11924 (3 MIR) 11925 (2 MIR)	11431, 8035, 6216, 3306 370 7459, 4871 2945
3. Infecciosas y Microbiología	2	11954 (8 MIR) 11958 (3 MIR)	9024, 7899, 6682, 6192, 5662, 5027, 1683 4924, 2157
4. Cardiología y C. Cardíaca	6	11799 (3 MIR) 11801 (4 MIR) 11801 (6 MIR) 11802 (12 MIR) 11901 (9 MIR) 11902 (4 MIR)	10525, 9874 5989, 4687, 4168 8313, 5464, 4687, 3914, 3374 10762, 10478, 7267, 6763, 6254, 5202, 4430, 2920, 1876, 1436, 1081 11723, 11502, 9850, 9574, 6760, 5706, 4427, 4163 11504, 11180, 8831
5. Neumología y C. Torácica	6	11793 (6 MIR) 11793 (9 MIR) 11911 (6 MIR) 11913 (2 MIR) 11914 (9 MIR) 11987 (6 MIR)	10729, 4404, 3885, 3375, 2211 10122, 9354, 9069, 9117, 8846, 6502, 4404, 112 10136, 9814, 5894, 2609, 1696 9817 10491, 9536, 9537, 8581, 7802, 7543, 7278, 3394 11114, 7041, 6531, 6008, 5770
6. Neurología	8	11794 (3 MIR) 11879 (2 MIR) 11881 (6 MIR) 11882 (4 MIR) 11883 (3 MIR) 11886 (3 MIR) 11887 (2 MIR) 11983 (3 MIR)	10493, 3722 9840 11088, 8080, 5488, 5229, 2429 11330, 7822, 6982 8071, 1752 8083, 6530 4155 5996, 4959
7. Pediatría	10	11786 (4 MIR) 11858 (2 MIR) 11859 (5 MIR) 11860 (4 MIR) 11861 (3 MIR) 11862 (2 MIR) 11863 (8 MIR) 11867 (6 MIR) 11868 (6 MIR) 11869 (6 MIR)	10881, 2713, 2531 5087 6437, 6057, 5138, 1166 7232, 6897, 2619 9670, 5360 277 11453, 11477, 11227, 10752, 10513, 9545, 7292 10574, 8407, 7811, 6558, 3720 8204, 7687, 3174, 1717, 1271 8467, 7941, 3184, 305, 118
8. Nefrología	6	11928 (3 MIR) 11974 (3 MIR) 11929 (14 MIR) 11930 (11 MIR) 11931 (4 MIR)	11974, 11521 11928, 11521 11762, 11310, 10840, 10582, 10334, 8897, 8117, 7601, 6597, 6078, 3043, 1997, 1444 10936, 9881, 5295, 4734, 3734, 3857, 3121, 3044, 2644, 1999 6847, 3173, 1859
9. Endocrino y C. Endocrina	6	11947 (2 MIR) 11948 (7 MIR) 11949 (2 MIR) 11950 (5 MIR) 11951 (2 MIR) 11952 (2 MIR)	7572 10795, 10098, 9369, 7313, 6579, 2076 6589 10329, 7307, 5502, 3415 11488 2481
10. Ginecología y Obstetricia	3	11852 (13 MIR) 11853 (4 MIR) 11854 (2 MIR)	11340, 11035, 10628, 9912, 9673, 3775, 3581, 2151, 1649, 1650, 331, 89 9456, 9458, 6122 11660

ASIGNATURA	Número	Código de Pregunta	Código de Pregunta años anteriores
11. Reumatología	5	11800 (4 MIR) 11959 (9 MIR) 11960 (20 MIR) 11962 (11 MIR) 11963 (4 MIR)	10012, 8162, 7378 11767, 11566, 10312, 9600, 8388, 7869, 7609, 3411 11434, 11370, 8881, 8617, 8105, 7845, 7585, 6843, 6168, 5812, 5450, 5257, 5264, 4196, 3671, 3433, 2855, 1527, 1195 11043, 10871, 10319, 9170, 9054, 5516, 5255, 4997, 3293, 2965 9385, 9521, 7323
12. Dermatología	2	11784 (2 MIR) 11785 (8 MIR)	10966 8942, 7734, 6343, 4249, 3817, 3475, 926
13. Hematología	4	11805 (3 MIR) 11938 (5 MIR) 11939 (10 MIR) 11940 (2 MIR)	10561, 2542 10742, 9629, 8396, 3711 10949, 10803, 10579, 10313, 10105, 9758, 9164, 8132, 2708 8913
14. Psiquiatría	3	11872 (3 MIR) 11874 (8 MIR) 11875 (8 MIR)	7233, 4372 9934, 9440, 7133, 6362, 5331, 4099, 4101 8438, 6627, 4769, 4543, 4367, 3525, 3579
15. Traumatología	6	11889 (5 MIR) 11890 (5 MIR) 11893 (7 MIR) 11895 (2 MIR) 11898 (3 MIR) 11988 (7 MIR)	11116, 10251, 1989, 1396 11532, 8364, 7752, 2036 10353, 9147, 8109, 7327, 6544, 377 7068 11500, 5416 10979, 10716, 9991, 8800, 6720, 6461
16. Anatomía Patológica	1	11781 (2 MIR)	4040
17. Otorrinolaringología	2	11845 (6 MIR) 11846 (8 MIR)	11066, 10817, 10679, 8432, 3969 11288, 7911, 5325, 4796, 3017, 2463, 1561
18. Oftalmología	2	11790 (3 MIR) 11844 (8 MIR)	8690, 5832 10686, 10028, 10029, 9698, 9196, 7383, 5835
19. Farmacología	3	11829 (2 MIR) 11831 (3 MIR) 11832 (4 MIR)	11758 11678, 5335 4275, 3820, 251
20. Genética	2	11803 (3 MIR) 11857 (3 MIR)	9518, 8525 10049, 9518
21. C. Vascular	4	11908 (5 MIR) 11909 (4 MIR) 11984 (2 MIR) 11985 (4 MIR)	7274, 5714, 4438, 4110 11535, 4961, 990 5220 7285, 1695, 119
22. Inmunología	3	11812 (6 MIR) 11813 (2 MIR) 11815 (3 MIR)	11629, 10995, 10515, 9976, 712 11594 11628, 5730
23. Gestión Clínica	1	11828 (2 MIR)	11592
24. C. Maxilofacial	2	11797 (5 MIR) 11839 (4 MIR)	10815, 9434, 8691, 1576 11138, 10676, 9696
25. Urgencias	3	11817 (6 MIR) 11978 (2 MIR) 11980 (2 MIR)	10179, 9927, 4277, 4050, 3116 4753 9103
26. Bioquímica	1	11806 (2 MIR)	4284
27. Fisiología	2	11808 (4 MIR) 11810 (2 MIR)	9511, 8005, 5644 5451

Total de preguntas repetidas: 99

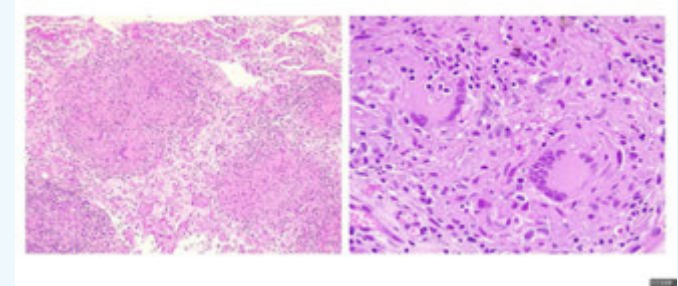


MIR 2021

Figura 2. Distribución de preguntas repetidas por asignaturas en el examen MIR 2021

PREGUNTAS COMENTADAS

Pregunta (11780): (1) Pregunta asociada a la imagen 1. Varón de 65 años, sin antecedentes de interés, que consulta por tos, dolor torácico, fiebre, sudoración nocturna y disnea. En la radiografía de tórax se observa un derrame pleural unilateral izquierdo, por lo que se realiza una TC torácica que confirma el derrame pleural y donde además se observa un engrosamiento pleural y micronódulos subpleurales en el lóbulo superior izquierdo. Ante este hallazgo se decide realizar una toracoscopia con biopsia pleural, cuya histología se muestra en la figura. ¿Cuál es el diagnóstico anatomopatológico de la lesión pleural?:



- 1. Infiltración por adenocarcinoma.
- 1. Inflamación aguda con abscesificación.
- 2. Inflamación granulomatosa.
- 3. Mesotelioma.

300700 ANATOMÍA PATOLÓGICA Fácil 68% 22209 Solución: 3

El contexto clínico ayuda poco ya que es muy inespecífico, sin embargo la imagen es definitiva y diagnóstica. Se observa en la izquierda una serie de **granulomas no confluentes y no caseificantes y por lo tanto de tipo sarcoides, que en la imagen de la derecha están formados por células epitelioides y un par de células gigantes multinucleadas** (respuesta 3 correcta).

En las imágenes no se observa, de forma evidente la presencia de leucocitos polimorfonucleares neutrófilos, que nos haga sospechar un **absceso** (respuesta 2 incorrecta).

Tampoco observamos signos de infiltración por glándulas atípicas que sugieran un proceso tumoral **adenocarcinomatoso** (respuesta 1 incorrecta).

La imagen de la izquierda parece indicar que nos encontramos en el parénquima pulmonar por lo que el **mesotelioma** es poco probable, la clínica del paciente con derrames pleurales -que no indican que sean de repetición- tampoco orientan en este sentido y los micronódulos subpleurales o el engrosamiento pleural no cuadran con la imagen microscópica si se tratase de un mesotelioma (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta (11781): (2) Pregunta asociada a la imagen 2. Varón de 20 años, de constitución longilínea, que presenta desde hace unos 15 meses disnea de grandes esfuerzos que progresa a pequeños esfuerzos, con palpitaciones y dolor precordial. Fallece de forma súbita subiendo escaleras. En la necropsia se encuentra un vaso con la imagen de la figura. De las siguientes ¿cuál es la enfermedad más probable?:



- 1. Embolia pulmonar.
- 2. Traumatismo torácico con afectación de la aorta y el corazón.
- 3. Necrosis quística de la media y síndrome de Marfan.
- 4. Síndrome dislipémico familiar con grave aterosclerosis.

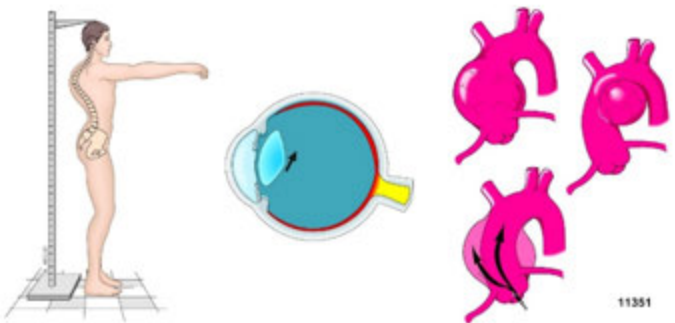
300701 ANATOMÍA PATOLÓGICA Fácil 96% 22211 Solución: 3

Esta es una pregunta muy interesante ya que al contrario que la pregunta precedente, no se contesta con la imagen, que ayuda relativamente poco, si no con el enunciado. Los puntos claves del enunciado son: chico joven, **longilíneo**, y con una afectación cardíaca de curso rápido que le lleva a la muerte. Este perfil humano debe de hacerte sospechar inmediatamente que se trata de una alteración -genética- (por la edad del paciente), de una proteína estructural, en este caso de la -fibrilina-, y por tanto en el **síndrome de Marfan** (respuesta 3 correcta).

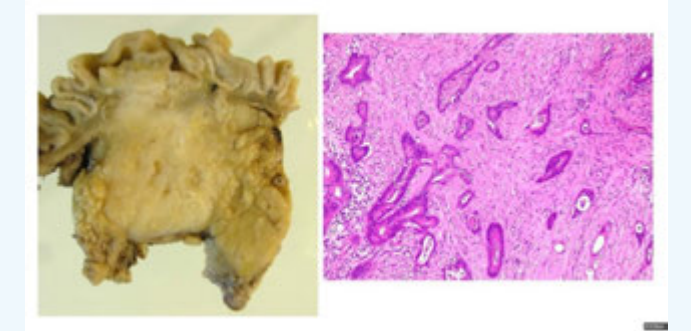
La **embolia pulmonar** parece poco probable por la edad y por la imagen ya que si fuese una embolia de pulmón se debería de haber puesto una imagen macroscópica, cosa que no se ha hecho, de una lesión trombótica (respuesta 1 incorrecta).

Dado que en los antecedentes no figura el **traumatismo** parece poco probable que esa sea la causa de la muerte (respuesta 2 incorrecta).

Sobre el posible **síndrome dislipémico**, no nos aportan en la imagen plazas de ateroma (respuesta 4 incorrecta).



Pregunta (11782): (3) Pregunta asociada a la imagen 3. Mujer de 81 años que consulta por ictericia, dolor epigástrico, astenia y anorexia. La TC abdominal muestra en la cabeza del páncreas una lesión sólida, mal delimitada, de 24 x 24 mm, que contacta focalmente con la vena mesentérica superior y comporta dilatación de la vía biliar. No se observa un claro contacto con otras estructuras vasculares principales. Con la sospecha de proceso neoplasia se indica la intervención quirúrgica. Se muestra una imagen macroscópica y una microscópica de la lesión pancreática. El estudio inmunohistoquímico realizado en la pieza de resección muestra positividad para citoqueratina 7 y negatividad para sinaptofisina, tripsina, CK20 y CDX2. ¿Cuál es el diagnóstico anatomopatológico de la lesión pancreática?:

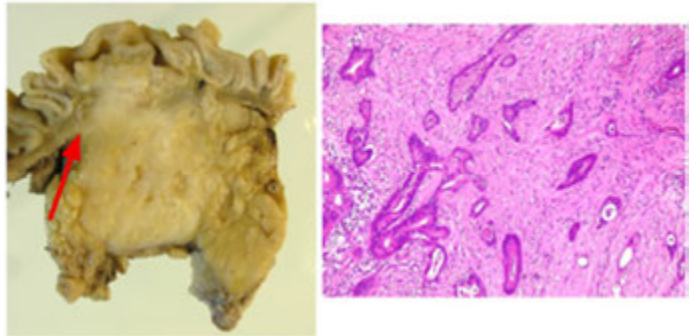


- 1. Adenocarcinoma ductal.
- 2. Cistadenoma seroso.
- 3. Neoplasia mucinosa quística.
- 4. Pancreatitis autoinmune asociada a enfermedad por IgG4.

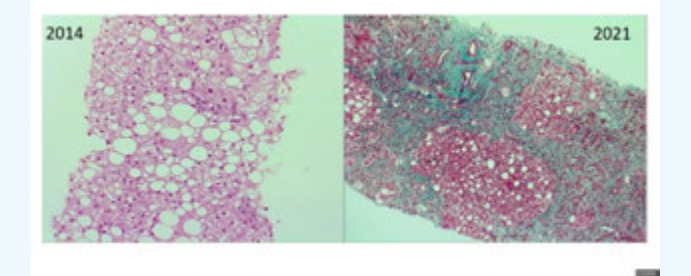
300702 ANATOMÍA PATOLÓGICA Normal 61% 22204

Solución: 1

Conceptos clave del enunciado: **edad (mayor)**, **ictericia (suponemos que de reciente aparición)** y **lesión en cabeza de páncreas** debe hacernos pensar en **adenocarcinoma de páncreas** (respuesta 1 correcta). Centrándonos en la imagen, la imagen de la izquierda -macroscópica- nos muestra una tumoración agresiva/maligna/infiltrante que se está “comiendo” la pared intestinal adyacente, de fuera a dentro. Luego pasamos a la imagen de la derecha, en la que observamos glándulas irregulares malformadas en medio de un estroma -colagénico-, es decir, con reacción -desmoplásica-. Con estos datos la primera opción a considerar es un **carcinoma de páncreas**, si bien el examinador optó por incrementar la dificultad poniendo lo mismo pero de la forma más retorcida posible, o sea, -adenocarcinoma ductal- (respuesta 1 correcta). Dada la presencia de componente agresivo-infiltrativo parece poco probable la presencia de una **lesión benigna** (respuesta 2 incorrecta). Una **neoplasia mucinosa quística** es algo más difícil de descartar, pero en su contra está la edad del caso ya que las neoplasias mucinosas quísticas se dan en mujeres jóvenes, y además la imagen micro tiene poco de quístico (respuesta 3 incorrecta). La **pancreatitis autoinmune** se descarta por el carácter infiltrativo de la imagen macro, por la ausencia de una analítica que nos hable de presencia de una banda IgG4 manifiesta y la imagen micro no presenta un componente inflamatorio destacable (respuesta 4 incorrecta).



Pregunta (11783): (4) Pregunta asociada a la imagen 4. Se realizó una biopsia hepática en una paciente de 37 años con obesidad y alteración de las transaminasas (figura 2014) que demostró una intensa esteatosis que afectaba al 70% de los hepatocitos. A los 7 años, tras ser diagnosticada de esclerosis múltiple y ganar peso, se repitió la biopsia (figura 2021). ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor la evolución?:

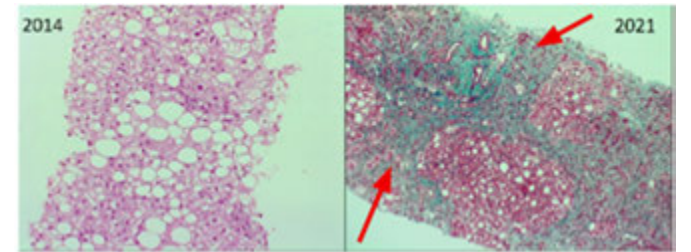


- 1. La esteatosis es menos intensa en la segunda biopsia, lo que es signo de buen pronóstico.
- 2. En la segunda biopsia no hay datos de inflamación ni degeneración balonizante, lo que es signo de buen pronóstico.
- 3. La segunda biopsia muestra una situación estable.
- 4. La presencia de fibrosis en puentes demuestra la progresión de la enfermedad.

300703 ANATOMÍA PATOLÓGICA Fácil 96% 22205

Solución: 4

Esta es una pregunta interesante ya que plantea un formato nuevo dentro de las preguntas de anatomía patológica, y es el de la evolución. El caso clínico, en el que nos dicen que el **paciente tiene esteatosis y con el tiempo, aumenta aún más su peso**, ya nos debe sugerir que el cuadro hepático debería estar progresando. Pero centrándonos sólo en la imagen el primer dato a tener en cuenta, son las fechas. Nos habla de evolución en el tiempo. En la **imagen de la izquierda se observan, claramente, HUECOS, es decir, ESTEATOSIS**, que prácticamente desaparecen en la imagen de la derecha, y aunque intrínsecamente es un signo de buen pronóstico no es el único que debemos de tener en cuenta. La imagen de la **derecha es sumamente significativa ya que se observa claramente la presencia de amplias bandas de fibrosis que dan lugar a nodularidad en el parénquima hepático**, y esto tiene un nombre: **CIRROSIS HEPÁTICA** (respuesta 4 correcta). Dado lo anterior, **se descarta la presencl de datos de buen pronóstico** en la biopsia (respuestas 1 y 2 incorrectas) o **estabilidad** (respuesta 3 incorrecta).



Pregunta (11784): (5) Pregunta asociada a la imagen 5. Mujer de 90 años de edad que presenta desde hace un mes y medio la lesión de la imagen. La lesión ha crecido rápidamente, sangra con facilidad y le ocasiona ligero dolor. De entre las siguientes opciones ¿cuál es la más probable?:



- 1. Carcinoma de células escamosas cutáneo invasivo.
- 2. Carcinoma basocelular esclerodermiforme.
- 3. Sarcoma de Kaposi.
- 4. Lupus vulgar.

300704 DERMATOLOGÍA Normal 60% 22221

Solución: 1

El queratoacantoma es un **carcinoma epidermoide o carcinoma de células escamosas cutáneo invasivo** (respuesta 1 correcta) de bajo grado de malignidad. Es un cáncer de la piel muy frecuente que, tal y como en la imagen, afecta sobre todo a **zonas fotoexpuestas pilosas de ancianos ("90 años")**, como por ejemplo la cara y el cuero cabelludo). Son lesiones de rápido crecimiento se hacen muy grandes en pocas semanas ("mes y medio", "la lesión ha ido creciendo rápidamente"). Clínicamente, tal y como vemos en la imagen, es una pápula redondeada cupuliforme eritematosa con un cráter córneo en superficie, no adherida a planos profundos. Como todos los epitelomas espinocelulares, frecuentemente están ulcerados y sangran. Pueden provocar dolor cuando afectan a planos profundos (puede ser un signo de invasión perineural). Los **carcinomas basocelulares esclerodermiformes** son placas plana o ligeramente deprimidas, induradas, blanquecinas y de bordes mal delimitados y con lento crecimiento (respuesta 2 incorrecta).

El **sarcoma de Kaposi** es un tumor vascular que se manifiesta en forma de tumoraciones rojas o purpúreas, típicamente en miembros inferiores (respuesta 3 incorrecta).

El **lupus vulgar** es la forma más frecuente de tuberculosis cutánea y se manifiesta en forma de lesiones nodulares de color pardo rojizo, sobre todo en la cara, con aspecto amarillento en "jalea de manzana" a la vitropresión (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta (11785): (6) Pregunta asociada a la imagen 6. Mujer de 70 años que consulta por lesiones cutáneas de 1 año de evolución, sin otra sintomatología asociada. Niega antecedentes personales de interés. En la exploración presenta 20 placas eritematosas finamente descamativas y discretamente atróficas, de tamaños de 4 a 10 cm en glúteos, ambas axilas y mamas, sin otros hallazgos. La anatomía patológica muestra un infiltrado en dermis superficial de linfocitos atípicos en banda, con marcado epidermotropismo y formación de microabscesos intraepidérmicos. La analítica sanguínea completa fue normal. De los siguientes ¿cuál es el diagnóstico más probable?:



- 1. Linfoma de Hodgkin cutáneo.
- 2. Síndrome de Sézary.
- 3. Linfoma no Hodgkin cutáneo tipo T.
- 4. Psoriasis pustulosa.

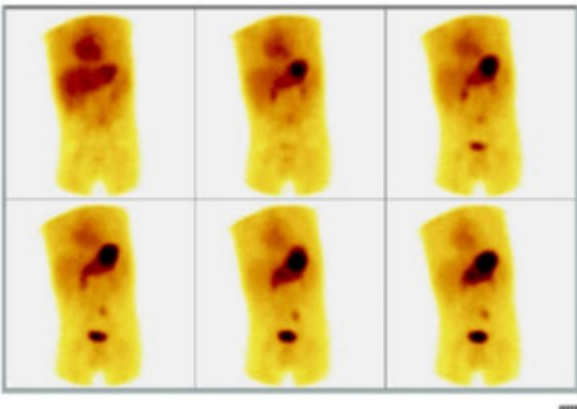
300705 DERMATOLOGÍA Normal 52% 22223

Solución: 3

La **micosis fungoide** es un linfoma no Hodgkin de células T (respuesta 3 correcta) (respuesta 1 incorrecta). Su histología es diagnóstica en la fase infiltrativa, que es cuando **aparecen placas eritematosas infiltradas como las que nos enseñan en la imagen**. En la biopsia encontramos las **células de Sézary**, que son linfocitos atípicos, con epidermotropismo y núcleos cerebriformes, que pueden formar **acúmulos intraepidérmicos**, que son los microabscesos de Pautrier. El **síndrome de Sézary** es la fase leucémica de este linfoma no Hodgkin y se caracteriza por la triada de eritrodermia (de rápida instauración, infiltrada al tacto) + **linfadenopatías** + **células de Sézary circulantes en sangre periférica**, con alteración analítica (al menos un 10% de los linfocitos totales o al menos 1000/mm³) (respuesta 2 incorrecta).

Las fases iniciales plantean un diagnóstico diferencial con la **psoriasis** (placas eritematosas descamativas), pero con un debut más tardío (70 años) y una histología y evolución no concordante (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta (11786): (7) Pregunta asociada a la imagen 7. Niño de 23 meses de edad que ingresa por rectorragias de repetición y anemia (hemoglobina 10,0 g/dl, hematocrito 27,9 %. Se realiza estudio ecográfico abdominal sin hallazgos. Se muestra en la imagen la gammagrafía con pertechnetato-99mTc. De los siguientes, el diagnóstico más probable es:



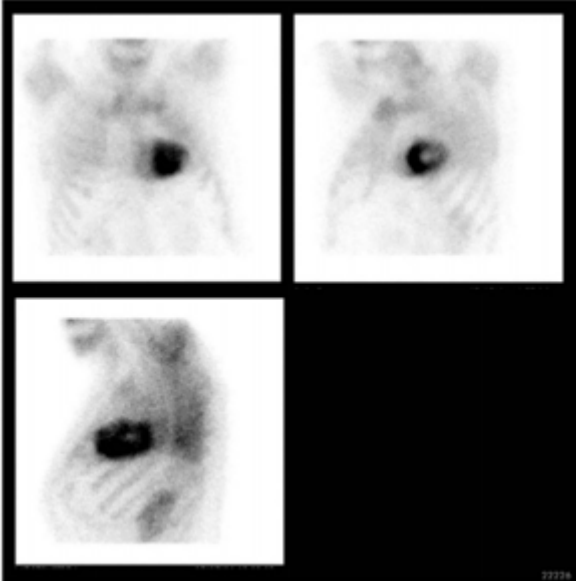
- 1. Punto de sangrado de origen gástrico.
- 2. Divertículo de Meckel revestido de mucosa gástrica ectópica.
- 3. Punto de sangrado de origen genitourinario.
- 4. Gammagrafía normal.

300706 PEDIATRÍA Fácil 71% 22224

Solución: 2

El caso presentado es el típico cuadro de Divertículo de Meckel (respuesta 2 correcta): los síntomas son mayoritariamente en los 2 primeros años de vida. Típicamente se describe sangre en heces, que puede conllevar anemia significativa. En este caso se acompaña de prueba de imagen diagnóstico de Gammagrafía con Tc99: las células secretoras de moco de la mucosa gástrica ectópica captan el pertecnato y permiten su visualización. Es por ello que además se aprecia hipercaptación en estomago (respuesta 1 incorrecta) y en vejiga por eliminación urinaria (respuesta 3 incorrecta). En la imagen se aprecia hipercaptación a nivel abdominal compatible con divertículo de Meckel (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta (11787): (8) Pregunta asociada a la imagen 8. Varón de 86 años con antecedentes de adenocarcinoma de próstata tratado con braquiterapia e HTA bien controlada que acude a urgencias por la aparición de edemas en MMII en las dos últimas semanas y disnea progresiva hasta hacerse de reposo. Se realiza ecocardiograma transtorácico observando una hipertrofia leve concéntrica del VI con función sistólica conservada. Se muestra la gammagrafía con pirofosfatos-99mTc. ¿Cuál de los siguientes es el diagnóstico más probable?:



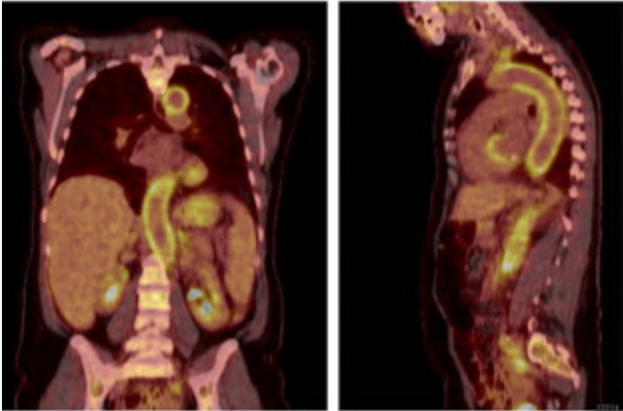
- 1. Infarto agudo de miocardio.
- 2. Gammagrafía cardíaca normal.
- 3. Amiloidosis cardíaca mediada por transtiretina.
- 4. Derrame pericárdico.

300707 CARDIOLOGÍA Fácil 73% 22226

Solución: 3

Se trata de un paciente con clínica de insuficiencia cardíaca que presenta en ecocardiograma función conservada e hipertrofia ventricular. Le realizan una gammagrafía en la que se ve captación de 99mTc en la silueta cardíaca, lo cual es diagnóstico de amiloidosis senil o por trastirretina (respuesta 3 correcta). El infarto agudo de miocardio es un cuadro agudo que presenta clínica de dolor torácico, en ecocardiograma no presenta función conservada sino aquinesia en la región ventricular infartada (respuesta 1 incorrecta). La gammagrafía que presentan se observa una clara captación en la silueta cardíaca por lo que no es normal (respuesta 2 incorrecta). El derrame pericárdico se habría diagnosticado por ecocardiograma, no por gammagrafía (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta (11788): (9) Pregunta asociada a la imagen 9. Mujer de 85 años, en tratamiento con rosuvastatina por dislipemia, que en las últimas 4 semanas presenta fiebre diaria (38-38,5°C), bien tolerada, sin escalofríos y sin sudoración nocturna, y pérdida de 3 kg de peso. En la exploración física destaca engrosamiento de la arteria temporal izquierda. Análisis: PCR 12 mg/dl, hemoglobina 9,5 g/dl. Radiografía de tórax normal. El resultado de la PET/TC se muestra en la figura. En este contexto ¿cuál es la respuesta correcta?:



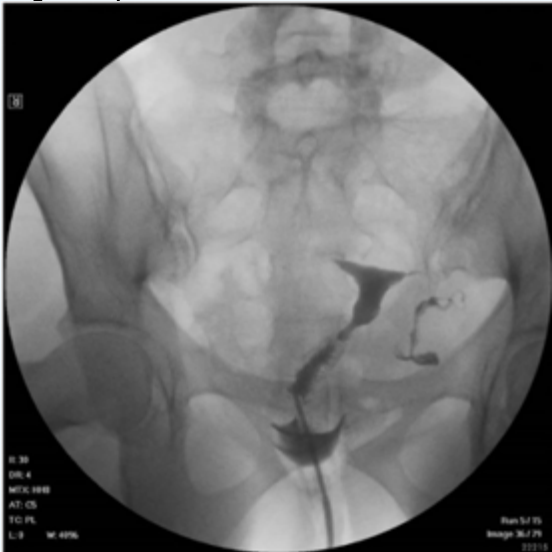
- 1. La fiebre o febrícula es un síntoma presente en menos del 10 % de los pacientes.
- 2. Cuando se diagnostica la enfermedad, los hallazgos radiológicos (como los observados en esta PET/TC) están presentes en un 50-70 % de los pacientes.
- 3. Atendiendo a los hallazgos de la PET/TC en esta paciente tiene indicación de tratamiento inmediato con glucocorticoides (20 mg/día) y tocilizumab.
- 4. La PET/TC es la técnica más específica para establecer el diagnóstico.

300708 REUMATOLOGÍA Difícil 30% 22214

Solución: 2

La presencia de fiebre de origen desconocido, el síndrome constitucional, la exploración patológica de la arteria temporal, la elevación de parámetros inflamatorios, la anemia y la captación patológica de la arteria aorta de forma completa nos sugiera la presencia de una arteritis de células gigantes. La fiebre o febrícula es un síntoma presente en al menos el 50% de los pacientes (respuesta 1 incorrecta). Cuando se diagnostica la enfermedad, los hallazgos radiológicos (como los observados en esta PET/TC) están presentes en un 50-70% de pacientes (respuesta 2 correcta). Atendiendo a los hallazgos, la indicación de tratamiento debe ser inmediata con la administración de 60-70mg/día de glucocorticoides (respuesta 3 incorrecta). La biopsia es la técnica más específica para establecer el diagnóstico (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta (11789): (10) Pregunta asociada a la imagen 10. Mujer de 30 años sin cirugías previas en estudio de esterilidad primaria de 18 meses de evolución. No existen hallazgos patológicos en su pareja masculina. La ecografía ginecológica es normal. La histerosalpingografía se muestra en la imagen. Con estos datos ¿cuál sería el siguiente procedimiento a realizar?:



- 1. Fecundación in vitro.
- 2. Inseminación artificial.
- 3. Salpinguectomía bilateral laparoscópica.
- 4. Cromopertubación laparoscópica.

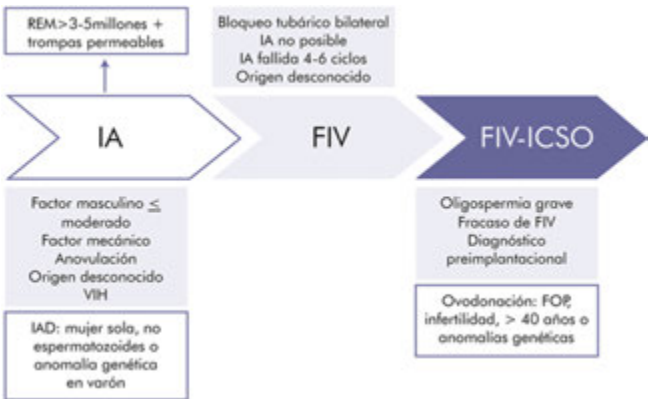
300709 GINECOLOGÍA Normal 41% 22215

Solución: 2

En la imagen se observa una histerosalpingografía: la cavidad uterina se rellena adecuadamente y el contraste no rellena en absoluto la trompa derecha de la paciente (trompa obstruida) pero sí la trompa izquierda (vemos un hilo de contraste continuado hasta que se abre en abanico, al abandonar la trompa y caer a cavidad abdominal). Se trata por tanto de un **bloqueo tubárico unilateral**.

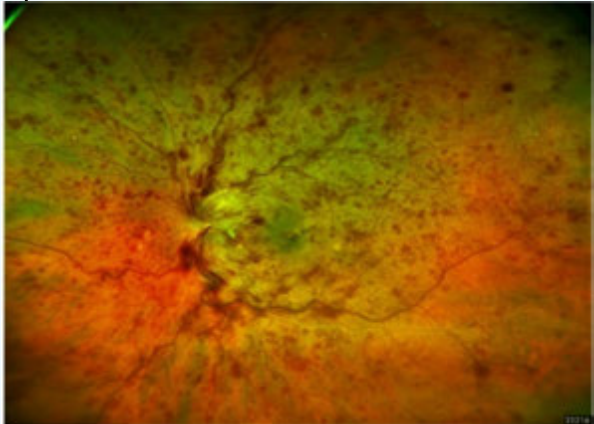
Ante espermiograma normal y al menos una trompa permeable estaría indicada una **inseminación artificial** (respuesta 2 correcta). En paciente con bloqueo tubárico bilateral o espermiograma muy anómalo (REM < 3 millones) estaría indicada una **FIV** (respuesta 1 incorrecta).

La **salpingectomía** se hace en caso de hidrosálpinx antes de someter a la paciente a FIV (respuesta 3 incorrecta). No está indicado realizar una laparoscopia con fines diagnósticos (**cromopertubación**) (respuesta 4 incorrecta).



Indicaciones de técnicas de reproducción asistida

Pregunta (11790): (11) Pregunta asociada a la imagen 11. Varón de 52 años, obeso, que acude a urgencias por pérdida de visión brusca en el ojo derecho. En la exploración del fondo de ojo encontramos la imagen representada. El resto de la exploración se encuentra dentro de la normalidad. ¿Cuál de las siguientes patologías presenta?:



- 1. Retinopatía hipertensiva aguda con estrella macular.
- 2. Retinopatía diabética proliferativa con afectación de cuatro cuadrantes.
- 3. Retinitis por citomegalovirus.
- 4. Trombosis de vena central de la retina.

300710 OFTALMOLOGÍA Normal 59% 22216

Solución: 4

Las venas onduladas y dilatadas y las hemorragias diseminadas por todo el fondo nos orientan a **trombosis de la vena central de la retina**, compatible con el caso clínico que nos exponen, paciente de 52 años con pérdida brusca de visión y como único factor de riesgo nos indican la obesidad (respuesta 4 correcta).

Respecto a la retinopatía hipertensiva no se aprecia una imagen de estrella macular ni nos refieren que sea paciente hipertenso (respuesta 1 incorrecta).

Respecto a la retinopatía diabética no se aprecian neovasos, y en esta retinopatía no se aprecia esa imagen descrita de las venas (respuesta 2 incorrecta).

Tampoco aparece la imagen típica de necrosis y hemorragias del CMV, ni es paciente VIH, ni tampoco habría una disminución brusca de visión (respuesta 3 incorrecta).

Pregunta (11791): (12) Pregunta asociada a la imagen 12. Varón de 62 años que consulta por una masa laterocervical derecha de crecimiento progresivo que se acompaña de odinofagia. Fumador de 1 paquete de cigarrillos al día desde hace 30 años. Las exploraciones de cavidad oral, orofaringoscópica, rinoscópica y otoscópica son normales. En la palpación cervical se identifica una adenopatía a nivel III de 4 cm, dura y adherida a planos profundos. ¿Cuál es el diagnóstico clínico más probable según la imagen de laringoscopia?:

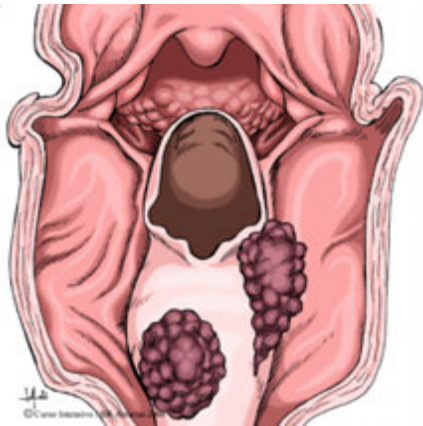


- 1. Carcinoma transglótico derecho con adenopatía metastásica.
- 2. Carcinoma de seno piriforme derecho con adenopatía metastásica.
- 3. Carcinoma de supraglotis derecha con adenopatía metastásica.
- 4. Carcinoma de amígdala palatina derecha con adenopatía metastásica.

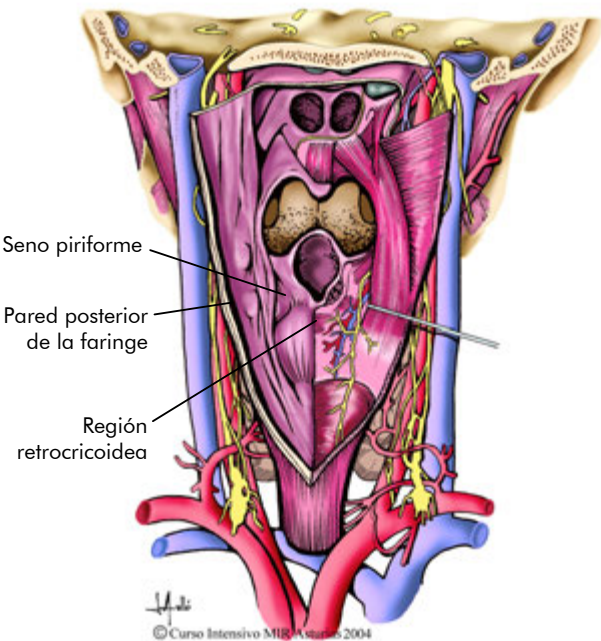
300711 OTORRINOLARINGOLOGÍA Normal 45% 22218

Solución: 2

La aparición de una *adenopatía cervical* de 4 cm, dura y adherida a planos profundos, en un paciente fumador y bebedor mayor, nos debe hacer pensar en una adenopatía metastásica de un carcinoma epidermoide de vías aero-digestivas superiores. Las 4 opciones de respuesta describen esta situación, por lo que ello no nos permite descartar ninguna de las opciones como incorrecta. La imagen muestra una laringoscopia directa en la que la parte izquierda de la imagen corresponde a la derecha del paciente. El tumor está localizado en la cara lateral del seno piriforme derecho y el examinador lo señala con una flecha (respuesta 2 correcta). El tipo histológico más frecuente es el carcinoma epidermoide. La clasificación TNM distingue tres regiones: seno piriforme, pared posterior de la faringe y región posterior del cricoides. La localización más frecuente en España es el seno piriforme. El síntoma de presentación más frecuente es la *adenopatía cervical metastásica* (50-75%). Las metástasis se suelen localizar en la cadena yugular interna. También cursan con disfagia, odinofagia, otalgia refleja, halitosis y esputo hemoptoico. La amígdala palatina no es visible en la imagen (respuesta 4 incorrecta). Además, nos indican en el enunciado que la exploración orofaringoscópica es normal. La flecha en la imagen señala una estructura en la hipofaringe, no en la laringe, el tumor no está en la supraglotis (respuesta 4 incorrecta). Un tumor transglótico afecta la cuerda, el ventrículo laríngeo y la banda de ese mismo lado provocando una parálisis de la cuerda vocal y por tanto disfonía ("transglótico" no se refiere a la afectación de las dos cuerdas, sino a la extensión del tumor en el plano laríngeo vertical) (respuesta 1 incorrecta).



Cánceres de hipofaringe



Visión posterior de la faringe

Pregunta (11792): (13) Pregunta asociada a la imagen 13. Mujer de 64 años que consulta por dolor centrotorácico de 24 horas de evolución sin otras manifestaciones clínicas. En la radiografía de tórax ¿qué hallazgo se encuentra?:



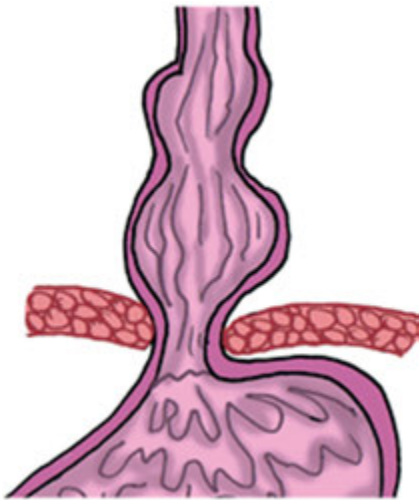
1. Aneurisma aórtico.
2. Pericarditis aguda.
3. Neumonía.
4. Hernia hiatal.

300712 DIGESTIVO Fácil 79% 22217

Solución: 4

La imagen nos muestra una radiografía de tórax donde se ve la típica imagen en burbuja a nivel del mediastino compatible con una **hernia de hiato** esofágica (respuesta 4 correcta, resto incorrectas).

En este caso, el cuadro clínico puede no tener nada que ver con la imagen mostrada o quizás sí, ya que la hernia de hiato es habitualmente asintomática, y de producir síntomas, éstos se deben a que haya un reflujo asociado (que podría provocar el dolor torácico).



Hernia de hiato tipo I

Pregunta (11793): (14) Pregunta asociada a la imagen 14. Varón de 74 años que consulta por dolor en hemitórax derecho de características pleuríticas de 1 semana de evolución, disnea de moderados esfuerzos, tos productiva y febrícula, sin síndrome general. En la analítica destaca PCR 92,9 mg/L y dímero D 1.630 ng/ml (normal <500). Se muestra la radiografía de tórax pósterio-anterior. ¿Cuál es el diagnóstico de sospecha y la actitud a seguir?:



1. Solicitar angioTC de arterias pulmonares por sospecha de tromboembolismo pulmonar.
2. Iniciar tratamiento antibiótico por sospecha de neumonía sin signos de complicación y control radiológico en 4-6 semanas.
3. Derivarle a consulta especializada por sospecha radiológica de carcinoma de pulmón.
4. Solicitar radiografía en decúbito lateral derecho por sospecha de derrame pleural encapsulado previo a toracocentesis.

300713 NEUMOLOGÍA Normal 56% 22219

Solución: 1

La disnea con valores elevados de dímero D nos orienta hacia el diagnóstico de **tromboembolismo pulmonar**.

La radiografía muestra una imagen triangular con base en la pleura en el pulmón derecho (denominada "**Joroba de Hampton**"). Además, se aprecia un pinzamiento del seno costofrénico ipsilateral (lo cual sugiere la presencia de un derrame pleural a dicho nivel). Estos datos, junto con la febrícula y el dolor torácico de características pleuríticas, son compatibles con un **infarto pulmonar** (cuya aparición es muy frecuente en las preguntas MIR de tromboembolismo pulmonar).

Ante una sospecha de tromboembolismo pulmonar se debe iniciar la anticoagulación y solicitar una prueba de imagen para realizar el diagnóstico: Angio-TC de arterias pulmonares, salvo insuficiencia renal o alergia al contraste, en cuyo caso se realizará una gammagrafía de ventilación-perfusión (*respuesta 1 correcta*).

La **neumonía** suele tener una localización lobar, diferente a la imagen del infarto pulmonar, CON síndrome general asociado y no siempre se acompaña de elevación del dímero D (*respuesta 2 incorrecta*).

El **carcinoma de pulmón** no justificaría la febrícula, suele llevar asociado el síndrome constitucional y no tiene por qué elevar el dímero-D (*respuesta 3 incorrecta*). Además, en esta pregunta hay una técnica de test: "**Derivar a...**" Esta opción nunca será correcta, puesto que el examinador estaría asumiendo que él no sabe tratar la patología (y queda un poco feo preguntar por algo que no sabe hacer).

La **radiografía en decúbito lateral** permite ver pequeños derrames pleurales "libres". No sirve para los derrames encapsulados (*respuesta 4 incorrecta*).

Pregunta (11794): (15) Pregunta asociada a la imagen 15. En un paciente anticoagulado y antiagregado que presenta lenguaje incoherente sin otras manifestaciones clínicas asociadas, con una imagen en la TC craneal como la que se muestra, ¿cuál es el diagnóstico más probable?:



1. Hemorragia subaracnoidea.
2. Hematoma intraparenquimatoso.
3. Hematoma epidural.
4. Hematoma subdural.

300714 NEUROLOGÍA Fácil 89% 22212

Solución: 4

Se trata de un TC de cráneo sin contraste. Se observa una colección hiperdensa extraxial (fuera del cerebro, dentro del cráneo) con forma de semiluna que se extiende desde la zona frontal hasta parietoccipital, cruzando suturas (no las ves porque no es ventana de hueso, pero con lo extenso que es cruza la fronto-parietal seguro) pero sin cruzar la línea media porque está limitado por la hoz del cerebro (fíjate en la parte posterior como está engrosada y más densa).

Estos son los hallazgos típicos de un **hematoma subdural agudo** (*respuesta 4 correcta*).

Una **hemorragia subaracnoidea** la buscaríamos en los surcos cerebrales y las cisternas de la base (*respuesta 1 incorrecta*).

Un **hematoma intraparenquimatoso** estaría dentro del parénquima, no fuera (*respuesta 2 incorrecta*).

El **hematoma epidural** tiene forma de disco biconvexo, podría cruzar el tentorio o la hoz del cerebro pero no podría cruzar suturas (salvo que la fractura afecte a la sutura) (*respuesta 3 incorrecta*).

Pregunta (11795): (16) Pregunta asociada a la imagen 16. Varón de 47 años sin antecedentes de interés que acude a urgencias por fiebre de hasta 39°C con escalofríos y sudoración, de una semana de evolución, acompañada de dolor epigástrico y malestar general. Se realiza TC abdominopélvica con contraste endovenoso que se muestra en la imagen. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos es más probable?:



- 1. Absceso hepático.
- 2. Hemangioma hepático.
- 3. Hepatocarcinoma.
- 4. Hiperplasia nodular focal con necrosis en su interior.

300715 DIGESTIVO Fácil 94% 22213

Solución: 1

El cuadro clínico nos indica un claro proceso infeccioso acompañado de dolor abdominal, que junto con la lesión ocupante de espacio que vemos en el lóbulo hepático derecho en el TC, nos describen probablemente que se trate de un **absceso hepático** (respuesta 1 correcta). Un absceso suele presentarse con dolor, fiebre en picos, leucocitosis y una masa ocupante de espacio, en este caso, en el hígado.

Los **hemangiomas** suelen ser asintomáticos, y de producir síntomas, podría ser una hemorragia por sangrado del mismo (respuesta 2 incorrecta).

El **hepatocarcinoma** no suele producir un cuadro febril de una semana de evolución, y habitualmente asienta sobre hígados cirróticos, con posibles síntomas de insuficiencia hepática (respuesta 3 incorrecta).

La **hiperplasia nodular focal** es una entidad benigna que suele cursar son síntomas de hipertensión portal (respuesta 4 incorrecta).



El hígado es el órgano donde asientan los abscesos con mayor frecuencia

Pregunta (11796): (17) Pregunta asociada a la imagen 17. Varón de 74 años sin antecedentes de interés que consulta por presentar desde hace 15 días sensación continua de distensión abdominal e intolerancia oral con vómitos ocasionales de contenido maloliente. En la analítica únicamente destaca glucemia 110 mg/dl, PCR 6,3 mg/L (normal 0-5) y 13.140 leucocitos/microl. Se realiza TC abdominal con contraste intravenoso, que se muestra. Considerando los datos clínicos y la prueba de imagen ¿qué diagnóstico es más probable?:



- 1. Obstrucción gástrica por neoplasia antro-pilórica.
- 2. Gastritis enfisematosa.
- 3. Gastroparesia diabética.
- 4. Úlcera péptica con signos de perforación contenida.

300716 DIGESTIVO Normal 59 22225

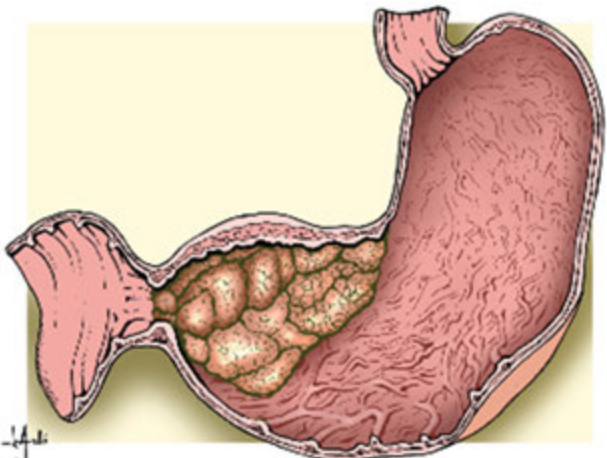
Solución: 1

Nos presentan un cuadro clínico de obstrucción gástrica (paciente con distensión abdominal y vómitos), sin claros signos de infección. Pero en este caso, lo que nos confirma el diagnóstico es la imagen del TC, donde podemos ver una masa a nivel antro-pilórico que está provocando una obstrucción a nivel de la salida gástrica, con acúmulo de material digerido en el estómago; por lo que lo que se trata de una **obstrucción gástrica por neoplasia antro-pilórica** (respuesta 1 correcta).

En una **gastritis enfisematosa** probablemente veríamos claros signos de infección en el paciente, junto con aire a nivel de la pared gástrica producido por las bacterias (respuesta 2 incorrecta).

En la **gastroparesia diabética** la imagen en el TC podría ser totalmente normal (respuesta 3 incorrecta).

Tampoco se trata de una **úlcera péptica perforada**, ya que las paredes del estómago están íntegras y no vemos signos de neumoperitoneo (respuesta 4 incorrecta).



Neoplasia gástrica antro-pilórica

Pregunta (11797): (18) Pregunta asociada a la imagen 18. Varón de 43 años alérgico a la penicilina que presenta boca séptica, síndrome febril, disfagia, edema, eritema y dolor submaxilar de una semana de evolución, sin mejoría con tratamiento antiinflamatorio y antibiótico. Se aporta imagen de la TC cervicofacial realizada tras la administración de contraste intravenoso ¿Qué diagnóstico le sugiere?:



- 1. Angina de Ludwig.
- 2. Absceso lingual.
- 3. Faringitis abscesificada.
- 4. Quiste dermoide lingual abscesificado.

300717 C. MAXILOFACIAL Fácil 75% 22227

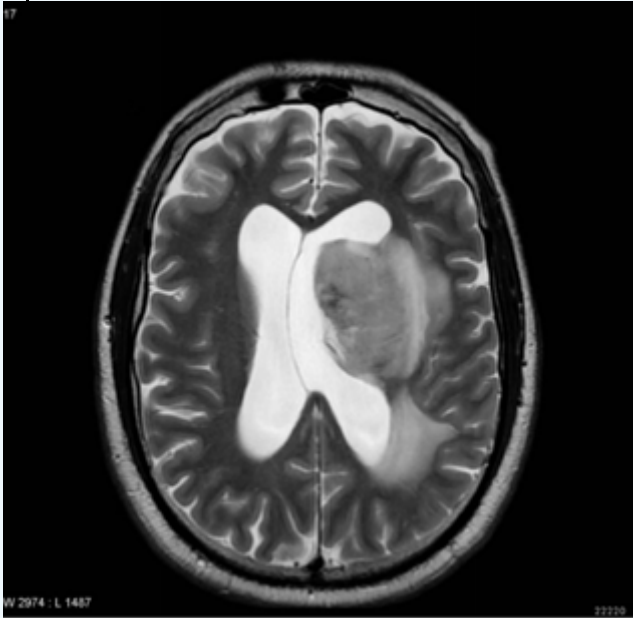
Solución: 1

En la imagen (corte axial de una TAC cervical) pueden verse los músculos genihioides (desde las apófisis geni hacia atrás, los dos tractos estrechos desde la línea media) y los milohioides (más laterales, situados medialmente a la mandíbula). Se visualizan varios **abscesos localizados en la región submandibular derecha (respuesta 1 correcta)**. La **angina de Ludwig** es una celulitis odontogénica que afecta al suelo de la boca y a la región submental y submandibular, potencialmente muy grave. Cursa con mal estado general, fiebre, **tumefacción submandibular y sublingual**, dolor bucal, trismus, falta de movilidad lingual, imposibilidad de sacar la lengua hacia afuera y **disfagia**. La evolución es muy rápida y puede matar al enfermo por obstrucción de la vía aérea o mediastinitis. Se trata con antibióticos e.v activos frente a estreptococos y anaerobios (ampicilina/sulfabactam, penicilina+metronidazol)
En la TC **no** vemos propiamente el cuerpo de la lengua (estaría en cortes de la TAC algo craneales al que se muestra), que es donde veríamos un **absceso lingual (respuesta 2 incorrecta)**. La **faringitis abscesificada** es un distractor poco concreto (no hay una entidad claramente definida con este nombre). Una faringoamigdalitis si puede complicarse y evolucionar a un absceso periamigdalino (en el espacio peritonsilar), retrofaringeo o para-faringeo. Pero **ninguno** de ellos es lo que vemos en la imagen (**respuesta 3 incorrecta**). Los **quistes dermoides** son lesiones benignas de origen embrionario, con una incidencia del 0,01 % de todos los quistes de la cavidad bucal, que en raras ocasiones puede presentarse en el suelo de la boca y de forma excepcionalmente rara en la lengua. El **quiste lingual abscesificado** mostraría en la TAC una imagen localizada en el espesor de la lengua, **no** en la región submandibular como el que se muestra en la imagen (**respuesta 4 incorrecta**).



Angina de Ludwig

Pregunta (11798): (19) Pregunta asociada a la imagen 19. Varón de 56 años con antecedentes de infección por VIH diagnosticada hace unos meses, que es encontrado confuso, desorientado y con hemiparesia derecha. La familia refiere que presenta una pérdida significativa de peso en los últimos 6 meses, así como diarrea frecuente. No ha comenzado tratamiento antirretroviral por deseo personal. Los análisis muestran una carga viral de VIH-1 de 600.000 copias/mL, 130 linfocitos CD4, 900 linfocitos totales y un cociente CD4/CD8 de 0,1. La serología a toxoplasma, la carga viral de CMV y el antígeno criptocócico en sangre son negativos. La RM cerebral se muestra en la figura. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:



- 1. Toxoplasmosis cerebral.
- 2. Linfoma primario del sistema nervioso central.
- 3. Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
- 4. Encefalitis por CMV.

300718 INFECCIOSAS Fácil 73% 22220

Solución: 2

Nos ponen el caso de un paciente VIH que no sigue tratamiento antirretroviral, con **síntomas neurológicos focales** (hemiparesia derecha), confusión y pérdida de peso, 130 linfocitos CD4/microL (categoría inmunológica 3), y una imagen de RNM que muestra una **masa en hemisferio izquierdo** que comprime el ventrículo lateral. Todas las opciones son categorías clínicas C indicativas de SIDA.

El **linfoma** tiene una localización extraganglionar en el 80% de los pacientes con SIDA, y son típicos los síntomas como la **diarrea**, la fiebre o la **pérdida de peso**. Un 20% son linfomas primarios del SNC. Presenta típicamente una imagen de **masa** con extensión en alas de mariposa a través del cuerpo calloso (*respuesta 2 correcta*).

El **toxoplasma** es la causa más frecuente de infección oportunista del SNC en pacientes con SIDA. Produce **lesiones que captan contraste en anillo** (*respuesta 1 incorrecta*) y característicamente la serología suele ser positiva. El **CMV** afecta a pacientes generalmente con **CD4 < 50/microL**. Produce una **afectación difusa sin efecto masa ni manifestaciones neurológicas focales** (*respuesta 4 incorrecta*) y habitualmente con carga viral para CMV positiva. La **leucoencefalopatía multifocal progresiva** está producida por el virus JC y es un cuadro de desmielinización parcheada del SNC que produce **demencia** y que presenta una imagen característica en la RNM como **múltiples lesiones irregulares e hiperintensas** en secuencias potenciadas en T2, típica de pacientes con **CD4 < 50/microL** (*respuesta 3 incorrecta*).

Pregunta (11799): (20) Pregunta asociada a la imagen 20. Paciente de 75 años diagnosticado de endocarditis bacteriana por *Staphylococcus aureus* resistente a la metilina tras presentar fiebre de 10 días de evolución, soplo sistólico en foco mitral 1-2/6, ecocardiografía transtorácica compatible y hemocultivos positivos. Se le está administrando vancomicina. A los 4 días de antibioterapia presenta disnea intensa, ortopnea y TA 110/55 mmHg. Se aprecia un soplo en foco mitral irradiado a axila 3/6. Se muestra la radiografía de tórax. Indique la actitud más apropiada:



- 1. Añadir al tratamiento voriconazol.
- 2. Sustituir la vancomicina por daptomicina y administrar furosemida.
- 3. Añadir gentamicina, rifampicina, furosemida y nitritos.
- 4. Indicar cirugía de recambio valvular urgente y tratamiento deplectivo.

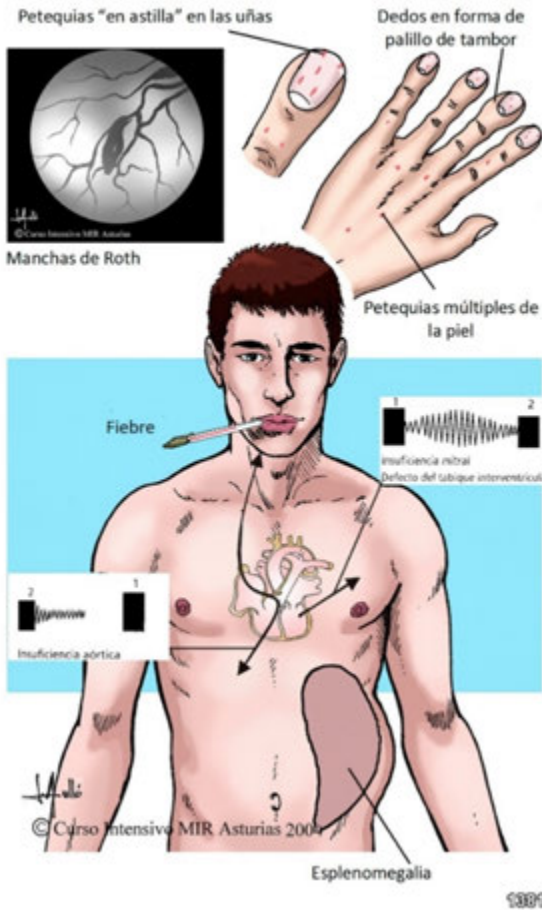
300719 CARDIOLOGÍA Normal 34% 22222

Solución: 4

Presentan un caso de **endocarditis por S. Aureus resistente a metilina** que presenta **insuficiencia cardíaca aguda y soplo mitral sugestivo de insuficiencia mitral aguda**, que es una **urgencia vital y cuyo tratamiento en la cirugía urgente** (*respuesta 4 correcta*). Tenemos evidencia del agente que lo ha provocado no es un hongo por lo que **no debemos añadir voriconazol** (*respuesta 1 incorrecta*).

La **daptomicina** es una buena opción en pacientes resistentes, pero el cuadro clínico no es una persistencia del cuadro infeccioso sino una complicación aguda mecánica en situación de edema agudo de pulmón (*respuesta 2 incorrecta*).

La asociación de **Vancomicina + Gentamicina + Rifampicina** la usaríamos en pacientes con endocarditis protésica (*respuesta 3 incorrecta*), pero en cualquier caso la insuficiencia cardíaca aguda es indicación de cirugía.



Pregunta (11800): (21) Pregunta asociada a la imagen 21. La presencia de lesiones cutáneas en forma de pápulas violáceas en dorso de articulaciones interfalángicas, como las que se aprecian en la figura, son muy características de:



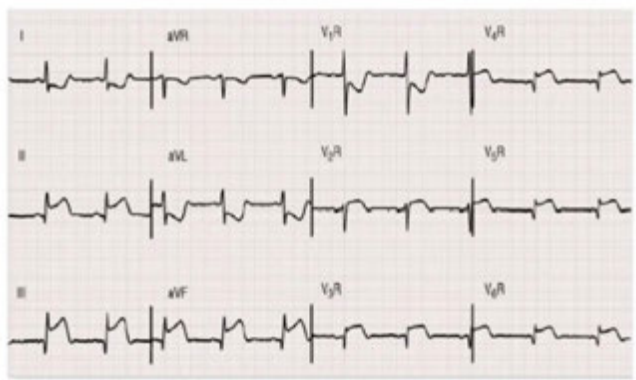
- 1. Lupus cutáneo subagudo.
- 2. Porfiria cutánea tarda.
- 3. Dermatomiositis.
- 4. Artropatía psoriásica.

300720 REUMATOLOGÍA Fácil 89% 22206

Solución: 3

El signo de **Gotttron** hace referencia a unas pápulas y placas algo violáceas acompañadas de descamación leve o, en ocasiones, de descamación prominente de tipo psoriasiforme, que se asientan sobre todo en las prominencias óseas, en especial sobre las articulaciones metacarpofalángicas y las articulaciones interfalángicas. También pueden aparecer sobre los codos, las rodillas o cualquier otra articulación. Estas lesiones de la **dermatomiositis** pueden confundirse en la clínica con un lupus eritematoso, una psoriasis o un liquen plano (*respuesta 3 correcta, resto de opciones incorrectas*).

Pregunta (11801): (22) Pregunta asociada a la imagen 22. Mujer de 64 años con antecedentes de diabetes mellitus, hipertensión arterial y obesidad (índice de masa corporal 34) que es atendida en su domicilio por el servicio de emergencias tras presentar durante el descanso nocturno dolor torácico, sudoración intensa, mareos y vómitos de dos horas de evolución. Se realiza electrocardiograma urgente (imagen). En la exploración física se aprecia una ligera disminución del nivel de conciencia, frialdad acra y tensión arterial de 75/30 mmHg, además de un aumento de la presión venosa yugular durante la inspiración y la aparición de pulso paradójico, sin evidencia de edema pulmonar en la auscultación. Con los datos clínicos, exploratorios y electrocardiográficos expuestos, ¿qué complicación del infarto sospecha en esta paciente?:



- 1. Afectación de ventrículo derecho.
- 2. Rotura del septo interventricular basal.
- 3. Rotura del músculo papilar posteromedial mitral.
- 4. Pseudoaneurisma ventricular inferobasal.

300721 CARDIOLOGÍA Fácil 73% 22207

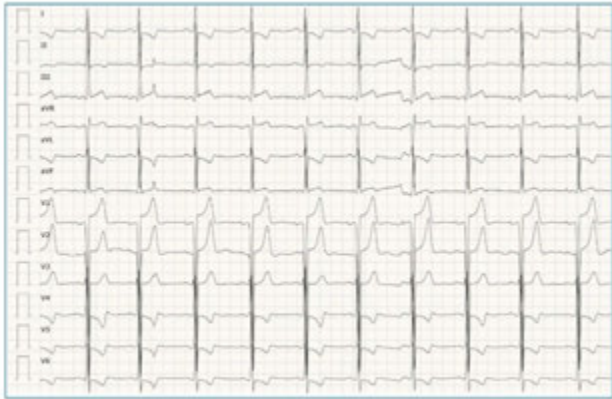
Solución: 1

En el ECG se muestra un ritmo sinusal con una **elevación del ST inferior y de ventrículo derecho** (ascenso en II, III, aVF y ascenso en V3R, V4R, V5R). Además nos presenta una clínica de **hipotensión + presión venosa elevada con signo de Kussmaul (indicador de fallo derecho) sin congestión pulmonar**. Tanto la clínica como el ECG hacen el diagnóstico de IAM de ventrículo derecho (respuesta 1 correcta).

En el caso de **rotura del septo interventricular o del músculo papilar** la clínica sería de edema agudo de pulmón (congestión pulmonar) y aparecería a partir del segundo día (respuesta 2 y 3 incorrectas).

El **pseudoaneurisma**, que es más frecuente en los IAM anteriores, no da clínica de insuficiencia cardíaca derecha (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta (11802): (23) Pregunta asociada a la imagen 23. Varón de 19 años con antecedentes familiares de muerte súbita en padre que acude por clínica de **ángor y síncope en esfuerzo**, con sensación de palpitaciones rápidas con el esfuerzo. Presenta el ECG que se adjunta. Se realiza un ecocardiograma y es diagnosticado de una **miocardiopatía**. Considerando su sospecha del tipo de miocardiopatía que presenta, señale la respuesta verdadera:



- 1. La fracción de eyección del ventrículo izquierdo muy frecuentemente es inferior al 55%.
- 2. Esta entidad es debida a una hipertrofia del tabique con obstrucción dinámica en el tracto de salida del ventrículo izquierdo.
- 3. No se asocia a disfunción diastólica.
- 4. El grosor de la pared del ventrículo izquierdo es normal o esta disminuido.

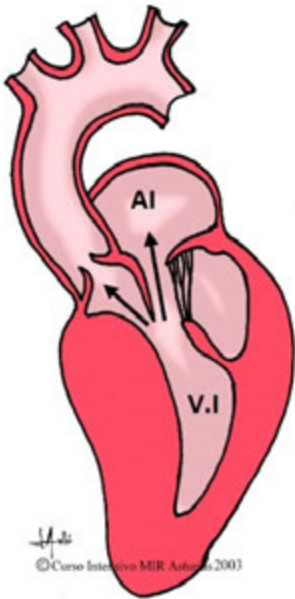
300722 CARDIOLOGÍA Fácil 88% 22208

Solución: 2

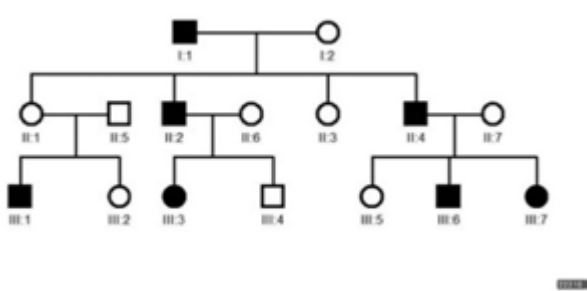
Presentan un paciente con clínica de **síncope y ángor en un paciente joven con antecedentes familiares de muerte súbita** (nos hace sospechar, por tanto, una enfermedad hereditaria). En el ECG (imagen 23) se observa un ritmo sinusal con **Hipertrofia Ventricular izquierda**. Todo ello hace como más probable el diagnóstico de **miocardiopatía hipertrófica obstructiva** (respuesta 2 correcta).

Dada la presencia de datos de hipertrofia ventricular izquierda es de esperar que el grosor del ventrículo izquierdo esté aumentado, si bien de forma asimétrica (respuesta 4 incorrecta).

La hipertrofia ventricular produce es una **disfunción diastólica** por lo que **la función sistólica es conservada** (respuesta 1 y 3 incorrectas).



Pregunta (11803): (24) Pregunta asociada a la imagen 24. En esta genealogía se observa un patrón de herencia autosómica dominante con un salto de generación en II-1 (su padre I-1 y su hijo III-1 están afectados por la enfermedad mientras que II-1 no la manifiesta). ¿Cómo se llama este fenómeno?:

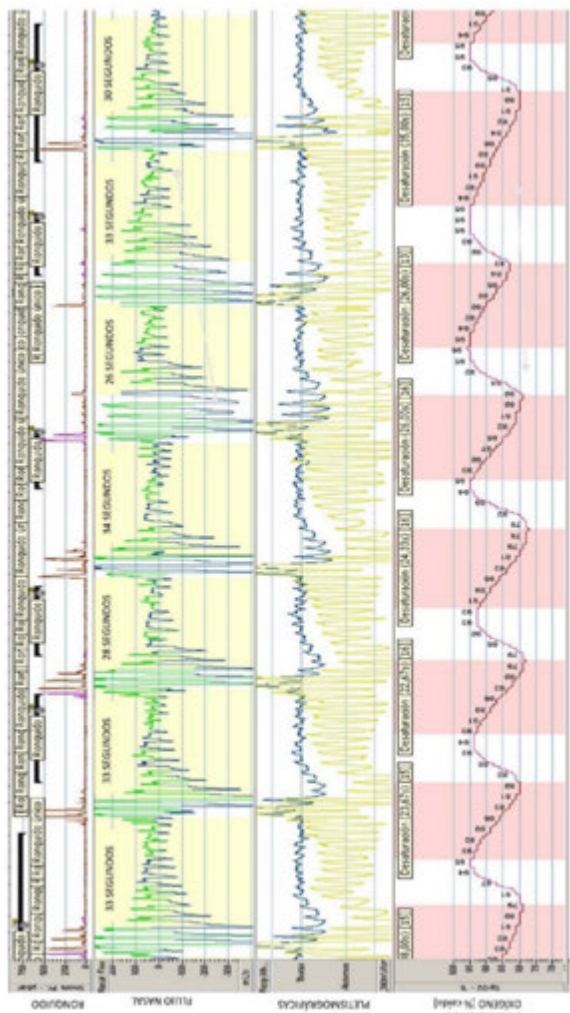


- 1. Herencia mitocondrial.
- 2. Expresividad variable.
- 3. Penetrancia incompleta.
- 4. Variación en el fenotipo debida al ambiente.

300723 GENÉTICA Fácil 80% 22210 Solución: 3

El concepto penetrancia se preguntó en el MRO6 y hace referencia a la proporción de individuos con un genotipo que expresan un fenotipo. En este caso I-1 y III-1 lo expresan y II-1 no por una **penetrancia incompleta** (respuesta 3 correcta). La **expresividad** es la intensidad con que se manifiesta la enfermedad (respuesta 2 incorrecta). La **herencia mitocondrial** se hereda solo de la madre y la padecen ambos sexos (respuesta 1 incorrecta). La plasticidad fenotípica es la propiedad de un genotipo de **producir diferentes fenotipos en respuesta a diferentes condiciones ambientales** (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta (11804): (25) Pregunta asociada a la imagen 25. La imagen corresponde a 5 minutos de estudio de una poligrafía respiratoria en un varón de 62 años. ¿Qué tipo de evento respiratorio se ve en la misma?:



- 1. Apnea obstructiva.
- 2. Esfuerzo respiratorio asociado a microdespertar.
- 3. Apnea central.
- 4. Hipopnea.

300724 NEUMOLOGÍA Difícil -21% 22203 Solución: 4

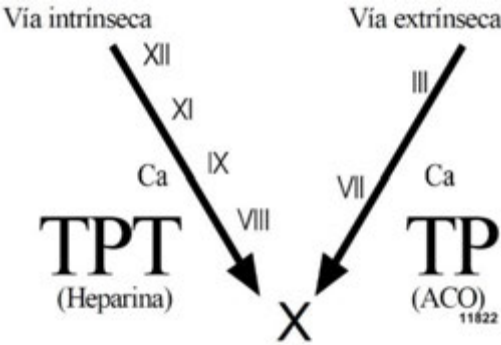
La imagen muestra un **estudio polisomnográfico**. Si nos fijamos en la parte del **"flujo nasal"**, vemos unas líneas en verde y azul. Cada pico hace referencia a una ventilación (negativo implica inspiración y positivo espiración). Se aprecia una **reducción en el flujo aéreo, sin que el flujo llegue a ser "cero" en ningún momento**. Coincidiendo con la disminución de flujo, se observa una desaturación, que corrige al normalizarse nuevamente el flujo aéreo nasal. La definición de **"Apnea"** es el **"cese complejo del flujo aéreo durante, al menos, 10 segundos"**. La **central** llevaría asociada una ausencia de movimientos en la banda pletismográfica y la **obstruktiva** no (respuestas 1 y 3 incorrectas). La definición de **"Hipopnea"** es la "disminución del, al menos, el 30% del flujo aéreo durante 10 segundos" y suele cursar con descensos de la saturación de $O_2 > 3\%$ y microdespertares (respuesta 4 correcta). Un **esfuerzo respiratorio asociado a microdespertar** podría justificar un aumento en los movimientos torácicos y abdominales, con incremento de la amplitud en la banda pletismográfica, pero no justificaría los episodios de hipopnea (respuesta 2 incorrecta).

Pregunta (11805): (26) ¿Cuál de los siguientes estudios de la coagulación se encontraría alterado en un paciente en el que se sospecha un trastorno hemorrágico hereditario por deficiencia del factor VII?:

- 1. Tiempo de tromboplastina parcial activado.
- 2. Tiempo de trombina.
- 3. Tiempo de protrombina.
- 4. Determinación de factor von Willebrand.

300725 HEMATOLOGÍA Fácil 79% Solución: 3

El **factor VII** de la coagulación se encuentra en la vía extrínseca de la coagulación, la cual se mide mediante el **tiempo de protrombina** (respuesta 3 correcta). El **TTPa** o tiempo de tromboplastina parcial activado valora la vía intrínseca de la coagulación (respuesta 1 incorrecta). El **TT** o tiempo de Trombina valora la vía común (respuesta 2 incorrecta). La determinación del **factor von Willebrand** no tiene ninguna relación con el déficit de factor VII (respuesta 4 incorrecta).



Pregunta (11806): (27) En relación con la toxicidad del etanol, señale la afirmación correcta:

- 1. El acetato producido en el metabolismo hepático del etanol es oxidado en este tejido para obtener energía.
- 2. El incremento en la relación NADH/NAD⁺ en el metabolismo hepático del etanol inhibe la gluconeogénesis.
- 3. El ácido úrico compite con el lactato en la excreción urinaria, contribuyendo a la hiperlactacidemia.
- 4. Los principales marcadores bioquímicos de ingesta habitual de etanol son las transaminasas, especialmente la alanina-aminotransferasa sobre la aspartato-aminotransferasa.

300726 BIOQUÍMICA Difícil 30% Solución: 2

En el metabolismo del etanol, la **principal ruta metabólica** es la mediada por la alcohol deshidrogenasa, dando lugar a acetaldehído y poder reductor en forma de NADH. De forma consecutiva, el acetaldehído se metaboliza por la acetaldehído deshidrogenasa, obteniéndose de este modo acetato y NADH. El **acetato** obtenido suele convertirse en acetil-CoA y puede tener dos destinos: cuando se consume con hidratos de carbono puede utilizarse, en el tejido adiposo, para sintetizar colesterol y ácidos grasos. Si no se ingiere con glúcidos, puede catabolizarse en el ciclo de Krebs para obtener energía. Sin embargo, en un estado de toxicidad por etanol, hay un marcado **aumento del cociente NADH/NAD que impide que el acetil-CoA entre en el ciclo de Krebs**, ya que la síntesis de oxalacetato está reducida. Por tanto, el etanol no suele poder utilizarse para obtener energía en esta situación (*respuesta 1 incorrecta*).

La **elevación del cociente NADH/NAD** tiene otras implicaciones, como el desplazamiento de la actividad de la lactado deshidrogenasa en el sentido piruvato-->lactato, principal causa de la **hiperlactacidemia** (*respuesta 3 incorrecta*) y de la **inhibición de la gluconeogénesis** (*respuesta 2 correcta*), lo que puede favorecer hipoglucemias.

En el consumo habitual de etanol las transaminasas pueden elevarse por el efecto tóxico del acetaldehído acumulado, siendo **más frecuente la elevación la GOT(AST)** que la elevación de la GPT(ALT) (*respuesta 4 incorrecta*).

Pregunta (11807): (28) El perfil metabólico a las dos horas de haber ingerido una comida con abundantes proteínas y pocos hidratos de carbono incluye todos los siguientes cambios EXCEPTO:

1. Aumento de la oxidación de aminoácidos de cadena ramificada en el músculo esquelético.
2. Aumento de los niveles de glucagón.
3. Aumento de la gluconeogénesis hepática.
4. Aumento de la utilización de citrulina por los enterocitos.

300727 BIOQUÍMICA Dificil -1%

Solución: 4

En condiciones normales, a las dos horas de la ingesta nos encontramos en un periodo postabsortivo, y el ayuno temprano comienza a partir de las 3-4 horas. En una dieta en la que el **contenido de hidratos de carbono está reducido**, las alteraciones metabólicas propias del **ayuno temprano** pueden comenzar **antes**.

En el ayuno temprano predominan las hormonas contra insulares como el **glucagón** (*respuesta 2 incorrecta*). Una de las rutas metabólicas más activa es la **gluconeogénesis hepática** (*respuesta 3 incorrecta*), para satisfacer de glucosa al resto del organismo, en especial al cerebro.

Los principales precursores de esta gluconeogénesis son el lactato, el glicerol y la alanina. El lactato y el glicerol se utilizan de forma más o menos constante durante el ayuno, pero es en las primeras horas cuando **se oxidan más aminoácidos de cadena ramificada en el músculo esquelético** con el fin de aportar alanina para la gluconeogénesis, mediante el ciclo de la alanina-glucosa (*respuesta 1 incorrecta*).

La **citrulina** es un aminoácido perteneciente al ciclo de la urea que permite la eliminación de los grupos amino en forma de urea en el hígado (*respuesta 4 correcta*).

Pregunta (11808): (29) En relación con el control fisiológico hormonal y por autacoides de la filtración glomerular y del flujo sanguíneo renal, indique la afirmación FALSA:

1. El óxido nítrico derivado del endotelio aumenta la resistencia vascular y disminuye la filtración glomerular.
2. Las prostaglandinas y la bradicinina reducen la resistencia vascular renal y tienden a aumentar la filtración glomerular.
3. La noradrenalina y la adrenalina contraen los vasos sanguíneos y reducen la filtración glomerular.
4. La angiotensina II contrae preferentemente las arteriolas eferentes en la mayoría de los estados fisiológicos.

300728 FISIOLÓGIA Fácil 87%

Solución: 1

Podemos clasificar las sustancias que regulan la microvasculatura renal según el efecto que tienen sobre el **flujo sanguíneo renal** (FSR) y sobre el **filtrado glomerular** (TFG):

1. El **óxido nítrico** derivado del endotelio es un potente **vasodilatador** que **disminuye las resistencias vasculares** (*respuesta 1 correcta*) y tiende a aumentar la TFG.
2. Las **prostaglandinas y la bradicinina** ejercen también un papel **vasodilatador** y disminuyen las resistencias vasculares renales, **aumentando el filtrado glomerular** (*respuesta 2 incorrecta*).
3. Las catecolaminas **adrenalina y noradrenalina**, ejercen su acción **vasoconstrictora** sobre las arteriolas renales uniéndose a sus receptores alfa-1, contrayendo así la arteriola aferente y **disminuyendo el FSR y la TFG** (*respuesta 3 incorrecta*).
4. La **angiotensina II** es un potente **vasoconstrictor** que aunque puede disminuir ligeramente el FSR, su principal papel radica en **aumentar la TFG por vasoconstricción preferente de las arteriolas eferentes** (*respuesta 4 incorrecta*).

Pregunta (11809): (30) Con respecto a la actividad eléctrica del músculo liso gastrointestinal en una situación fisiológica, indique la afirmación FALSA:

1. El ritmo de casi todas las contracciones gastrointestinales viene determinado por la frecuencia de las ondas lentas.
2. La despolarización de las ondas lentas viene determinada por la entrada de iones sodio y calcio.
3. Los potenciales en espiga son potenciales de acción y tienen una duración mayor que el de las grandes fibras nerviosas.
4. En la generación y características de los potenciales en espiga es determinante la participación de iones calcio.

300729 FISIOLÓGIA Dificil -12%

Solución: 2

Las fibras musculares lisas del aparato digestivo pertenecen a la variedad de músculo liso unitario o visceral, que presenta uniones GAP entre las membranas celulares, permitiendo su funcionamiento como un sincitio.

Tienen dos tipos de actividad eléctrica:

1. **Actividad eléctrica basal de ondas lentas**, ondas de despolarización y repolarización de baja frecuencia que pueden llegar a un potencial de membrana tan positivo que desencadene un potencial de acción, estableciendo así un **ritmo de contracción basal** (*respuesta 1 incorrecta*). No se conoce con exactitud el mecanismo por el cual se originan estas ondas lentas, pero parecen relacionarse con una **mayor entrada o salida de cationes intracelulares a través de un bombeo o variación en la conductancia de los canales de forma periódica** (*respuesta 2 correcta*).
2. **Potenciales en espiga o meseta**. Éstos alcanzan el umbral de estimulación, dan lugar a potenciales de acción y contracción muscular en condiciones que favorecen la contracción muscular lisa: estímulo parasimpático, distensión... Están mediados principalmente por la entrada de **cationes Ca²⁺**, sin apenas mediación por parte del sodio (*repuesta 4 incorrecta*). Los **potenciales en espiga duran entre 10 y 50 milisegundos**, algo más que los de las grandes fibras nerviosas (*respuesta 3 incorrecta*), y los potenciales en meseta pueden durar hasta un segundo.

Pregunta (11810): (31) En relación con el volumen y flujo sanguíneo en los pulmones, en un sujeto sano y en bipedestación, señale la afirmación FALSA:

1. En la espiración forzada se puede generar trasvase de sangre de la circulación pulmonar a la circulación sistémica.
2. Cuando disminuye la concentración de oxígeno en los alvéolos, los vasos adyacentes se dilatan.
3. El ejercicio aumenta el flujo sanguíneo en todas las zonas pulmonares.
4. El aumento del gasto cardíaco durante el ejercicio intenso es asumido normalmente sin grandes aumentos en la presión arterial pulmonar.

300730 FISIOLÓGIA Normal 60%

Solución: 2

En un sujeto sano, en bipedestación, la **disminución de la concentración de oxígeno** en los alveolos favorecen una vasoconstricción por el **reflejo arterial alveolo hipóxico o reflejo alveoloarteriolar** (respuesta 2 correcta).

Durante el **ejercicio**, el gasto cardiaco aumenta y por ello **aumenta el flujo** a todas las zonas pulmonares (respuesta 3 incorrecta), pero al tratarse de un circuito de bajas presiones y resistencias, se llega a cabo un mayor reclutamiento y distensión vascular pulmonar que **no provoca un aumento en la presión arterial pulmonar** (respuesta 4 incorrecta).

En una espiración forzada, el aumento de la presión transpulmonar puede dificultar el paso de la sangre a través de los capilares pulmonares. Por tanto, en búsqueda de circuitos de menor resistencia como puede suceder en los shunts (forámenes ovales permeables, CIAs...), puede haber un trasvase de sangre de circulación pulmonar a la sistémica (respuesta 1 incorrecta).

Pregunta (11811): (32) En cuanto a las características de los potenciales de acción que presentan las fibras musculares esqueléticas, en relación con los potenciales de acción de las fibras de las motoneuronas A alfa que las inervan, señale la respuesta INCORRECTA:

- 1. El potencial de membrana de reposo tiene un valor similar.
- 2. La duración del potencial de acción de la fibra muscular es mayor.
- 3. La velocidad de conducción del potencial de acción de la fibra muscular es menor.
- 4. El flujo de corriente en la profundidad de la fibra muscular es similar al de la motoneurona.

300731 FISIOLÓGÍA Difícil 19%

Solución: 4

Las **motoneuronas A alfa** que inervan las fibras musculares esqueléticas tienen un **potencial de reposo similar a la fibra muscular**, en torno a **-90mV** (respuesta 1 incorrecta).

El **potencial de acción de la fibra** muscular dura entre 1 y 5 milisegundos, **hasta 5 veces más** que la duración del potencial en una motoneurona mielinizada (respuesta 2 incorrecta). Además, la **velocidad de propagación del potencial de acción** en la fibra muscular de entre 3-5m/s, aproximadamente **1/13 de la velocidad** de la propagación del potencial en la **neurona** (respuesta 3 incorrecta).

En la fibra muscular, en la que el objetivo de la despolarización es la contracción muscular, se precisa de un **mayor flujo de corriente en la profundidad de la fibra para alcanzar las miofibrillas**. Esto se consigue gracias al sistema de túbulos transversos o túbulos T, que permiten la liberación de los cationes calcio en la vecindad de las miofibrillas y un correcto acoplamiento excitación-contracción, algo innecesario en las motoneuronas donde el objetivo es la transmisión del estímulo (respuesta 4 correcta).

Pregunta (11812): (33) Las diferentes clases (isotipos) de inmunoglobulinas (Ig) tienen diferentes funciones que dependen de los fragmentos Fc de sus cadenas pesadas. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?:

- 1. La IgA se une al receptor poli-Ig (pIgR) para atravesar la placenta y participar en la defensa del neonato.
- 2. La IgG se une al receptor III para Fc-gamma (Fc-gamma-RIII) de los fagocitos activando el proceso de opsonización.
- 3. La IgM se une a C1q y activa la vía clásica del complemento contribuyendo a la eliminación de bacterias extracelulares.
- 4. La IgE se une al receptor para Fc-épsilon (Fc-épsilon-R) y activa a eosinófilos y mastocitos participando en la defensa frente a los helmintos.

300732 INMUNOLOGÍA Fácil 94%

Solución: 1

Pregunta muy similar a otra del MIR 2020 (código 11629), tanto por ser algo farragosa de leer, como por hacer referencia a un concepto sencillo preguntado muchas veces en la historia del MIR, el hecho de que **la IgG es la ÚNICA inmunoglobulina capaz de atravesar la placenta** a través del FcRn.

La IgA NO es capaz de travesar la placenta. El poli-Ig es un receptor inespecífico tanto de IgA como de IgG que favorece el paso de ambas a cavidad intestinal, leche, esputo y saliva (respuesta 1 correcta).

La opción 2 está mal expresada y es algo ambigua, pudiendo ser también correcta. Efectivamente la IgG puede actuar como una opsonina (es capaz de recubrir a los patógenos y "marcarlos" para posteriormente ser fagocitados). Para ello la IgG puede ser reconocida por diversos receptores de los fagocitos, entre los que se incluye el Fc-gamma-RIII de los neutrófilos. No obstante, lo que activa la opsonización es la unión de la IgG a su antígeno. La unión de la IgG al FC-gamma-RIII lo que realmente activa es la fagocitosis del patógeno opsonizado. Con todo, hay que recordar que ante una opción ambigua y otra indubitadamente cierta hay que optar siempre por esta última (respuesta 2 incorrecta).

La IgM, una vez unida a su antígeno específico, es capaz de activar la vía clásica del complemento al unirse a C1q (respuesta 3 incorrecta).

Una de las principales funciones de la IgE es colaborar en la defensa frente a parásitos como los helmintos, por ello una vez unida a su antígeno específico (del helminto) es capaz de activar a eosinófilos y mastocitos a través del Fc-épsilon-R (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta (11813): (34) En la inmunoterapia antitumoral basada en el uso de anticuerpos monoclonales contra puntos de control inmunológico (checkpoints) destaca el uso de los anticuerpos monoclonales que bloquean la interacción entre PD-1 y sus ligandos. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?:

- 1. La molécula PD-1 es un receptor inhibidor de los linfocitos T que se expresa mayoritariamente en linfocitos T naïve.
- 2. La interacción de PD-1 y sus ligandos inhibe la activación de los linfocitos T en los ganglios linfáticos.
- 3. El bloqueo de PD-1 o de sus ligandos potencia la capacidad antitumoral de los linfocitos T CD8+.
- 4. El uso de este tipo de inmunoterapia no se debe combinar con tratamientos de quimioterapia.

300733 INMUNOLOGÍA Normal 52%

Solución: 3

El receptor de muerte programada 1 (PD-1) junto con CTLA-4, son dos de los checkpoints más importantes del sistema inmune, vitales para asegurar la tolerancia frente a autoantígenos y evitar fenómenos autoinmunes. PD-1 es un receptor inhibidor presente fundamentalmente en linfocitos T (tanto CD4 como CD8), pero también en linfocitos B. Cuando PD-1 se une a sus ligandos (PD-L1 o PD-L2) se provoca inactivación (no destrucción) del linfocito. De forma interesante, uno de los mecanismos utilizados por los tumores para evadir la respuesta inmune es potenciar esta vía inhibitoria al aumentar la expresión de PD-L1 y PD-L2 en las células tumorales para así tratar de provocar tolerancia frente a las mismas.

La expresión de PD-1 (y de CTLA-4) tiene lugar mayoritariamente en **linfocitos T activados**, no naïve (respuesta 1 incorrecta).

CTLA-4 actúa predominantemente en ganglios linfáticos, regulando la activación inicial de los linfocitos T, mientras que PD-1 actúa fundamentalmente en **tejidos NO linfoides**, favoreciendo la finalización de la respuesta inmune (respuesta 2 incorrecta).

El bloqueo de estos checkpoints del sistema inmune favorece globalmente la activación del sistema inmune, lo que, entre otros efectos, provoca una **mejor respuesta antitumoral** de los linfocitos T CD8+ (respuesta 3 correcta).

El uso de inmunoterapia frente a los checkpoints en absoluto contraindica el uso concomitante de quimioterapia "clásica", pudiendo combinarse ambas de ser necesario (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta (11814): (35) Diferentes mutaciones en el gen AIRE (Autoimmune Regulator) causan una enfermedad rara denominada síndrome poliglandular autoinmune tipo 1 (APS-1). Respecto al gen ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?:

- 1. Está ligado al cromosoma X, por lo que el síndrome APS-1 también se conoce como IPEX (Inmunodesregulación, Poliendoctrinopatía y Enteropatía ligada al cromosoma X).
- 2. Se expresa en los timocitos que no expresan CD4 ni CD8 (doble negativos) promoviendo su expansión y participando en el proceso de selección positiva en el timo.
- 3. Se expresa en las células T reguladoras controlando su función y siendo responsable del proceso de tolerancia periférica.
- 4. Se expresa en células epiteliales de la médula tímica regulando la expresión antígenos específicos de otros tejidos y participando en el proceso de selección negativa en el timo.

300734 INMUNOLOGÍA Difícil 26%

Solución: 4

Dentro de los procesos que tienen lugar en el timo durante la maduración de los linfocitos T destacan las selecciones positiva y negativa. La selección positiva es el proceso en el que se seleccionan los linfocitos T que son capaces de reconocer las moléculas de CMH propio. La **selección negativa** se basa en la eliminación de linfocitos T autorreactivos, es decir, que reconozcan autoantígenos. Para ello es necesario que las células epiteliales de la médula tímica expresen antígenos específicos de otros tejidos, y ahí es donde interviene la proteína AIRE (regulador autoinmunitario). La función del AIRE es inducir la expresión, en dichas **células tímicas**, de antígenos organoespecíficos para poder ser después presentados a los linfocitos T en maduración, buscando así eliminar los linfocitos T autorreactivos (respuesta 4 correcta) (respuestas 2, y 3 incorrectas).

Los fallos en el gen AIRE (localizado en el cromosoma 21) favorecen por tanto los cuadros autoinmunes, como ocurre en el síndrome poliglandular autoinmune tipo 1. Este síndrome se transmite con herencia **autosómica recesiva** (respuesta 1 incorrecta) y cursa fundamentalmente con candidiasis mucocutánea crónica, hipoparatiroidismo autoinmune e insuficiencia suprarrenal primaria, pudiendo asociarse también manifestaciones autoinmunes a otros niveles (ovárica, pancreática, tiroidea, intestinal, ...).

IPEX es otra enfermedad, distinta de APS-1, que se basa en fallos en el gen FOXP3 (localizado en el cromosoma X) que interviene en el correcto funcionamiento y desarrollo de los linfocitos T reguladores, siendo su clínica característica diarreas (por enteropatía autoinmune), diabetes mellitus tipo 1, erupción cutánea generalizada y citopenias autoinmunes.

Pregunta (11815): (36) Un estudio reciente indica que aproximadamente el 10-20 % de los pacientes muy graves o fallecidos por COVID-19 poseen autoanticuerpos neutralizantes de los interferones de tipo I. Los interferones de tipo I:

- 1. Inhiben la actividad citotóxica de los linfocitos T CD8+ contra las células infectadas.
- 2. Son producidos por linfocitos CD4+ Th1 tras el reconocimiento de péptidos víricos mediante el receptor T para el antígeno.
- 3. Activan la expresión de genes que confieren a la célula huésped una resistencia mayor a la infección viral.
- 4. Inhiben la expresión de los antígenos de histocompatibilidad (HLA) de clase I en las células infectadas.

300735 INMUNOLOGÍA Difícil 4%

Solución: 3

Los interferones de tipo I (alfa y beta) son unas citoquinas del sistema inmune innato producidas por macrófagos, células dendríticas plasmocitoides y fibroblastos (respuesta 2 incorrecta) que tienen una potente actividad antivírica. Estos interferones son capaces de actuar sobre cualquier célula del organismo **induciendo la expresión de genes antivirales**, provocando en dichas células un "estando antivírico" (respuesta 3 correcta). Dentro de sus efectos destaca el **AUMENTO de expresión de moléculas de HLA de clase I** en las células infectadas (respuesta 4 incorrecta), lo que permite a estas presentar mejor los antígenos virales al sistema inmune específico.

Estos interferones de tipo I son capaces de **AUMENTAR la citotoxicidad** de los linfocitos NK (que son las células clave del sistema inmune innato para eliminar a las células infectadas por virus), y de los **linfocitos T CD8+** (citotóxicos) (que son las células clave del sistema inmune adaptativo para eliminar a las células infectadas por virus) (respuesta 1 incorrecta).

Los **linfocitos T helper 1** no destacan por producir interferones de tipo I, sino interferón gamma (que es un interferón de tipo II), que potencia los macrófagos y la inmunidad celular.

Pregunta (11816): (37) Respecto a las células T reguladoras (Treg) es cierto que:

- 1. Colaboran en la eliminación de células tumorales.
- 2. Expresan el correceptor inhibitor CTLA-4.
- 3. Coexpresan tanto CD4 como CD8.
- 4. Liberan citoquinas como IL-17 o IL-22.

300736 INMUNOLOGÍA Difícil 23%

Solución: 2

Los linfocitos T reguladores son un subtipo de linfocitos T cuya principal función es **evitar respuestas autoinmunes** (respuesta 1 incorrecta). Los linfocitos que colaboran en la eliminación de células tumorales son los linfocitos T citotóxicos o CD8 (dentro del sistema inmune adaptativo) y los linfocitos natural killer (dentro del sistema inmune innato).

CTLA-4 forma parte de los checkpoints (reguladores negativos) del sistema inmune. Es una proteína de superficie de los linfocitos T que se une al B7 de las células presentadoras de antígenos inhibiendo la activación de los linfocitos T. Esta presente tanto en **linfocitos T activados** como en **linfocitos T reguladores** (respuesta 2 correcta).

Los linfocitos T reguladores suelen expresar CD4 (no CD8) y CD25 (respuesta 3 incorrecta). Las principales citocinas que producen son las citocinas inhibitoras IL-10 y TGF-beta (respuesta 4 incorrecta). IL-17 e IL-22 son citocinas proinflamatorias producidas característicamente por los Linfocitos T helper 17.

Pregunta (11817): (38) Mujer de 25 años con antecedentes de asma bronquial alérgica por sensibilización a pólenes de gramíneas y dermatitis atópica. Presenta de forma brusca hipotensión, taquicardia, urticaria y broncoespasmo tras ingerir cacahuetes y es trasladada a urgencias. ¿Cuál sería el orden de los fármacos a administrar y qué prueba de laboratorio podría solicitarse para ser evaluada posteriormente?:

- 1. Adrenalina intramuscular, seguida de un broncodilatador inhalado tipo SABA y dexclorfeniramina intramuscular. A continuación solicitar triptasa sérica.
- 2. Un broncodilatador inhalado tipo SABA, seguido de dexclorfeniramina intramuscular y adrenalina intramuscular. A continuación solicitar triptasa sérica.
- 3. Dexclorfeniramina intramuscular, seguida de un broncodilatador inhalado tipo SABA y adrenalina intramuscular. A continuación solicitar proteína catiónica del eosinófilo.
- 4. Adrenalina intramuscular, seguida de un broncodilatador inhalado tipo SABA y dexclorfeniramina intramuscular. A continuación solicitar proteína catiónica del eosinófilo.

300737 URGENCIAS Fácil 92%

Solución: 1

Nos presentan un caso clínico de una mujer adulta que presenta una anafilaxia tras ingesta de cacahuetes (síntomas cutáneos: urticaria; síntomas cardiovasculares: hipotensión y taquicardia; síntomas respiratorios: broncoespasmo).

La **adrenalina** por su acción α y especialmente β es el fármaco de elección en la etapa inicial de la anafilaxia. La vía **intramuscular** es la vía de elección para administrar la adrenalina en el tratamiento inicial de la anafilaxia en cualquier situación, ya que obtiene unas concentraciones plasmáticas más rápidas y elevadas que la vía subcutánea; presenta un mayor margen de seguridad que la administración intravenosa. En adultos, la dosis sería entre 0,3-0,5 mg; si fuera en niños, la dosis se calcula por Kg peso (0,01 mg/Kg). Se debe administrar oxigenoterapia, asegurar accesos venosos, reposición de fluidos así como monitorizar al paciente lo más precozmente posible (FC, TA, ECG, saturación de oxígeno).

Si persiste el broncoespasmo podemos administrar corticoides y **antihistamínicos** parenterales, así como **broncodilatadores inhalados**, como tratamiento coadyuvante, pero nunca como tratamiento de primera elección (*respuestas 2 y 3 incorrectas*); además, los glucocorticoides impiden la recidiva del compromiso hemodinámico.

En la actualidad, la medición de la **triptasa sérica** es la prueba más útil para el diagnóstico de anafilaxia. Debe solicitarse de forma obligada ante la sospecha clínica de anafilaxia; se extraen tres muestras seriadas (la primera, tras la instauración del tratamiento; la segunda, alrededor de las 2 horas del comienzo de la crisis y la tercera, a las 24 horas para tener un nivel basal del paciente, ya que suele recobrar valores normales entre 6-9 horas tras la reacción) (*respuesta 1 correcta; respuesta 4 incorrecta*).

Pregunta (11818): (39) Paciente de 35 años de edad que consulta para confirmar una sospecha de alergia a *Anisakis simplex*. Ha sufrido previamente un cuadro clínico de anisakiasis gastrointestinal tras ingerir pescado. En las pruebas efectuadas se evidencian niveles de IgE específica de 10 KU/l frente a *Anisakis simplex*. De las siguientes ¿cuál sería la recomendación dietética para este paciente?:

- 1. No puede comer ningún pescado, crustáceo, molusco ni cefalópodo.
- 2. Puede comer pescado fresco cocinado a la plancha.
- 3. Puede comer pescado ultracongelado comercialmente.
- 4. Puede comer pescado fresco marinado o ahumado en frío.

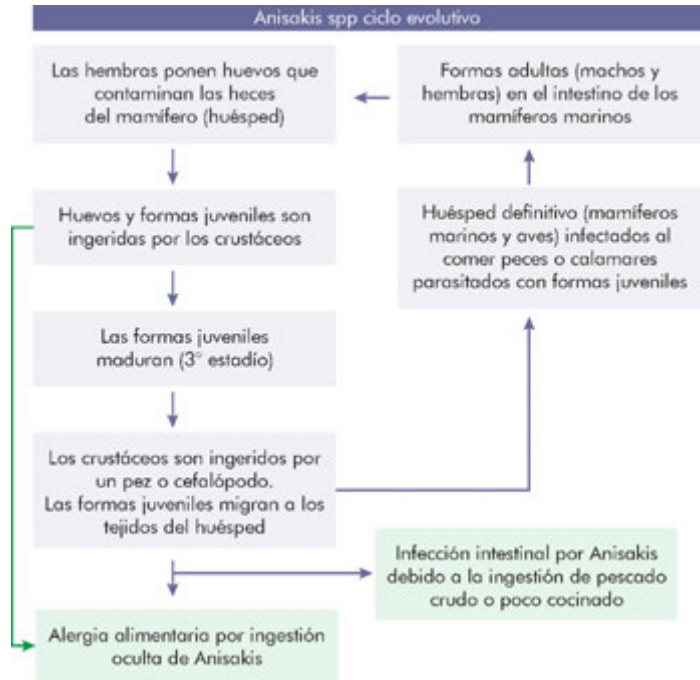
300738 INFECCIOSAS Normal 62%

Solución: 3

Anisakis simplex es un gusano (nemátodo) de la familia Anisakidae, superfamilia Ascaroidea y orden Ascaridida, que en su forma adulta parasita a los mamíferos. Estas diminutas larvas se pueden encontrar en el tejido muscular de cualquier tipo de pescado marino, especialmente en el bacalao, merluza, sardinas, boquerones, anchoas, salmón, atún, caballa y calamar. En el Norte de España, afecta al 45% de las merluzas, con un promedio de 10-60 gusanos por pescado; por el contrario, en la costa mediterránea, apenas llega a un 6%. Produce dos tipos de afectación: Anisakiasis (parasitación) (pueden dar episodios de dolor abdominal agudo) y alergia (sin parasitación). Los pacientes alérgicos al *Anisakis* que además tienen una infección gástrica por *Anisakis*, sufren síntomas alérgicos acompañados de síntomas gástricos. Esta enfermedad mixta (infecciosa y alérgica) producida por el *Anisakis* a nivel del estómago, recibe el nombre de Anisakiosis gastroalérgica y a veces para resolver el cuadro es necesario eliminar el parásito mediante gastroscopia. Los síntomas alérgicos pueden variar en intensidad, abarcando desde urticaria, angioedema, hasta llegar (en sus formas más graves) a desencadenar episodios de shock anafiláctico.

La sensibilización alérgica se confirma mediante la realización de pruebas cutáneas de hipersensibilidad inmediata (prick-test) y/o determinación serológica de niveles de IgE específica. Los valores de IgE específica son positivas a partir de 0,35 KU/L y en nuestro paciente los niveles de IgE específica frente a *Anisakis simplex* son de 10 (por tanto, muy elevados).

En estos pacientes, las recomendaciones dietéticas consisten en no consumir pescado fresco; por el contrario, sí pueden consumir pescado que haya sido sometido a una ultracongelación industrial (*respuesta 1 incorrecta*), ya que las larvas de *Anisakis simplex* no pueden sobrevivir a temperaturas inferiores a -20°C (*respuesta 3 correcta*). Además, es recomendable que coman el pescado bien horneado ya que las larvas también mueren con temperaturas superiores a 60°C durante más de 10 minutos. Deben EVITAR la ingestión de cualquier pescado que esté crudo o poco cocinado, tales como pescados en vinagre, a la plancha y en el microondas, así como el consumo de pescado poco procesado (ahumado, marinado, en vinagre, escabechado, carpaccio, ceviche y sushi) (*respuestas 2 y 4 incorrectas*). Asimismo, debe evitar comer crudos los cefalópodos, tales como pulpo y calamar. Consumir preferentemente colas de pescado, ya que las larvas del parásito suelen estar cerca de las vísceras de la cabeza.



Pregunta (11819): (40) Mujer de 16 años diagnosticada de rinoconjuntivitis alérgica por sensibilización a pólenes de gramíneas desde los 10 años, que no controla totalmente la sintomatología en época de polinización con antihistamínicos orales y corticoides tópicos nasales. ¿Qué opción terapéutica etiológica estaría indicada?:

- 1. Inmunoterapia específica vía sublingual o vía subcutánea durante un periodo mínimo de 3 años.
- 2. Inmunoterapia específica vía sublingual o vía subcutánea durante un periodo máximo de 1 año.
- 3. Omalizumab vía subcutánea cada 4 semanas durante un periodo máximo de 1 año.
- 4. Omalizumab vía subcutánea cada 4 semanas durante un periodo mínimo de 6 meses.

300739 OTORRINOLARINGOLOGÍA Difícil -6%

Solución: 1

Nos hablan de una paciente con *sintomatología nasconjuntival por sensibilización alérgica a pólenes de gramíneas*, de 6 años de evolución, que no mejora a pesar de tratamiento sintomático con corticoides y antihistamínicos. Nos preguntan por el tratamiento etiológico.

Según la OMS, el único tratamiento etiológico de la enfermedad alérgica es la **inmunoterapia**, la cual produce remisión de la clínica alérgica, así como disminución en el consumo de medicación sintomática; asimismo, es el único tratamiento capaz de modificar el curso natural de la enfermedad alérgica. La **inmunoterapia con alérgenos** (ITA o vacunas antialérgicas), también llamada **desensibilización**, consiste en administrar progresivamente dosis crecientes del alérgeno (pólenes, ácaros, epitelios de animales, hongos), con el fin de habituar al organismo a los alérgenos responsables de la alergia (conseguir la tolerancia inmune), lo que reducirá la hiperreactividad del sistema inmune y la inflamación resultante. Está indicada en el tratamiento de la *rinitis alérgica*, asma bronquial y alergia al veneno de himenópteros. Pueden ser administradas por **vía subcutánea o por vía sublingual**. Consta de dos fases: de inicio y de mantenimiento. La **duración** de la ITA oscila **entre 3 y 5 años** (*respuesta 1 correcta; respuesta 2 incorrecta*).

Omalizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado derivado del ADN recombinante que se une selectivamente a la inmunoglobulina E humana (IgE). Omalizumab se une a la IgE y previene la unión de esta al receptor de IgE de alta afinidad de la superficie de los mastocitos, basófilos, monocitos y eosinófilos, reduciendo así la cantidad de IgE libre disponible para desencadenar la cascada alérgica. Se puede utilizar por **vía subcutánea cada 4 semanas** como tratamiento adicional en pacientes con asma alérgica grave persistente y para el tratamiento de la urticaria crónica espontánea (*respuestas 3 y 4 incorrectas*). No es útil en los episodios agudos y se considera como una terapia complementaria que puede ser útil en determinados enfermos, asociado a otros fármacos con un uso plenamente establecido.



El polen es la causa de la rinitis alérgica estacional



La tríada típica de hiperreactividad nasal consta de obstrucción, prurito con estornudos en salva y rinorrea acuosa

Pregunta (11820): (41) Se realiza un estudio para determinar la posible relación entre la contaminación ambiental por SO2 en diversas zonas geográficas y el número de visitas a urgencias por asma. Sobre el diseño del estudio, señale la respuesta correcta:

- 1. Estudio de correlación ecológica.
- 2. Estudio de incidencia.
- 3. Estudio de prevalencia.
- 4. Estudio de cohortes.

300740 MEDICINA PREVENTIVA Fácil 80% Solución: 1

Los **estudios ecológicos** son un tipo de estudios observacionales que también se conocen como estudios de correlación o agregados. Tienen como unidad de análisis a colectivos determinados por **criterios geográficos** o temporales. La unidad de observación y análisis es la población de tal forma que se utilizan valores medios de exposición y desenlace que se refieren a una población de estudio entera (respuesta 1 correcta).

Los **estudios de incidencia** son aquellos que evalúan la aparición de casos nuevos de un determinado evento (estudios prospectivos) y pueden ser tanto estudios observacionales como experimentales (respuesta 2 incorrecta).

Los **estudios de prevalencia**, también conocidos como estudios transversales o de corte, son estudios observacionales que recogen en un momento concreto y de forma simultánea la exposición y el desenlace de interés (respuesta 3 incorrecta).

Los **estudios de cohortes** son estudios observacionales que comparan dos grupos con diferente exposición a un factor de riesgo o de protección - uno expuesto y otro no expuesto - y comparan el número de desenlaces que aparecen en cada grupo, por eso son estudios observacionales analíticos (respuesta 4 incorrecta).



Los estudios ecológicos la unidad de estudio se define por criterios geográficos, comunidades o agregaciones

Pregunta (11821): (42) ¿Qué tipo de medidas de precaución deben adoptarse ante un paciente con neumonía y antigenuria positiva a *Legionella pneumophila*?:

- 1. Precauciones de transmisión por gotas.
- 2. Precauciones de transmisión por contacto.
- 3. Precauciones de transmisión por aire.
- 4. Precauciones estándar.

300741 MEDICINA PREVENTIVA Difícil -4% Solución: 4

Las medidas a adoptar en pacientes con enfermedades infecto-contagiosas se basan en el mecanismo de transmisión del agente causante. En el caso de la *Legionella pneumophila*, aunque la transmisión es por aire indirecta por aerosoles o gotas de pequeño tamaño, no existe contagio inter humanos, sino que la fuente de contagio suele estar en sistemas de refrigeración o ventilación. Por eso, basta con **precauciones estándar** (respuesta 4 correcta).

La **transmisión por gotas** es un tipo de transmisión por vía aérea directa, de gotas de gran tamaño y que exige proximidad. Es el tipo de transmisión más frecuente. Estas medidas se aplican para Haemophilus, la gripe o neumococo, entre otros (respuesta 1 incorrecta).

La **transmisión por contacto** exige contacto físico directo y por ella se transmiten algunos agentes como los virus causantes de gastroenteritis (rotavirus, norovirus), Clostridioides, virus herpes y también algunos microorganismos multirresistentes (respuesta 2 incorrecta).

La **transmisión por aire** o aérea indirecta se produce por aerosoles o gotículas de pequeño tamaño. Es el caso de la tuberculosis, la varicela o el sarampión (respuesta 4 incorrecta).

PRECAUCIONES A TOMAR SEGÚN EL TIPO DE AISLAMIENTO			
	CONTACTO	GOTAS	AÉREO
Habitación Individual	X	X	X
Puerta cerrada y presión negativa			X
Higiene de manos	X	X	X
Guantes	X		
Bata	X		
Mascarilla quirúrgica		X	
Mascarilla de partículas (FFP2 o N95)			X
Transporte con mascarilla quirúrgica		X	X

Pregunta (11822): (43) En un meta-análisis, el estimador combinado de los resultados de los estudios revisados es:

- 1. La suma de los resultados de todos los estudios.
- 2. La media aritmética de los resultados de todos los estudios.
- 3. La media ponderada de los resultados de todos los estudios.
- 4. El porcentaje de resultados favorables a la hipótesis estudiada en todos los estudios.

300742 MEDICINA PREVENTIVA Normal 63% Solución: 3

El metaanálisis intenta combinar los efectos hallados en varios estudios (ya sean proporciones, medias, RR, OR...etc) estimando un nuevo parámetro que sintetiza lo aportado por cada una de las investigaciones individuales. Estima así un **promedio ponderado de lo hallado en todos los estudios** (respuesta 3 correcta).

La ponderación o el peso que se asigna a cada estudio dentro del metaanálisis se hace de manera distinta según se emplee un modelo de efectos fijos (otorga a cada estudio un peso que es el inverso de su varianza) o un modelo de efectos aleatorios (otorga un peso a cada estudio que tiene en el denominador no sólo la varianza dentro de ese estudio, sino también la varianza entre estudios).

La suma de los resultados, la media aritmética y el porcentaje de resultados favorables a la hipótesis nula no se emplean en el estimador combinado del metaanálisis (respuestas 1, 2 y 4 incorrectas).

Pregunta (11823): (44) La especificidad de una prueba diagnóstica es del 94 %. ¿Cuál es la interpretación correcta?:

- 1. De cada 100 resultados negativos, 94 corresponden a pacientes sanos.
- 2. De cada 100 pacientes sanos, en 94 el resultado de la prueba será negativo.
- 3. De cada 100 pacientes enfermos, en 6 el resultado de la prueba será negativo.
- 4. De cada 100 resultados positivos, 6 corresponden a pacientes enfermos.

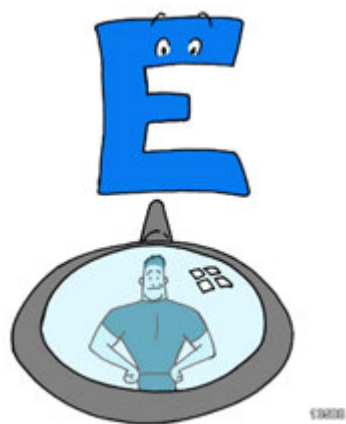
300743 MEDICINA PREVENTIVA Normal 81% Solución: 2

La especificidad de una prueba diagnóstica se define como la capacidad que tiene la prueba de detectar verdaderos negativos cuando se compara con el criterio de verdad o gold standard. Por eso se calcula como número de verdaderos negativos dividido entre el total de pacientes sanos ($VN / VN + FP$). Por eso, una especificidad del 94% se interpreta como **de 100 pacientes sanos a los que realicemos la prueba, obtendremos en 94 de ellos un resultado negativo** (respuesta 2 correcta).

La probabilidad de estar sano habiendo obtenido un resultado negativo en la prueba es el valor predictivo negativo (respuesta 1 incorrecta).

Un resultado negativo en la prueba realizada a un enfermo se considera un falso negativo, y es el complementario de la sensibilidad (respuesta 3 incorrecta).

La probabilidad de estar enfermo habiendo obtenido un resultado positivo en la prueba es el valor predictivo positivo (respuesta 4 incorrecta).



La especificidad es la capacidad de descartar sanos: los sanos que clasificamos bien (VN) entre todos los sanos (VN y FP).

Pregunta (11824): (45) En la valoración del riesgo de sesgo en los ensayos clínicos ¿cuál de los siguientes criterios se considera?:

1. Pérdidas en el seguimiento.
2. Falta de representatividad de la muestra.
3. Insuficiente tamaño muestral.
4. Escasa comparabilidad de los casos y controles.

300744	MEDICINA PREVENTIVA	Normal	43%
--------	---------------------	--------	-----

Solución: 1

Los ensayos clínicos son estudios experimentales que se pueden ver afectados por distintos sesgos: en la selección de pacientes, en la aplicación de la intervención, en las pérdidas durante el seguimiento o en la evaluación de los resultados.

De las cuatro opciones de respuesta que nos dan en esta pregunta, la única que es un sesgo como tal es las **pérdidas en el seguimiento, también llamado sesgo de atrición, que es un tipo de sesgo de selección** (respuesta 1 correcta). Las pérdidas en el seguimiento pueden provocar un sesgo si las personas que abandonan el estudio tienen alguna característica distinta a las personas que permanecen en el estudio.

La **falta de representatividad de la muestra** afecta a la validez externa del estudio, es decir, a la posibilidad de generalizar los resultados obtenidos en un ensayo clínico (respuesta 2 incorrecta).

Un **tamaño muestral insuficiente** puede condicionar una falta de potencia estadística suficiente para encontrar diferencias entre los grupos que comparamos, aunque esto lo que aumenta es el riesgo de concluir que no existen diferencias o efectos cuando realmente sí existen, lo que en estadística se conoce como un error de tipo 2 (respuesta 3 incorrecta).

Aunque el término de **casos y controles** no se suele emplear en los ensayos clínicos si no en los estudios observacionales que llevan su mismo nombre - estudios de casos y controles - la **falta de comparabilidad** entre los grupos de un ensayo, por ejemplo, el grupo de intervención y el grupo control, puede producir un sesgo de confusión si la aleatorización no se ha hecho de manera correcta. No obstante, por la manera en la que está formulada la respuesta como casos y controles, esta opción no sería del todo correcta (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta (11825): (46) Un ensayo clínico controlado ha evaluado la eficacia de un nuevo antiagregante en pacientes graves con síndrome coronario agudo. En el grupo de tratamiento convencional (control) la mortalidad fue del 10 % en mujeres y del 8 % en hombres. En el grupo de intervención con el nuevo antiagregante, la mortalidad se redujo a la mitad del observado en el control tanto en mujeres como en hombres. En relación con la eficacia del nuevo antiagregante para mejorar la supervivencia según el género, señale la respuesta correcta:

1. Es más eficaz en mujeres, porque el valor de NNT estimado en mujeres es inferior al de los hombres.
2. Es más eficaz en hombres, porque el valor de NNT estimado en hombres es superior al de las mujeres.
3. El nuevo antiagregante es igual de eficaz en mujeres y hombres, porque en ambos casos reduce la mortalidad a la mitad.
4. Es más eficaz en hombres, porque el valor de NNT estimado en hombres es inferior al de mujeres.

300745	MEDICINA PREVENTIVA	Normal	40%
--------	---------------------	--------	-----

Solución: 1

El número necesario para tratar (NNT) es un tipo de medida de impacto que se calcula a partir de la diferencia absoluta de riesgo entre dos intervenciones, es decir, la diferencia de incidencias entre grupos.

En este caso, la incidencia en mujeres pasa del 10% al 5% y en hombres del 8% al 4%. Eso supone una diferencia absoluta del 5% o 0,05 en mujeres y del 4% o 0,04 en hombres. El NNT se calcula como la inversa de esa diferencia absoluta, es decir, $1/0,05 = 20$ mujeres y $1/0,04 = 25$ hombres. Por tanto, el valor del **NNT es inferior en mujeres que en hombres, lo que quiere decir que tengo que tratar a menos mujeres que a hombres para evitar una muerte**. Dicho de otro modo, el fármaco antiagregante es más eficaz en las mujeres (respuesta 1 correcta).

Para comparar la eficacia de una intervención **nos tenemos que fijar en la diferencia absoluta de incidencias y no en la diferencia relativa**, ya que en este caso, la diferencia relativa sería igual tanto para hombres como para mujeres, del 50% (respuesta 3 incorrecta).

Pregunta (11826): (47) ¿En cuál de las siguientes infecciones se precisan medidas de aislamiento de contacto y gotas?:

1. Varicela.
2. Fiebres hemorrágicas virales.
3. Norovirus.
4. Clostridioides difficile.

300746	MEDICINA PREVENTIVA	Difícil	1%
--------	---------------------	---------	----

Solución: 2

Las medidas de aislamiento de cada enfermedad infecto-contagiosa dependerán del tipo de transmisión que tiene el microorganismo responsable.

En el caso de la **varicela**, la transmisión es aérea indirecta por gotículas de pequeño tamaño y directa por contacto físico, por eso las medidas son aislamiento respiratorio y de contacto (respuesta 1 incorrecta).

Las **fiebres hemorrágicas virales**, como el virus Lassa, Ebola, Marburg o la fiebre de Crimea-Congo, se transmiten por vía aérea directa por gotas de gran tamaño y directa por contacto físico. Por eso, en estos casos se establecen medidas de aislamiento de contacto y de gotas (respuesta 2 correcta).

Los **norovirus y los Clostridioides**, microorganismos causantes de cuadros de gastroenteritis, se transmiten por contacto directo con las secreciones o piel/mucosas contaminadas. Por eso, el tipo de aislamiento que se lleva a cabo en estos casos es un aislamiento de contacto (respuesta 3 y 4 incorrectas).

Pregunta (11827): (48) Para conocer si el uso habitual de ácido acetil salicílico (AAS) se asocia a un mayor riesgo de hipertensión se selecciona un grupo de sujetos, se averigua cuántos están tomando AAS y se les sigue durante 5 años para identificar los casos nuevos de hipertensión. ¿Cuál es el diseño de este estudio?:

- 1. Es un ensayo clínico, porque se realiza con fármacos.
- 2. Es un estudio ecológico, porque se sigue a muchos sujetos.
- 3. Es un estudio de casos y controles, en el que los casos toman AAS y los controles no.
- 4. Es un estudio de cohortes, porque se sigue a sujetos clasificados según su exposición para identificar el riesgo de una enfermedad.

300747 MEDICINA PREVENTIVA Fácil 97%

Solución: 4

Las cuatro características que definen un estudio epidemiológico son la asignación de la intervención (experimental u observacional), la finalidad descriptiva o analítica, el seguimiento (longitudinal o transversal) y el momento de inicio (prospectivo o retrospectivo).

En este caso nos están planteando un estudio observacional (uso habitual de AAS), analítico (compara la exposición a AAS frente a pacientes que no lo toman o no expuestos), con seguimiento (durante 5 años) y que recoge casos nuevos (prospectivo). Estas cuatro características las cumplen los estudios de cohortes (respuesta 4 correcta).

El ensayo clínico es un estudio experimental en el que la intervención la aplica el investigador. En este caso no hay intervención porque solo se limita a clasificar a los pacientes en función de si están o no expuestos a AAS (respuesta 1 incorrecta).

Los estudios ecológicos son estudios observacionales descriptivos que trabajan con colectivos siguiendo criterios temporales o geográficos, como ciudades, países o continentes (respuesta 2 incorrecta).

Los estudios de casos y controles se diferencian de las cohortes en que los grupos de comparación se hacen en función de la presencia o ausencia de enfermedad, y no en base a haber estado expuesto o no a un fármaco (respuesta 3 incorrecta).



Pregunta (11828): (49) ¿Cuál es la mejor forma de medir la carga global de enfermedad en una población?:

- 1. Los años vividos con discapacidad.
- 2. Los años de vida perdidos por muerte prematura.
- 3. La mortalidad general y por las principales enfermedades.
- 4. Los años de vida ajustados por discapacidad.

300748 GESTIÓN CLÍNICA Fácil 84%

Solución: 4

Los años vividos con discapacidad (respuesta 1 incorrecta), los años de vida perdidos por muerte prematura (respuesta 2 incorrecta), así como la mortalidad general y por las principales enfermedades (respuesta 3 incorrecta) pueden ser medidas útiles para valorar el impacto o carga global de una determinada enfermedad en una población. Pero la mejor forma de medir la carga global de enfermedad en una población (que es literalmente lo que se formula en el enunciado de la pregunta) son los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) atribuibles a dicha enfermedad en dicha población (respuesta 4 correcta).

Los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) amplían la perspectiva de otros indicadores, mediante el procedimiento de sumar los años de vida perdidos por muerte prematura y los años de vida perdidos "durante la vida" por tener mala salud o discapacidad.

Al contrario que en los AVAC (años de vida ajustados por calidad, unidad habitualmente empleada en los análisis de coste-utilidad, y que se consideran años "ganados"), en los AVAD se hace el ajuste para considerar los años como "perdidos", de manera que se da el valor "0" al óptimo estado de salud (equivalente a no perder años de vida durante ese tiempo) y el valor "1" a la muerte prematura. Por lo tanto, el recuento de los AVAD ya indica directamente la pérdida de años por muerte prematura o discapacidad que genera esa enfermedad. Los AVAD se emplean en el proyecto de carga global de enfermedad o "Global Burden of Disease", auspiciado por la OMS.

Pregunta (11829): (50) Varón de 58 años que acude a control programado de una diabetes mellitus tipo 2 diagnosticada hace 6 años. Tiene antecedentes personales de HTA, dislipidemia, cardiopatía isquémica y pancreatitis de origen biliar. Su medicación incluye lisinopril, metoprolol, metformina, AAS y atorvastatina. En la exploración física presenta tensión arterial 151/93 mmHg, IMC 27,1 kg/m2. La hemoglobina glicada es de 8,3 %. ¿Cuál de los siguientes es el tratamiento más adecuado para este paciente?:

- 1. Empaglifozina.
- 2. Glipizida.
- 3. Acarbosa.
- 4. Sitagliptina.

300749 FARMACOLOGÍA Fácil 89%

Solución: 1

Ante un paciente diabético tipo 2 que recibe tratamiento con anti-diabéticos orales (metformina), no presenta clínica cardinal de diabetes y presenta un mal control de hemoglobina glicosilada, se debería complementar su tratamiento antidiabético.

La emagliflozina es un iSGLT2 que ha demostrado disminuir la mortalidad cardiovascular en los pacientes diabéticos y la mortalidad por insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida en diabéticos y no diabéticos. Consecuentemente, en un paciente hipertenso con antecedentes de cardiopatía isquémica, parece el fármaco que más beneficio puede aportarle (respuesta 1 correcta).

La glipizida es un sulfonilurea, fármacos secretagogos que pueden ocasionar hipoglucemias, y entre sus efectos adversos incluye el aumento de peso, por lo que no parece el más indicado en paciente con sobrepeso -IMC 27 kg/m2- (respuesta 2 incorrecta).

La acarbosa es un inhibido de la alfa-glucosidasa intestinal que puede ocasionar intolerancia digestiva por diarreas osmóticas y es poco eficaz como antidiabético (respuesta 3 incorrecta).

La sitagliptina es un inhibidor de la DPP4, que suele utilizarse en pacientes con insuficiencia renal crónica pero no se han descrito beneficios cardiovasculares adicionales en este grupo (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta (11830): (51) Mujer de 55 años con diabetes tipo 1 diagnosticada a los 15 años que refiere náuseas y distensión abdominal, especialmente después de las comidas. La evaluación es compatible con una gastroparesia diabética. ¿Cuál de los siguientes medicamentos sería el tratamiento más adecuado para mejorar sus síntomas?:

- 1. Lansoprazol.
- 2. Ondansetrón.
- 3. Loperamida.
- 4. Metoclopramida.

300750 FARMACOLOGÍA Difícil 33%

Solución: 4

Las náuseas y la distensión abdominal postprandial en un paciente diabético deben hacernos sospechar una gastroparesia diabética. Su tratamiento son los procinéticos como la metoclopramida (respuesta 4 correcta).

El lansoprazol es un inhibidor de la bomba de protones, indicado en cuadros como la enfermedad por reflujo gastroesofágico (respuesta 1 incorrecta).

El ondansetrón es un inhibidor de los receptores 5HT3 y es un antiemético (respuesta 2 incorrecta).

La loperamida es un opioide antidiarreico (respuesta 3 incorrecta).

Pregunta (11831): (52) Mujer de 35 años diagnosticada de esquizofrenia refractaria que ha iniciado tratamiento con clozapina. ¿Qué valor de laboratorio se debería monitorizar de forma periódica?:

- 1. El aclaramiento de creatinina.
- 2. El recuento sanguíneo de leucocitos.
- 3. El nivel sérico de colesterol.
- 4. El nivel sérico de transaminasas.

300751 FARMACOLOGÍA Fácil 93%

Solución: 2

La **clozapina** es un antipsicótico de 2ª generación, de gran efectividad, que presenta efectos adversos graves poco frecuentes como la miocarditis o la **agranulocitosis**. Es por ello que debe monitorizarse periódicamente la serie blanca (respuesta 2 correcta; 1, 3 y 4 incorrectas).

Pregunta (11832): (53) Varón de 28 años que es trasladado a urgencias con signos de intoxicación aguda. Está consciente y presenta un cuadro caracterizado por vómitos, diarrea, sudoración, sialorrea, lagrimeo y miosis. Considerando la causa más probable de este síndrome, ¿qué fármaco indicaría para su tratamiento de entre los siguientes?:

- 1. Naloxona.
- 2. Flumazenilo.
- 3. Ciproheptadina.
- 4. Atropina.

300752 FARMACOLOGÍA Normal 51%

Solución: 4

Un cuadro de **hipersecreción mucosa** (lagrimeo, sialorrea), **hipermotilidad intestinal** (vómitos, diarrea) y **miosis** en un contexto de **intoxicación aguda** debe hacernos sospechar un **síndrome muscarínico**. Éste se trata con un **antagonista muscarínico** como la **atropina** (respuesta 4 correcta) y pueden asociarse oximas, sobre todo en intoxicaciones ocasionadas por organofosforados (inhibidores irreversibles de la acetilcolinesterasa).

La **naloxona** es el antídoto en una intoxicación **opioide**, en el que estaría presente la miosis acompañada de disminución del nivel de alerta y depresión respiratoria, pero no se caracteriza por hipermotilidad intestinal (respuesta 1 incorrecta).

El **flumazenilo** es el tratamiento de elección en las intoxicaciones **benzodiacepínicas**, que suelen manifestarse como una disminución de la consciencia y depresión respiratoria (respuesta 2 incorrecta).

La **ciproheptidina** es un **antihistamínico** de primera generación, que se utiliza en alergias y cinetosis. Aunque tiene propiedades anticolinérgicas no es el tratamiento de elección del síndrome muscarínico (respuesta 3 incorrecta).

Pregunta (11833): (54) ¿Qué afirmación es correcta en relación con el omeprazol?:

- 1. Es un potente antiácido.
- 2. Bloquea reversiblemente la bomba de hidrogeniones en el estómago.
- 3. Es un profármaco.
- 4. Tras disolverse su cubierta entérica en el estómago se une directamente a la bomba de protones de la célula parietal.

300753 FARMACOLOGÍA Difícil -13%

Solución: 3

El **omeprazol** es un **inhibidor de la bomba de protones** que actúa directamente sobre la secreción ácida del estómago, a diferencia de los antiácidos (sales de aluminio o magnesio), que se unen a los ácidos una vez formados (respuesta 1 incorrecta).

Respecto a su modo de acción, se trata de un **profármaco** (respuesta 3 correcta) que, tras absorberse vía sistémica en el intestino delgado (respuesta 4 incorrecta), alcanza los canalículos secretorios de la célula parietal y es en ese medio ácido donde se protoniza y adquiere su actividad.

Aunque existe diversidad de opiniones entre los autores, la mayoría de fuentes reflejan que se trata de una **inhibición irreversible** de la bomba de H⁺/K⁺-ATPasa de la célula parietal (respuesta 2 incorrecta).

Pregunta (11834): (55) Paciente diabético de 63 años a quien su médico de familia ha solicitado una analítica para determinar los niveles de vitamina B12. ¿Cuál es el fármaco antidiabético que toma que justifica dicha solicitud?:

- 1. Gliclazida.
- 2. Metformina.
- 3. Repaglinida.
- 4. Pioglitazona.

300754 FARMACOLOGÍA Normal 47%

Solución: 2

La **metformina** es una biguanida y entre sus efectos adversos destacan la intolerancia gastrointestinal, el sabor metálico, el **déficit de B12** por mecanismos poco claros (respuesta 2 correcta) y la acidosis láctica.

La **gliclazida** es una sulfonilurea que presenta, como efecto adverso más destacable, **hipoglucemias** por su efecto secretagogo (respuesta 1 incorrecta). La **repaglinida** es una meglitinida con un modo de acción similar a las sulfonilureas pero que pueden utilizarse en pacientes con insuficiencia renal, siendo las hipoglucemias menos frecuentes en esta familia (respuesta 3 incorrecta).

La **pioglitazona** es una tiazolidinediona y entre sus efectos adversos destacan el empeoramiento de la insuficiencia cardíaca, el aumento de peso, la osteoporosis o la asociación con uretrorragias (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta (11835): (56) Para tratar una infección en un niño alérgico a la penicilina, de los siguientes antibióticos a los que el germen es sensible según el antibiograma. ¿cuál utilizaría?:

- 1. Claritromicina.
- 2. Imipenem.
- 3. Ceftriaxona.
- 4. Norfloxacin.

300755 FARMACOLOGÍA Fácil 74%

Solución: 1

Para tratar una **infección** en un niño **alérgico** a la penicilina hay que valorar 4 cuestiones a la hora de elegir el antibiótico que lo reemplace: que tenga efectividad contra el microorganismo que ocasiona la infección, que presente el mínimo número de efectos adversos, que la vía de administración sea la más cómoda posible y que tenga un espectro reducido de cara a disminuir la resistencia a los antibióticos de amplio espectro.

El **imipenem** y la **ceftriaxona** son fármacos de administración exclusiva **parenteral** (respuestas 2 y 3 incorrectas).

El **norfloxacin** es una quinolona, y recientemente la AEMPs ha redactado un documento en el que recomienda no usar quinolonas en infecciones leves o autolimitadas por su relación con roturas tendinosas y alteraciones del SNC. En **niños** estos fármacos están especialmente restringidos por ocasionar frecuentemente **artralgias** (respuesta 4 incorrecta).

Los **macrólidos** como la **claritromicina**, de administración oral, son los principales fármacos utilizados en pacientes alérgicos a las penicilinas (respuesta 1 correcta), por su espectro similar y comodidad de uso.

Pregunta (11836): (57) Uno de los siguientes signos clínicos impide realizar el diagnóstico de muerte cerebral:

- 1. Presencia de reflejos medulares.
- 2. Anisocoria.
- 3. Ausencia de hipotensión.
- 4. Ausencia de ventilación espontánea.

300756 ANESTESIOLOGÍA Difícil 29%

Solución: 2

Para el diagnóstico de muerte cerebral debemos determinar una **coma estructural de etiología conocida e irreversible**.

Para ello necesitamos una serie de **condiciones clínicas**:

- Estabilidad hemodinámica: **ausencia de hipotensión** (respuesta 3 incorrecta).
- Ausencia de hipotermia.
- Ausencia de depresores del SNC (benzodiacepinas, opioides, hipnóticos, etc.)

Es decir, situaciones que condicionan disfunción del SNC y puedan ser reversibles.

La **exploración neurológica** consiste en demostrar:

- **Coma arreactivo:** 3 en la escala deGlasgow.
- **Ausencia de reflejos troncoencefálicos:**
 1. **No Reflejo fotomotor:** pupilas en midriasis media arreactiva (respuesta 2 correcta). La anisocoria excluye el diagnóstico de muerte cerebral ya que nos indica que hay una asimetría en la función del mesencéfalo (compresión, isquemia) y por lo tanto aún hay SNC funcionando.
 2. No Reflejos bulboprotuberanciales: oculocefálico y oculo-vestibular, corneal y tusígeno.
- **Ausencia de ventilación espontánea** (respuesta 4 incorrecta): la comprobación se realiza con el **test de apnea**. Se deja el paciente sin ventilar para lograr $pCO_2 > 60\text{mmHg}$ lo que en condiciones normales provocaría un movimiento respiratorio espontáneo.
- **Ausencia de taquicardia en el test de atropina:** la atropina es un anticolinérgico que produce taquicardia a través del SN vegetativo. Si no hay respuesta nos indica daño a ese nivel.
- **La presencia de reflejos a nivel medular (plantar, cremastérico, etc) NO impide el diagnóstico de muerte cerebral** (respuesta 1 incorrecta). Están presentes de forma habitual y exaltados debido a una liberación de los centros superiores.

Pregunta (11837): (58) Indique cuál de los siguientes NO se considera un factor de riesgo de delirium postoperatorio en el paciente mayor:

1. Caídas previas.
2. Demencia o deterioro cognitivo.
3. Institucionalizado en una residencia.
4. Alteración visual y auditiva.

300757 ANESTESIOLOGÍA Fácil 66%

Solución: 1

El **delirium postoperatorio** suele aparecer en las primeras 24h tras una intervención quirúrgica caracterizándose por fluctuaciones del nivel de consciencia, alucinaciones y/o alteraciones del ritmo sueño-vigilia. Son **factores predisponentes**:

- Edad avanzada.
- **Deterioro cognitivo** (respuesta 2 incorrecta).
- **Déficits auditivos y/o visuales** (respuesta 4 incorrecta).
- Polimedicación.
- Dependencia funcional.
- **Pacientes institucionalizados** (respuesta 3 incorrecta).
- Desnutrición / abuso de alcohol.

Las **caídas previas NO se consideran un factor de riesgo de delirium postoperatorio** (respuesta 1 correcta). Si existen dudas pensar de forma genérica en una caída: podría haber sido en la infancia, con un simple golpe, etc.

Pregunta (11838): (59) En la valoración preoperatoria de un paciente. ¿cuál de los siguientes NO consideraría un factor predisponente a desarrollar complicaciones pulmonares?:

35. Edad > 60 años.
36. Albúmina sérica < 3,5 g/100ml.
37. Consumo de alcohol.
38. ASA = 1.

300758 ANESTESIOLOGÍA Fácil 81%

Solución: 4

Las **complicaciones pulmonares postoperatorias** (atelectasias, neumonías) son una de las principales causas de morbilidad en el procedimiento quirúrgico. Son **factores de riesgo**:

Factores relacionados con el paciente:

- **Edad > 60 años** (respuesta 1 incorrecta).
- **ASA 3 o >** (enfermedad sistémica grave que provoca limitación funcional) (respuesta 4 correcta).
- Fumadores.
- Obesidad.
- Enfermedad respiratoria: EPOC, SAOS.
- **Desnutrición (albúmina < 3'5 g/dl) y/o abuso de alcohol** (respuesta 2 y 3 incorrectas).

Factores relacionados con el procedimiento:

- Anestesia general.
- Cirugía urgente.
- Duración cirugía > 3h.
- Cirugía torácica y abdominal.

Pregunta (11839): (60) Paciente de 20 años que acude a urgencias tras sufrir un accidente de bicicleta con traumatismo facial. Se realiza TC craneal que muestra una fractura del tercio medio facial que afecta a la región órbito-malar. Una de las complicaciones más frecuentes de este tipo de fracturas es:

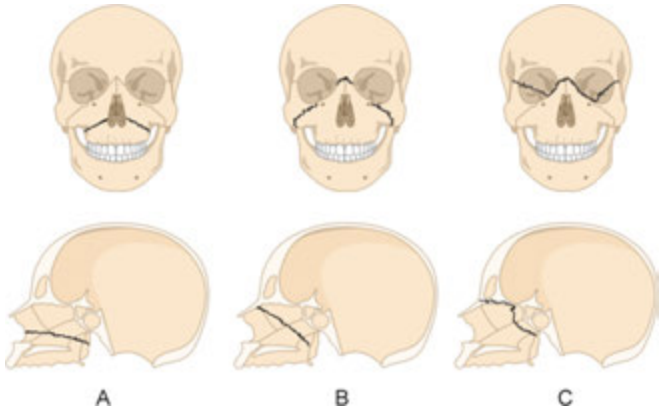
1. Anquilosis témporo-mandibular.
2. Maloclusión dental.
3. Pseudoartrosis naso-etmoidal.
4. Enoftalmos.

300759 C. MAXILOFACIAL Fácil 72%

Solución: 4

Las **fracturas de tercio medio facial** fueron clasificadas por Le Fort en tres tipos:

- **Le Fort I:** Fractura transversal del maxilar superior por encima de los dientes (fractura del proceso alveolar maxilar superior)
- **Le Fort II:** Fractura piramidal en que la línea de fractura afecta a los huesos nasales, pared interna de la órbita, suelo de órbita y sutura máxilo-malar.
- **Le Fort III:** separación del tercio medio facial de la base del cráneo, por extensión de la línea de fractura por la sutura frontomalar, frontomaxilar y nasomaxilar.



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

Por lo tanto, tanto las fracturas de **Le Fort II como las de Le Fort III afectan a la órbita, como también lo hacen las fracturas orbitomales**, como la que describen en el enunciado de la pregunta. Las fracturas que afectan al suelo de la órbita pueden provocar diplopía al mirar hacia arriba por atrapamiento del músculo recto inferior en el trazo de fractura y **enoftalmos** como consecuencia de la herniación del contenido orbitario hacia el seno maxilar (**respuesta 4 correcta**).

La **anquilosis temporo-mandibular** puede ser una complicación de una fractura del cóndilo de la mandíbula, pero **no** de una fractura orbitomalar (**respuesta 1 incorrecta**).

La **maloclusión dental** puede aparecer en las fracturas mandibulares y en las fracturas del tercio medio facial por desplazamiento del maxilar superior, pero **no** son una complicación de una fractura orbitomalar (**respuesta 2 incorrecta**).

La **pseudartrosis naso-etmoidal** (ausencia de consolidación de la fractura) puede ser una complicación de una fractura Le Fort II o de una fractura nasoetmoidal (medial), pero **no** aparece como complicación de una fractura orbitomalar (lateral) (**respuesta 3 incorrecta**).

Pregunta (11840): (61) El conocimiento de la anatomía de la mama es fundamental a la hora de realizar intervenciones quirúrgicas en cirugía plástica. Señale cuál de los siguientes troncos nerviosos es el encargado en la mayoría de los casos de inervar el complejo areola-pezones:

1. Rama cutánea lateral del nervio intercostobraquial.
2. Ramas cutáneas mediales del plexo cervical.
3. Rama cutánea medial del nervio torácico largo.
4. Rama cutánea lateral de los nervios intercostales.

300760 C. PLÁSTICA Difícil 12%

Solución: 4

La glándula mamaria es innervada por varios grupos nerviosos:

- El complejo areola-pezones es innervado mayoritariamente por las ramas laterales de los nervios intercostales (T3-T4) (respuesta 4 verdadera).
- El nervio intercostobraquial procede de la rama cutánea lateral del 2º nervio intercostal, cruza la axila e innerva la mitad superior interna y posterior del brazo (respuesta 1 incorrecta).
- Las ramas cutáneas del plexo cervical (nervios supraclaviculares) dan innervación al polo superior de la mama (respuesta 2 incorrecta).
- El nervio torácico largo o nervio respiratorio de Bell es una rama colateral del plexo braquial. Da innervación motora al músculo serrato anterior (respuesta 3 incorrecta).

Pregunta (11841): (62) Mujer de 57 años intervenida de mastoplastia de aumento con prótesis hace 4 años. Refiere que desde hace 2 años su mama izquierda está más rígida que la derecha y que en ocasiones le ha producido molestias al realizar esfuerzos con su brazo izquierdo. En la exploración física presenta asimetría evidente de ambas mamas con aumento de la consistencia y cierta deformidad de la mama izquierda y desplazamiento moderado hacia el hueco axilar. ¿Cuál de los siguientes es el diagnóstico más probable?:

1. Seroma crónico con colonización bacteriana.
2. Linfoma anaplásico de células grandes asociado a prótesis mamarias.
3. Contractura capsular.
4. Carcinoma ductal infiltrante de mama.

300761 C. PLÁSTICA Normal 53%

Solución: 3

El uso de implantes para aumento o reconstrucción mamaria no está exento de riesgos y complicaciones.

Si excluimos las complicaciones postoperatorias (hematoma, seroma, infección, dehiscencia de herida quirúrgica), la complicación más frecuente es la aparición de una **cápsula periprotésica**. Es una reacción fisiopatológica al implante de material extraño pero no siempre debe interpretarse como patológica. La formación de la cápsula se inicia en los primeros meses tras el implante pero puede prolongarse durante varios años. **Se caracteriza por una deformidad y desplazamiento de la mama, aumento la consistencia, desde molestias a dolor claro** (respuesta 3 correcta).

El **Linfoma anaplásico de células grandes** asociado a prótesis mamaria es un cuadro de descripción reciente. Es más frecuente con el uso de prótesis rugosas (texturizadas). Puede desarrollarse desde pocos meses tras el implante hasta varios años. **El signo clínico que debe hacernos sospechar esta entidad es la aparición de un seroma tardío con aumento de tamaño de la mama** (respuesta 2 incorrecta).

El **carcinoma infiltrante de la mama** no tiene relación con el uso de prótesis mamaria. Su incidencia es similar en mujeres portadoras o no de prótesis. El signo habitual que nos hace sospechar su presencia es la **aparición de una masa en la mama** (respuesta 4 incorrecta).

El **seroma crónico con colonización bacteriana** es una infección tardía que tiene su origen en contaminación durante el implante. Se caracteriza por un **aumento del tamaño de la mama a veces asociado a cambios inflamatorios de la piel** (respuesta 1 incorrecta).

Pregunta (11842): (63) Varón de 36 años que consulta por hiperemia conjuntival y sensación de cuerpo extraño. En la exploración presenta afectación del ganglio preauricular. ¿Cuál de las siguientes patologías **NO** se corresponde con dicha exploración?:

1. Conjuntivitis adenovírica.
2. Conjuntivitis alérgica.
3. Síndrome oculoglandular de Parinaud.
4. Conjuntivitis por Chlamydia.

300762 OFTALMOLOGÍA Normal 36%

Solución: 2

La presencia de **adenopatía preauricular** en una conjuntivitis es típica de las **conjuntivitis víricas, sobre todo por adenovirus** (respuesta 1 incorrecta) y **conjuntivitis por inclusión (clamidias)**, (respuesta 4 incorrecta).

El **síndrome oculoglandular de Parinaud** es una conjuntivitis granulomatosa con folículos y adenopatías preauriculares (respuesta 3 incorrecta), su etiología: enfermedad por arañazo de gato, tularemia, tuberculosis, esporotricosis, sífilis...

En la **conjuntivitis alérgica** podemos evidenciar signos característicos como secreción viscosa, presencia de papilas, en ocasiones afectación corneal, pero **no adenopatías preauriculares** (respuesta 2 correcta).

Pregunta (11843): (64) Mujer de 68 años que utiliza para visión lejana gafas de +4,00 dioptrías en ambos ojos. Consulta porque desde hace unas semanas tiene dolor ocular con cefalea y visión borrosa por la noche cuando está viendo la televisión en penumbra. ¿Cuál de las siguientes patologías es más probable que presente?:

1. Glaucoma por cierre angular primario.
2. Migraña.
3. Queratitis actínica.
4. Síndrome de ojo seco.

300763 OFTALMOLOGÍA Fácil 71%

Solución: 1

Mujer **hipermétrope**, nos dicen que usa gafas de +4,00 dioptrías, que al hacer cierta midriasis (ver TV en penumbra), **sufre síntomas compatibles con cierre angular parcial (dolor ocular, cefalea y visión borrosa)**, cuadro característico de un **glaucoma subagudo, subtipo del glaucoma primario por cierre angular** (respuesta 1 correcta). Un paciente con glaucoma por cierre angular primario puede estar asintomático, y la elevación de la presión intraocular (PIO) causar con el tiempo daño en el nervio óptico y afectación del campo visual; también es susceptible de sufrir un ataque agudo de glaucoma, si se produce un cierre angular total; y también puede, como nos presentan en la pregunta, tener cierres subagudos y transitorios, que cursarían con dolor ocular, cefalea y visión borrosa desencadenados por midriasis.

No es característico de la **migraña** que asocie dolor ocular y visión borrosa, precisamente en situación de penumbra, en ocasiones puede haber síntomas oculares en el aura, sobre todo del tipo escotomas centelleantes... (respuesta 2 incorrecta).

En la **queratitis actínica** hay dolor mientras persista la alteración epitelial, con independencia de estar viendo la televisión o de cualquier otra actividad, y no hay cefalea (respuesta 3 incorrecta).

El **síndrome de ojo seco** tampoco produce cefalea ni sus síntomas se asocian a ver televisión en penumbra (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta (11844): (65) ¿Cuál de las siguientes entidades es más probable que presente un paciente que acude a consulta por **visión borrosa y metamorfopsia**?:

1. Maculopatía.
2. Neuritis óptica.
3. Glaucoma agudo.
4. Catarata intumescente.

300764 OFTALMOLOGÍA Fácil 72%

Solución: 1

Es fundamental recordar, y también ha sido muy preguntado, que el binomio disminución de **visión + metamorfopsia = maculopatía** (respuesta 1 correcta). La **metamorfopsia o distorsión de las imágenes es propia de la patología macular**, sobre todo lo vemos en la DMAE (degeneración macular asociada a edad), pero también en otras maculopatías.

No observaremos metamorfopsia en patología del nervio óptico (respuesta 2 incorrecta), en todo caso alteración de la percepción del color, ni en ningún tipo de glaucoma (respuesta 3 incorrecta), ni afectación del cristalino (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta (11845): (66) Mujer de 60 años con crisis de mareo de segundos de duración que se desencadenan con los movimientos de la cabeza a la derecha y cuando se da la vuelta en la cama a la derecha. No se asocia a hipoacusia, sensación de taponamiento ni acúfenos. La exploración otológica, de la bipedestación y la marcha son normales. No se evidencia nistagmo espontáneo, pero con la maniobra de Dix-Hallpike a la derecha se identifica, tras breve latencia, un nistagmo disconjugado (más torsional derecho y más vertical izquierdo) de unos 30 segundos de duración con mareo y náuseas. Indique la afirmación correcta sobre su diagnóstico y manejo:

- 1. Vértigo de origen central, es preciso hacer una prueba de neuroimagen.
- 2. Vértigo posicional paroxístico benigno, debe ser tratado con la maniobra de Epley derecha.
- 3. Neuronitis vestibular derecha, debe ser tratada con sulpirida.
- 4. Primera crisis de enfermedad de Ménière en oído derecho, se infiltrarán corticoides intratimpánicos.

300765 OTORRINOLARINGOLOGÍA Fácil 81% Solución: 2

El vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB) es la causa más frecuente de síndrome vertiginoso y de vértigo periférico. La causa del VPPB es la canalolitiasis o existencia de partículas (porciones de los otolitos del utrículo) flotando en la endolinfa del conducto semicircular. Se produce por el paso de otoconias del utrículo al conducto semicircular posterior (que es el conducto más frecuentemente afectado). Al girar la cabeza (mirar hacia arriba o abajo, rotar en la posición de decúbito), el movimiento de las partículas libres estimula la cúpula y produce la sensación de vértigo y el nistagmus. Tras un periodo de latencia de unos segundos, aparece un nistagmo horizontorrotatorio que dura unos segundos. El VPPB de conducto posterior se diagnostica con la maniobra de Dix-Hallpike. Cuando el lado afecto está más abajo, aparece un nistagmo y un vértigo rotatorio intenso. El tratamiento recomendado para el VPPB NO es farmacológico sino la maniobra liberadora descrita por Epley o de reposición otolítica, realizada en la camilla o cama del paciente, que intenta llevar las partículas del conducto semicircular hacia el utrículo, evitando que se produzcan nuevas crisis (**respuesta 2 correcta**).



La mayoría de las veces el vértigo posicional paroxístico aparece cuando el paciente está tumbado en la cama y gira la cabeza hacia un lado



Prueba de provocación del vértigo posicional paroxístico (test de Dix-Hallpike)

Debemos pensar en vértigo de origen central si nos indican que se acompaña de otros síntomas de tipo neurológico, como parestias, parestesias o disartria. Un nistagmo vertical o en báscula (derecho cuando se mira a la derecha e izquierdo cuando se mira a la izquierda) es indicativo de origen central (**respuesta 1 incorrecta**).

La neuronitis vestibular es una inflamación del nervio vestibular de causa vírica en la que se desencadena una crisis de vértigo muy violenta que dura generalmente uno o dos días (**respuesta 3 incorrecta**). Inicialmente se tratan los síntomas con sedantes vestibulares como la sulpirida.

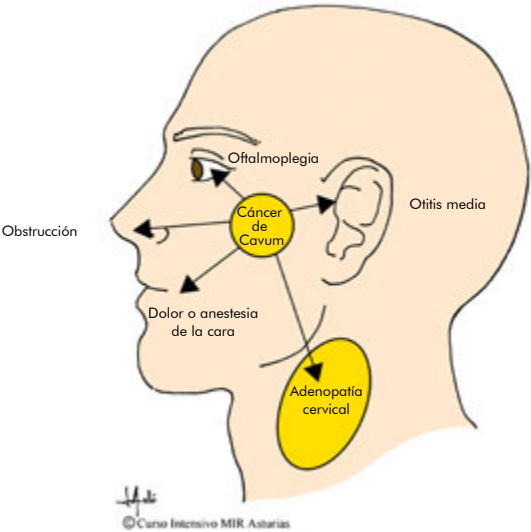
La enfermedad de Ménière o hidrops endolinfático se caracteriza por crisis de vértigo de entre 30 minutos y varias horas, acompañadas de hipoacusia unilateral perceptiva y acúfeno en el oído enfermo (**respuesta 4 incorrecta**).

Pregunta (11846): (67) Varón de 40 años sin antecedentes relevantes que consulta por hipoacusia izquierda de instauración progresiva y un bulto ipsilateral en el cuello. No refiere catarro de vías altas, rinorrea acuosa, prurito nasal, otalgia, otorrea, vértigo ni acúfenos. En la otoscopia, en el oído izquierdo se observa una membrana timpánica íntegra con una imagen de líquido ambarino con burbujas en oído medio, siendo la exploración del oído derecho normal. Rinne positivo en oído derecho y negativo en oído izquierdo, Weber lateraliza a oído izquierdo. ¿Cuál de las siguientes enfermedades es más probable que tenga en el oído izquierdo?:

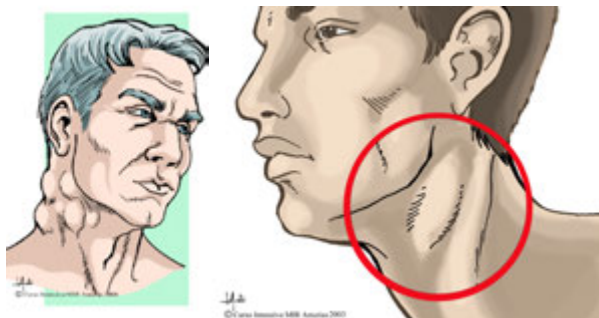
- 1. Otitis media aguda que debe ser tratada con antibióticos vía oral.
- 2. Otitis media crónica colestomatosa que debe ser tratada mediante cirugía.
- 3. Otitis media serosa que precisa una exploración de la nasofaringe en busca de una neoformación u obstrucción de la trompa de Eustaquio.
- 4. Hipoacusia neurosensorial que precisa la realización de una audiometría tonal y una logaudiometría.

300766 OTORRINOLARINGOLOGÍA Fácil 87% Solución: 3

El paciente de la pregunta tiene dos datos importantes: líquido ambarino con burbujas en oído medio que no produce otalgia y sí hipoacusia transmisiva (otitis media serosa), y una adenopatía del mismo lado. Este dato orienta a que pueda tener un carcinoma de cavum, cuya principal forma de presentación es precisamente la adenopatía cervical metastática. El crecimiento del tumor puede afectar a la trompa de Eustaquio y con ello causar la otitis serosa (**respuesta 3 correcta**).



Síntomas del cáncer de cavum



El síntoma de presentación más frecuente en el cáncer de cavum son las adenopatías cervicales metastásicas

La **otitis media aguda** cursa con **hipoacusia transmisiva** (Rinne negativo en el lado enfermo y Weber al lado enfermo), pero con **dolor** intenso y **otorrea** que nos dicen que **no** tiene el paciente descrito en esta pregunta (**respuesta 1 incorrecta**).
La **otitis media crónica colestomatosa** o colesteatoma cursa con **hipoacusia transmisiva** (Rinne negativo en el lado enfermo y Weber al lado enfermo), sin dolor, pero con **otorrea** crónica fétida que nos dicen que **no** tiene el paciente descrito en esta pregunta (**respuesta 2 incorrecta**).
La **hipoacusia neurosensorial** tiene una prueba de Rinne **positiva** en el lado enfermo, y la prueba de Weber se lateraliza al lado **sano** (**respuesta 4 incorrecta**).

Pregunta (11847): (68) Mujer de 52 años de edad, a la que tres semanas antes se había diagnosticado una sinusitis aguda maxilar, etmoidal y frontal derechos. Mejoró inicialmente con tratamiento antibiótico, descongestionante nasal, mucolítico y corticoides tópicos. Acude dos semanas después con un cuadro de fiebre, cefalea intensa, náuseas y malestar general. Para el estudio de posibles complicaciones supuradas intracraneales la prueba complementaria más adecuada es:

1. Tomografía axial computarizada del macizo facial con cortes coronales y axiales.
2. Endoscopia nasal con ópticas rígidas o flexibles.
3. Resonancia magnética nuclear con gadolinio.
4. Punción lumbar.

300767 OTORRINOLARINGOLOGÍA Dificil 7%

Solución: 3
El papel de la **radiografía simple de senos paranasales** es muy limitado. La única indicación definida para realizar radiografías simples cuando se sospecha sinusitis estriba en determinar si hay o no un nivel hidroaéreo en el seno frontal o en el maxilar. Por lo demás, las radiografías simples proporcionan un detalle anatómico inadecuado y **no** definen con precisión el sitio y la magnitud de la sinusitis.
La **tomografía computarizada con cortes coronales (TC de senos paranasales)** es el método de exploración más sensible para establecer el diagnóstico de sinusitis, estudiar la anatomía del complejo osteomeatal e identificar posibles complicaciones por extensión local de la infección a la órbita, o si el diagnóstico es incierto o se planea un tratamiento quirúrgico. La **TC** es de elección cuando se sospecha una complicación orbitaria, pero es inferior a la RNM para evaluar una complicación intracraneal como la que se describe en la pregunta (**respuesta 1 incorrecta**).
Cuando se sospecha una posible complicación **INTRACraneal** de una sinusitis (meningitis, absceso extradural, subdural o cerebral) la prueba complementaria más adecuada es la **resonancia magnética con contraste (gadolinio)** (**respuesta 3 correcta**).
La **endoscopia** **no** aportaría nada nuevo porque ya se sabe que tiene una sinusitis, la sospecha ahora es que exista una complicación intracraneal (**respuesta 2 incorrecta**).
Previamente a una **punción lumbar** se realiza una prueba de imagen que descarte anomalías intracraneales como que conlleven riesgo de herniación cerebral al evacuar líquido cefalorraquídeo con la punción lumbar. Hasta descartar por pruebas de imagen un absceso cerebral, la punción lumbar está contraindicada por riesgo de provocar un enclavamiento (**respuesta 4 incorrecta**). El absceso aparece en la TC como una lesión focal, con efecto masa y captación de contraste en anillo.

Pregunta (11848): (69) ¿Cuál es el marcador ecográfico más importante en el cribado de la preeclampsia del primer trimestre del embarazo?:

1. Longitud cráneo-caudal.
2. Grosor placentario.
3. Índice de pulsatilidad de las arterias uterinas.
4. Índice de pulsatilidad de la arteria central de la retina materna.

300768 GINECOLOGÍA Fácil 81%

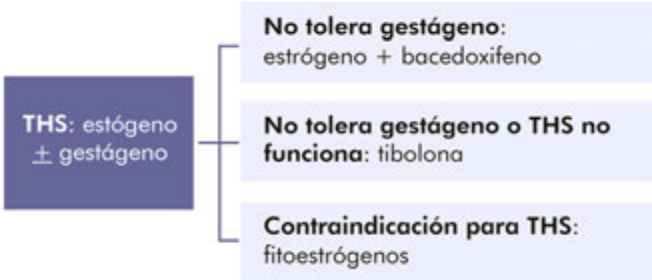
Solución: 3
Se han propuesto diversos modelos de cribado de preeclampsia en el primer trimestre, que abarcan desde la valoración de factores de riesgo maternos hasta modelos más complejos, basados en factores maternos, bioquímicos y biofísicos. No existe un modelo de cribado de elección, y la estrategia a usar dependerá del centro en cuestión.
La combinación en el primer trimestre de marcadores biofísicos, como la toma de la TA y la **medición del índice de pulsatilidad de las arterias uterinas** (**respuesta 3 correcta**), junto con marcadores bioquímicos, como el PIGF o la PAPP-A, aumentan la tasa de detección de preeclampsia.
La **longitud cráneo-caudal** es un marcador ecográfico de cromosomopatía (**respuesta 1 incorrecta**).
El **grosor placentario** está aumentado en hidrops fetal (**respuesta 2 incorrecta**).
El **índice de pulsatilidad de la arteria central de la retina materna** no se usa (**respuesta 4 incorrecta**).

Pregunta (11849): (70) Mujer de 43 años portadora de dispositivo intrauterino de levonorgestrel que consulta por falta de descanso nocturno con aparición de calor y palpitaciones. En la analítica destaca T4 libre 10,5 pmol/L (9-19), tirotrópina 2,1 mUI/L (0,30-5,00), FSH 95,6 UI/L (1,38-16,7), LH 21 UI/L (2,4-9,3), estradiol < 0,07 nmol/L (0,07 - 1,14). ¿Cuál es el tratamiento más adecuado?:

1. Benzodiacepinas.
2. Estrógenos vaginales.
3. Estrógenos y progestágenos orales en pauta continua.
4. Estrógenos transdérmicos en pauta continua.

300769 GINECOLOGÍA Dificil 10%

Solución: 4
La paciente del caso clínico, pese a ser joven, presenta **sofocos asociados a un hipogonadismo hipergonadotropo** (FSH y LH elevadas y un estradiol bajo): se trata de **una paciente menopáusica con síntomas vasomotores**. Dada la edad y la clínica tenemos que ofrecerle una terapia hormonal sustitutiva.
Dado que la paciente no está histerectomizada tiene que recibir estrógenos combinados con gestágenos para disminuir el riesgo de cáncer de endometrio. Los gestágenos se pueden administrar por vía oral, subcutánea o intrauterina. Esta paciente es ya portadora de un **DIU de levonorgestrel**, el cual es eficaz en la prevención de la hiperplasia endometrial en mujeres que usan terapia estrogénica sustitutiva, es por ello que le administraríamos únicamente los **estrógenos** (**respuesta 4 correcta**).
Si la paciente **no fuera portadora de DIU de levonorgestrel** habría que administrar **estrógenos y gestágenos** (**respuesta 3 incorrecta**).
Los **estrógenos vaginales** tratan la atrofia genital pero no los síntomas vasomotores (**respuesta 2 incorrecta**).
Las **benzodiacepinas** no son tratamiento de elección para ningún trastorno asociado a la menopausia (**respuesta 1 incorrecta**).



Tratamiento de los síntomas vasomotores en la menopausia

Pregunta (11850): (71) En relación con el estudio prenatal de aneuploidías mediante el cribado combinado del primer trimestre ¿Cuál es la afirmación correcta?:

- 1. El valor de la fracción libre de la gonadotropina coriónica se encuentra disminuido en la trisomía 21.
- 2. Se realiza mediante la combinación de datos analíticos y ecográficos.
- 3. Está indicada en el primer trimestre en población gestante de riesgo.
- 4. La transnolucencia nucal debe medirse entre las 11 y 14 semanas, mediante la realización de un corte sagital y con el embrión en posición de hiperflexión.

300770 GINECOLOGÍA Fácil 76%

Solución: 2

El cribado combinado del primer trimestre se indica en toda la población gestante (respuesta 3 incorrecta) para detectar a pacientes con alto riesgo de cromosomopatía.

Incluye un cribado "combinado" bioquímico y ecográfico (respuesta 2 correcta).

- El cribado bioquímico incluye la PAPPa (siempre baja en las trisomías) y la B-HCG (elevada en trisomía 21 y baja en trisomía 13/18) (respuesta 1 incorrecta).
- El cribado ecográfico incluye la translucencia nucal, que se tiene que medir en corte sagital donde se amplía la imagen para ver únicamente cabeza y tórax con el embrión en posición relajada (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta (11851): (72) ¿Cuál de los siguientes NO constituye un criterio de selección para la elección de la vía del parto en la presentación de nalgas durante el inicio del trabajo de parto?:

- 1. Tipo de presentación podálica (nalgas puras, completas o incompletas).
- 2. Medida del diámetro biparietal fetal.
- 3. Peso fetal.
- 4. Actitud de la cabeza fetal.

300771 GINECOLOGÍA Difícil 20%

Solución: 2

La presentación de nalgas es aquella en la que la pelvis de un feto en situación longitudinal está en contacto con el estrecho superior de la pelvis materna.

Ni la paridad ni la edad materna son criterios excluyentes para un intento de parto por vía vaginal.

El parto vaginal puede intentarse en casos de un feto con un crecimiento intrauterino fetal adecuado y un peso estimado inferior a 4000 gramos (respuesta 3 incorrecta).

No hay ninguna evidencia de la influencia del DBP en el pronóstico del parto de nalgas, por lo que su medición de cara a planificar el parto no se recomienda (respuesta 2 correcta).

La actitud de la cabeza fetal se determinará preferiblemente por ecografía. Solamente la actitud en flexión o indiferente son subsidiarias de intento de parto vaginal (respuesta 4 incorrecta).

El tipo de presentación se determinará por exploración clínica y/o ecográfica. Solo las presentaciones de nalgas puras o de nalgas completas son subsidiarias de intento de parto vaginal (respuesta 1 incorrecta).

Pregunta (11852): (73) Mujer de 51 años, menopáusica desde hace un año y medio, que consulta por manchado vaginal de 2 semanas de evolución. Refiere que el manchado es menor que una regla. En la ecografía se objetiva un endometrio de 7 mm. Señale la opción correcta:

- 1. El endometrio está engrosado y ante la clínica de la paciente, toma una biopsia endometrial con cánula de Cornier.
- 2. El endometrio no está engrosado por lo que le pauta ácido tranexámico y seguimiento ambulatorio.
- 3. Tiene indicación de histeroscopia diagnóstica sin necesidad de toma de biopsia endometrial.
- 4. El endometrio no está engrosado, pero como tiene clínica de metrorragia está indicada la realización de una biopsia endometrial.

300772 GINECOLOGÍA Fácil 86%

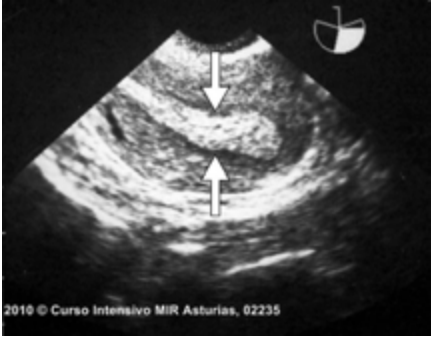
Solución: 1

En pacientes postmenopáusicas con sangrado está indicada la realización de una ecografía transvaginal como primer paso diagnóstico para medir el grosor endometrial. La indicación de biopsia endometrial está en función de los hallazgos sonográficos.

Está indicada la biopsia del endometrio con cánula de Cornier en pacientes con metrorragia posmenopáusica y endometrio engrosado (grosor endometrial > 3 mm) (respuesta 1 correcta, respuesta 4 incorrecta).

Cuando la biopsia no se puede realizar o los resultados no son concluyentes, está indicada la realización de una histeroscopia (respuesta 3 incorrecta). Se recomienda directamente una histeroscopia (técnica de primera elección) en paciente menopáusica sin sangrado con hiperplasia endometrial (>5 mm si el endometrio es sospechoso o >11 mm en cualquier caso).

El tratamiento se pautará en base al hallazgo histológico y no antes (respuesta 2 incorrecta).



Pregunta (11853): (74) Primigesta de 34 semanas que presenta cifras tensionales de 165/95 y cefalea de dos días de evolución. Analítica: hemoglobina 10,5 g/dL, plaquetas 98.000/mm3, AST 356 UI/L (0-31), ALT 234 UI/L (0-31), LDH 878 UI/L (125-243). Llamaron del laboratorio por presencia de esquistocitos en el frotis de sangre periférica. Ha recibido la segunda dosis de corticoides para maduración fetal hace 24 h. En la ecografía obstétrica el peso fetal estimado está en el percentil 1 para la edad gestacional y el Doppler de arteria umbilical presenta ausencia del flujo telediastólico. ¿Cuál de las siguientes es la actitud clínica más indicada?:

- 1. Actitud expectante con antihipertensivos y sulfato de magnesio hasta la mejora de las plaquetas maternas.
- 2. Actitud expectante con tratamiento antihipertensivo a domicilio y controles cada 48 h.
- 3. Finalización de la gestación cuando complete la maduración pulmonar fetal.
- 4. Finalización inmediata de la gestación.

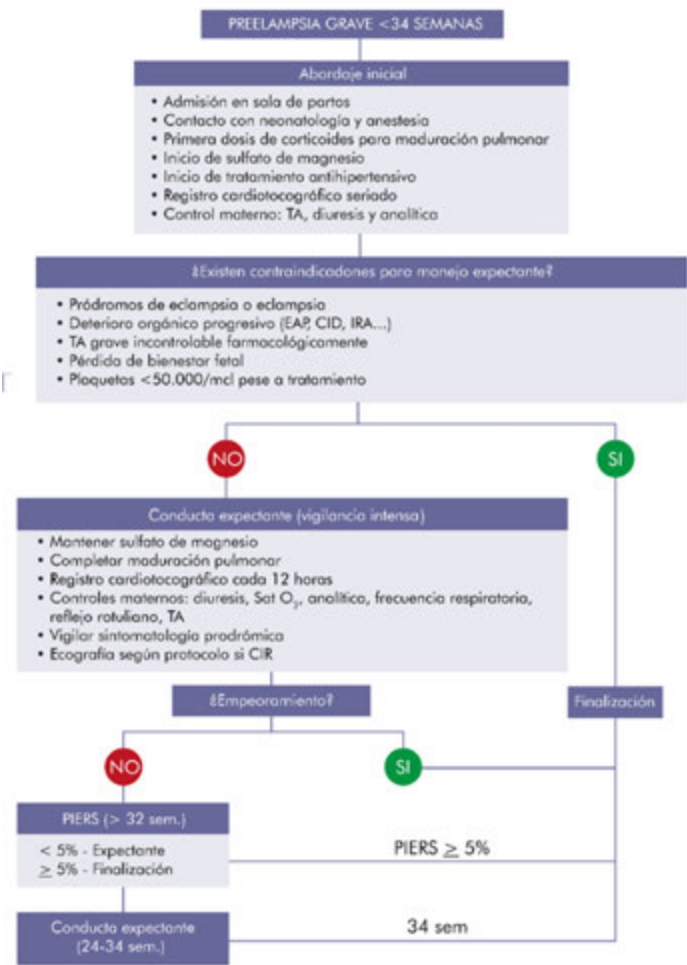
300773 GINECOLOGÍA Fácil 95%

Solución: 4

La preeclampsia grave se define como hipertensión sistólica = 160 mmHg y/o diastólica = 110 mmHg o signos de disfunción orgánica materna (cefalea, elevación de las transaminasas por encima del doble del límite alto de la normalidad, plaquetas < 100.000/ μ dl o hemólisis). La paciente de esta pregunta presenta una preeclampsia grave con síndrome de HELLP.

El tratamiento de la preeclampsia grave es hospitalario e incluye un tratamiento antihipertensivo i.v., el sulfato de magnesio para prevenir las convulsiones y la finalización de la gestación:

- Gestaciones = 34 semanas: finalizar (respuesta 4 correcta, respuestas 1, 2 y 3 incorrectas).
- Gestaciones < 34 semanas: finalizar si la paciente tiene:
 - Pródromos de eclampsia que no ceden con el tratamiento profiláctico con SO₄Mg
 - Hipertensión grave que no se controla a pesar de la combinación de 2 fármacos a dosis máximas.
 - Fallo orgánico: deterioro de la función renal y/o de la función hepática.
 - Complicaciones graves: edema agudo de pulmón, hemorragia cerebral, ruptura hepática, coagulación intravascular diseminada o eclampsia.
 - Pérdida de bienestar fetal.
 - Desprendimiento de placenta.
 - Plaquetopenia < 50.000 plaquetas/mcl pese a corticoides i.v.



Pregunta (11854): (75) Mujer de 30 años que solicita un método anticonceptivo. Como antecedentes tiene una cesárea urgente hace 7 meses, naciendo una niña de 3.550 g. Está dando lactancia materna exclusiva. Señale la afirmación correcta:

- 1. Le explica que, si está en amenorrea, no requiere de otro método anticonceptivo puesto que la lactancia materna es suficiente como método anticonceptivo.
- 2. Le informa que el DIU de levonogestrel está contraindicado por haber tenido una cesárea hace menos de un año.
- 3. Le explica que podría usar un método hormonal de sólo gestágenos.
- 4. Le ofrece anticoncepción hormonal combinada.

300774 GINECOLOGÍA Fácil 80%

Solución: 3

El método **MELAS (lactancia materna como anticoncepción)** sólo es efectivo los primeros 6 meses, si la paciente lleva a cabo lactancia exclusiva materna y se se mantiene en amenorrea (respuesta 1 incorrecta).

DIU-LGN: se puede recomendar su empleo en las primeras 4 semanas tras el parto (categoría 2) o bien más allá de las 4 semanas (categoría 1) siempre y cuando no existe sospecha o antecedentes de sepsis/endometritis puerperal (respuesta 2 incorrecta).

De forma general, se puede decir que el uso de **AHC** está desaconsejado en las mujeres con lactancia materna durante las primeras 6 semanas por la posibilidad de disminuir el volumen de leche materna, así como por la excreción de esteroides en la misma (categoría 4). Entre las 6 semanas y los 6 meses, no es recomendable el uso de AHC por la misma razón (categoría 3). En casos de lactancia mixta o cuando no exista posibilidad de otro método anticonceptivo eficaz, se podrían considerar los AHC (respuestas 4 incorrecta).

Los **anticonceptivos sólo gestágenos** se pueden administrar en mujeres lactantes porque no interfieren con la producción de la leche (respuesta 3 correcta).

Pregunta (11855): (76) Mujer de 40 años que consulta porque desde hace un mes se nota un bulto en el cuadrante supere externo de la mama derecha. Aporta un informe de una mamografía que describe una lesión BIRADS 3. ¿Cuál es la actitud a seguir?:

- 1. Tranquilizarle, puesto que ya se ha hecho una prueba de imagen y se ha descartado malignidad.
- 2. Esa clasificación implica probablemente cirugía dado que la probabilidad de cáncer es mayor del 10 %. Se lo explica y le deriva de forma preferente a la Unidad de Mama.
- 3. Se trata de un hallazgo probablemente benigno, dado que hay menos de un 2 % de probabilidad de cáncer. Le explica que requiere de un seguimiento cada 6-12 meses hasta los 24 meses o una biopsia.
- 4. Los hallazgos son de baja sospecha de cáncer (entre un 2 y un 10 %) pero es necesario hacer una biopsia.

300775 GINECOLOGÍA Normal 42%

Solución: 3

Los hallazgos radiológicos se agrupan en la clasificación BI-RADS (Breast Imaging Reporting and Data System):

0. ESTUDIO INCOMPLETO	Necesita más estudios
1. NEGATIVA (ningún hallazgo)	Control habitual
2. BENIGNO	
3. PROBABLEMENTE BENIGNO (< 2% de probabilidad de cáncer)	Seguimiento cada 6-12 meses hasta 24 meses. Biopsia ante aumento de sospecha.
4. SOSPECHOSO DE MALIGNIDAD 4 A: BAJA SOSPECHA 4 B: SOSPECHA INTERMEDIA 4 C: ALTA SOSPECHA	Biopsia
5. ALTAMENTE SOSPECHOSO DE CÁNCER (>95% probabilidad)	
6. CÁNCER CONFIRMADO POR BIOPSIA	Tratamiento

La opción 1 es falsa, pues se refiere a un BIRADS 2.

La opción 2 es falsa, pues se refiere a un BIRADS 4.

Los hallazgos probablemente benignos (**BIRADS 3**) se controlan por técnicas de imagen, biopsiándose cuando la sospecha de malignidad aumenta (respuesta 3 correcta, 4 incorrecta).

Pregunta (11856): (77) Siguiendo las indicaciones del cribado del cáncer de cérvix ¿a qué mujer realizaría una citología entre las siguientes candidatas?:

- 1. Mujer de 26 años sin citologías previas.
- 2. Mujer de 40 años con citología y virus del papiloma humano negativos hace 3 años.
- 3. Mujer de 67 años con incontinencia urinaria de esfuerzo.
- 4. Mujer de 22 años vacunada para el virus del papiloma humano e inicio de relaciones sexuales hace 1 año.

300776 GINECOLOGÍA Fácil 93%

Solución: 1

El **cribado del cáncer de cérvix** se realiza a partir de los 25 años de edad con citologías cada 3 años (respuesta 1 correcta), independientemente del inicio de las relaciones sexuales (respuesta 4 incorrecta) y se finaliza en pacientes de 65 años con cribado adecuado y negativo (respuesta 3 incorrecta).

A partir de los 30 años el cribado se puede realizar con test VPH cada 5 años como opción preferente (respuesta 2 incorrecta).

<25 años	No cribado
25-30 años	Citología cada 3 años
30-65 años	Test VPH o co-test cada 5 años Citología cada 3 años
>65 años	Finalizar cribado

Cribado del cáncer de cérvix

Pregunta (11857): (78) En una enfermedad genética con un patrón de herencia autosómico dominante el riesgo de recurrencia de la enfermedad en una futura descendencia es de:

- 1. 25 % en cada embarazo.
- 2. 50 % en cada embarazo en caso de que el hijo sea un varón.
- 3. 50 % en cada embarazo siempre que la pareja sea también portadora.
- 4. 50 % en cada embarazo independiente del sexo de la descendencia.

300777 GENÉTICA Fácil 91%

Solución: 4

En la herencia autosómica dominante si un progenitor es heterocigoto (enfermo) Aa, todos los hijos que hereden el alelo enfermo A, serán enfermos. Esto equivale a un **50% (A) en cada embarazo, independiente del sexo de la descendencia y sin necesidad de que la pareja sea portadora** (respuesta 4 correcta).

Pregunta (11858): (79) En caso de que haya manifestaciones clínicas. ¿cuál es la forma clínica más frecuente de primoinfección por el virus del herpes simple tipo 1 en lactantes y niños pequeños?:

- 1. Meningitis.
- 2. Genital.
- 3. Neumonía.
- 4. Gingivostomatitis y faringitis.

300778 PEDIATRÍA Fácil 81%

Solución: 4

El VHS tipo 1 Y tienen la misma capacidad de provocar una infección inicial en cualquier localización anatómica, pero difieren en su capacidad de producir infecciones recidivantes. El VHS1 tiene mayor propensión a causar infecciones recidivantes orales.

La **meningitis** por VHS1 afecta casi siempre fuera del periodo neonatal y es rara en nuestro medio, causando cuadro de encefalitis o meningitis aséptica recidivante (Meningitis de Mollaret) (respuesta 1 incorrecta).

La infección por **herpes a nivel genital** es característica del VHS-2 y es frecuente en adolescentes con relaciones sexuales y en adultos jóvenes, y el 90% pueden permanecer asintomáticos (respuesta 2 incorrecta)

La **neumonía** producida por VHS es extremadamente infrecuente y suele producirse en el contexto de ingección en paciente inmunodeprimido y/o infección perinatal, ya sea en el canal del parto o con transmisión intrauterina (respuesta 3 incorrecta)

La **gingivostomatitis herpética** suele afectar a niños de 6 meses a 5 años, con cuadro muy doloroso, con inicio súbito de síntomas acompañado de síndrome febril de hasta 40°C. Las vesículas presentan distribución extensa y en muchas ocasiones, se acompañan de adenopatías. Se debe hacer el diagnóstico diferencial con herpangina y la enfermedad de mano-pie-boca (respuesta 4 correcta).



Pregunta (11859): (80) Lactante de 2 meses de edad con catarro de vías altas de 3 días de evolución, que comienza con dificultad respiratoria moderada y auscultación pulmonar con sibilancias espiratorias. La saturación de oxígeno es de 89 %. Se aísla virus respiratorio sincitial en el exudado nasofaríngeo. ¿Cuál de los siguientes tratamientos considera más indicado para este cuadro?:

- 1. Rivabirina oral.
- 2. Salbutamol nebulizado.
- 3. Oxígeno suplementario.
- 4. Corticoides intravenosos.

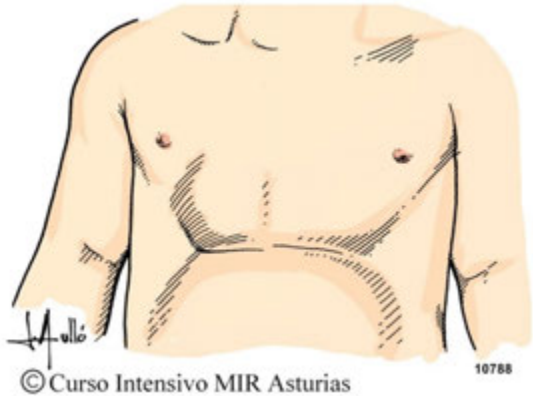
300779 PEDIATRÍA Fácil 80%

Solución: 3

Se muestra el típico caso de bronquiolitis aguda en un lactante, con catarro previo y que evoluciona a cuadro de hipoxia con dificultad respiratoria y sibilancias en la auscultación.

En los casos no complicados, el tratamiento es sintomático:

- La **Ribavirina** es un antiviral que se administra mediante tienda de oxígeno, mascarilla facial o tubo endotraqueal usando el generador de aerosol de partículas pequeñas durante la mayor parte del día durante 3-5 días (respuesta 1 incorrecta).
- No se recomienda la utilización de adrenalina, **beta2-agonistas** ni suero salino hipertónico, ya que no ha mostrado beneficios en la evolución y presenta alta tasa de efectos secundarios asociados (respuesta 2 incorrecta).
- El **oxígeno** humidificado y la aspiración de secreciones son los indicados para los lactantes con hipoxia: con cánulas de alto flujo para la dificultad respiratoria, que es sobre todo útil para el mantenimiento de la presión (respuesta 3 correcta).
- El uso de **corticoides** no está indicado, salvo en niños mayores con un diagnóstico establecido de asma; su uso se asocia a excreción viral prolongada y carece de beneficio clínico comprobado (respuesta 4 incorrecta).



Pregunta (11860): (81) Con respecto a las comunicaciones interventriculares (CIV) en la infancia, señale la respuesta **INCORRECTA**:

- 1. Exceptuando la válvula aórtica bicúspide, la CIV es la cardiopatía congénita más frecuente.
- 2. Las CIV localizadas en la porción media y apical del tabique interventricular son de tipo muscular.
- 3. La repercusión clínica y la necesidad de tratamiento dependen del tamaño de la comunicación.
- 4. Las CIV membranosas son las más frecuentes y la que tienen más probabilidad de cierre espontáneo.

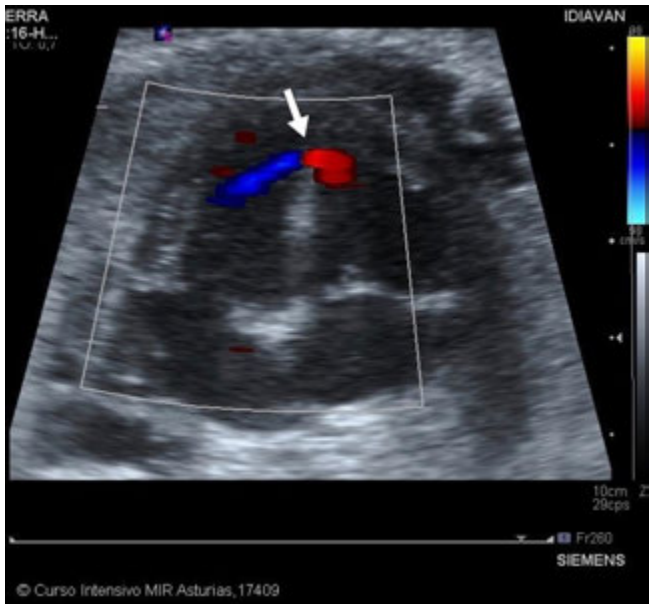
300780 PEDIATRÍA Difícil 0%

Solución: 4

La **CIV** es la **cardiopatía congénita más frecuente**, excluyendo el DAP en pretérmino, la válvula aórtica bicúspide y el prolapso de la válvula mitral (respuesta 1 incorrecta). Suponen el 25% y el defecto **puede localizarse en cualquier segmento del tabique, pero el más frecuente es el del tipo membranoso**. Las CIVD localizadas en la porción media o apical del tabique son de tipo muscular y pueden ser únicas o múltiples (respuesta 2 incorrecta).

El **tamaño es un determinante importante** (aunque no el único) del volumen de cortocircuito izquierda-derecha. (respuesta 3 incorrecta). Cuando la comunicación es grande, la relación entre las resistencias pulmonares y las sistémicas es el principal determinante de la magnitud del cortocircuito.

Es más probable el cierre de las CIV musculares pequeñas (hasta el 80% lo hacen) que el de las membranosas (el 35% aprox.) (respuesta 4 correcta).



Pregunta (11861): (82) Con respecto al síndrome de dificultad respiratoria neonatal (enfermedad de la membrana hialina), señale la respuesta **FALSA**:

- 1. Los corticoides antenatales reducen el riesgo de su aparición.
- 2. Sus manifestaciones clínicas aparecen a partir de las 24 horas de vida.
- 3. El riesgo de aparición disminuye ante una rotura prematura de membranas.
- 4. Su causa principal es el déficit de surfactante pulmonar.

300781	PEDIATRÍA	Normal	47%
--------	-----------	--------	-----

Solución: 2

La principal causa de Síndrome de dificultad respiratoria (enfermedad de membrana hialina) es el déficit de surfactante (disminución en la producción y secreción) (respuesta 4 incorrecta)

La administración prenatal de corticoides a las mujeres antes de la semana 34 de gestación disminuye de forma significativa la incidencia y la mortalidad del SDR y la mortalidad neonatal global. (respuesta 1 incorrecta)

Otras medidas para evitar el cuadro son evitar cesáreas innecesarias o intempestivas o la inducción del trabajo de parto, ya que la rotura prematura de membranas es capaz de provocar respuesta a la formación de surfactante y es necesario no adelantar el trabajo del parto (respuesta 3 incorrecta)

Dada la ausencia de surfactante, se produce un aumento significativo de tensión superficial alveolar que causa atelectasia y se altera la capacidad de lograr una CRF adecuada. Por ello la clínica suele aparecer a los pocos minutos del nacimiento con taquipnea y precisando en muchas ocasiones intubación endotraqueal (respuesta 2 correcta).

Pregunta (11862): (83) La fenilketonuria es una enfermedad metabólica congénita. En relación con la misma, indique la contestación **FALSA**:

- 1. La fenilalanina debe suprimirse en la dieta completamente.
- 2. La discapacidad intelectual es constante y progresiva en caso de no realizar bien la dieta.
- 3. Puede deberse a un déficit de tetrahidrobiopterina BH4.
- 4. Se recomienda su estudio a las 24-48 horas del inicio de la ingesta del recién nacido.

300782	PEDIATRÍA	Difficil	-14%
--------	-----------	----------	------

Solución: 1

La fenilketonuria es el acúmulo de fenilalanina por déficit en su degradación en la vía metabólica de la tirosina, por el déficit de la fenilalanina hidroxilasa o de su cofactor tetrahidrobiopterina (BH4) (respuesta 3 incorrecta).

Su acúmulo se produce en los líquidos corporales y a nivel cerebral, aunque el mecanismo por el que se produce el daño del mismo sigue sin esclarecerse todavía. La concentración elevada de Fenilalanina puede saturar el sistema de transporte de aminoácidos a nivel de la BHE, e inhibe la captación cerebral de otros aminoácidos de cadena ramificada. Es por ello que la disminución de la capacidad intelectual se desarrolla gradualmente si el lactante no recibe tratamiento (respuesta 2 incorrecta).

El cuadro se suele diagnosticar en programas de cribado neonatales, y en los positivos, debe confirmarse mediante la detección cuantitativa de la concentración de fenilalanina en plasma; se recomienda que la sangre se obtenga durante las primeras 24-48 horas de vida tras el consumo de proteínas para reducir la posibilidad de falsos negativos, especialmente en las formas leves del cuadro (respuesta 4 incorrecta).

El pilar del tratamiento es una dieta baja en fenilalanina, empezando tan pronto como se haya establecido el diagnóstico. Dado que la fenilalanina no se sintetiza endógenamente, se deben añadir pequeñas cantidades en la dieta, ya que su déficit provoca letargo, fallo de medro, anorexia, anemia, exantema, diarreas, e incluso la muerte (respuesta 1 correcta).

Pregunta (11863): (84) En una enfermedad genética neurológica, el fenómeno de anticipación implica la aparición de las manifestaciones más precozmente y en general de forma más grave en la siguiente generación. Dado que la anticipación ocurre por la expansión de trinucleótidos, indique en cuál de estas enfermedades es posible esperar este fenómeno:

- 1. Atrofia muscular espinal.
- 2. Distrofia muscular de Duchenne.
- 3. Enfermedad de Parkinson.
- 4. Distrofia miotónica de Steinert.

300783	PEDIATRÍA	Fácil	80%
--------	-----------	-------	-----

Solución: 4

La atrofia muscular espinal está causada por una delección en homocigosis del gen de supervivencia de la neurona motora y en cromosoma 5 (respuesta 1 incorrecta).

La distrofia muscular de Duchenne se hereda con carácter recesivo ligado al cromosoma X, con alteración en el gen anormal localizado en el locus Xp21 (respuesta 2 incorrecta).

La enfermedad de Parkinson: el 90% son formas esporádicas, que no se deben a una alteración congénita concreta (respuesta 3 incorrecta).

La distrofia miotónica de Steinert se hereda como rasgo AD, y está causada por la expansión de un trinucleótido CTG en el cromosoma 19 (respuesta 4 correcta).

Pregunta (11864): (85) El neuroblastoma es el tumor sólido extracranial más común en niños. En relación con su diagnóstico, señale la respuesta **FALSA**:

- 1. Debemos sospecharlo ante la aparición de un síndrome opsoclono-mioclono-ataxia.
- 2. Existe casi siempre un aumento en la excreción urinaria de metabolitos de catecolaminas.
- 3. La mayoría se diagnostica en menores de 6 años de edad.
- 4. La gammagrafía con tecnecio es muy específica y está indicada para definir mejor su extensión.

300784	PEDIATRÍA	Normal	52%
--------	-----------	--------	-----

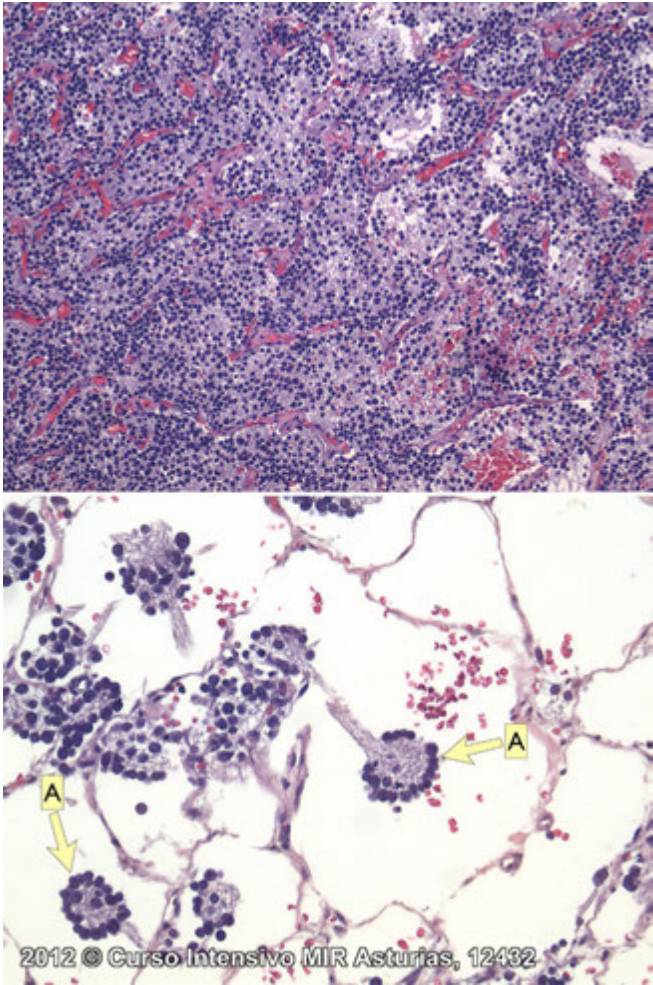
Solución: 4

El neuroblastoma es el tumor sólido extracranial más frecuente en la infancia. La mediana de edad en el momento del diagnóstico es de 22 meses y el 90% se diagnostican antes de los 6 años (respuesta 3 incorrecta).

El neuroblastoma puede estar asociado a un síndrome paraneoplásico de origen autoinmune denominado síndrome opsoclono-mioclono-ataxia, en el que presenta movimientos de sacudida incontrolables y rápidos, cororales y oculares, alteración de la coordinación y disfunción cognitiva (respuesta 1 incorrecta).

Los marcadores tumorales, como los metabolitos de catecolaminas, ácido homovanílico y ácido vanilmandélico, están elevados en la orina en el 95% de los pacientes y ayudan a confirmar el diagnóstico (respuesta 2 incorrecta).

La gammagrafía con yodo-123 metayodobencilguanidina (no tecnecio) debe utilizarse si está disponible para definir mejor la extensión de la enfermedad (respuesta 4 correcta).



Pregunta (11865): (86) ¿Cuál de los siguientes **NO** es indicación de realizar inmunoprofilaxis con palivizumab en un lactante?:

- 1. Lactante nacido antes de las 29 semanas de gestación en el primer año de vida.
- 2. Lactante nacido antes de las 32 semanas de gestación con enfermedad pulmonar crónica de la prematuridad en el primer año de vida.
- 3. Lactante diagnosticado de fibrosis quística de páncreas en el cribado neonatal durante el primer año de vida.
- 4. Lactante de 12 meses afecto de inmunodeficiencia severa combinada.

300785	PEDIATRÍA	Diffícil	7%
--------	-----------	----------	----

Solución: 3

La **administración de Palivizumab** (15 mg/Kg im una vez al mes) un anticuerpo monoclonal neutralizante murino humanizado contra el VRS, se recomienda para proteger a niños con riesgo alto contra las complicaciones graves de la enfermedad por VRS. Con ello se reduce la frecuencia y los días totales de hospitalización en lactantes de alto riesgo en al menos un 50%. Se considera en los siguientes casos:

- Lactantes nacidos antes de la semana 29 en el primer año de vida (respuesta 1 incorrecta).
- Lactantes nacidos antes de la semana 32 con enfermedad pulmonar crónica de la prematuridad en el primer año de vida (respuesta 2 incorrecta).
- Lactantes menores de 1 año con cardiopatía congénita.
- Niños menores de 24 meses con procesos inmunosupresores intensos durante la estación del VRS (respuesta 4 incorrecta).
- Lactantes en el primer año de vida con anomalías congénitas de vía respiratoria o enfermedad neuromuscular que comprometa la eliminación de secreciones respiratorias (respuesta 3 correcta).

Pregunta (11866): (87) Con respecto al síndrome de muerte súbita del lactante, señale la afirmación correcta:

- 1. La presencia de antecedentes de muertes similares en hermanos/familiares es criterio diagnóstico de este síndrome.
- 2. Ante un episodio de muerte súbita infantil se debe firmar el certificado ordinario de defunción por el facultativo del servicio de urgencias.
- 3. La edad del niño superior a 1 año excluye el diagnóstico, independientemente de que se trate o no de lactantes.
- 4. La existencia de una patología grave diagnosticada en la autopsia es criterio diagnóstico de este síndrome.

300786	PEDIATRÍA	Diffícil	13%
--------	-----------	----------	-----

Solución: 3

Se define la muerte súbita como la **Muerte súbita e inesperada de un niño de menos de un año de edad**, que ocurre aparentemente durante el sueño y que permanece **sin explicación** después de la realización de una minuciosa investigación postmortem, que **incluye la práctica de la autopsia y la revisión de las circunstancias de la muerte** (respuesta 2 incorrecta) (respuesta 3 correcta). La existencia de una **patología grave diagnosticada en la autopsia es excluye el diagnóstico de este síndrome** (respuesta 4 incorrecta). Existen factores ambientales y genéticos reconocidos como **factores de riesgo pero no suponen un criterio diagnóstico**; asimismo son lactantes de mayor riesgo los prematuros y los hermanos de lactante muerto por SMSL nacidos posteriormente (respuesta 1 incorrecta).

Pregunta (11867): (88) Niño de 23 meses que presenta fiebre, hipotensión, vómitos repetidos, signos meníngeos, petequias y equimosis. El hemograma muestra 25.000 leucocitos (75 % neutrófilos, 10 % cayados) y 12.000 plaquetas/microL y el estudio de coagulación una actividad de protrombina de 35 %. ¿Qué opción **NO** es adecuada en su manejo?:

- 1. Administración de cefotaxima intravenosa.
- 2. Realización de punción lumbar.
- 3. Recogida de hemocultivo.
- 4. Fluidos intravenosos.

300787	PEDIATRÍA	Fácil	78%
--------	-----------	-------	-----

Solución: 2

Se presenta caso de **meningitis bacteriana** en un niño de 23 meses con clínica típica de fiebre, hipotensión, signos meníngeos y petequias y equimosis por el cuadro séptico asociado.

El **tratamiento debe iniciarse con antimicrobianos empíricos** inmediatamente después de que se sospeche el diagnóstico de infección meningocócica invasiva y se hayan obtenido muestras para cultivos (respuesta 3 incorrecta), utilizando **cefalosporinas de 3ª generación** (respuesta 1 incorrecta).

Hay que **tratar de manera cauta con líquidos de mantenimiento** (no se recomienda la restricción de líquidos y puede ser perjudicial) y en los que tengan elevación de la PIC se debe prestar mucha atención a las maniobras para mantener la perfusión cerebral (respuesta 4 incorrecta).

La realización de **punción lumbar se debe realizar en los pacientes que no tengan contraindicaciones**, como presencia de shock séptico, **coagulopatía, trombocitopenia**, dificultad respiratoria, convulsiones, elevación de la PIC, o infección local (respuesta 2 correcta).

Pregunta (11868): (89) Niña de 4 años que presenta fiebre alta de 6 días de evolución. En la exploración clínica presenta un exantema eritematoso maculopapular en tronco y zona genital, con tendencia a la confluencia, sin llegar a ser escarlatiniforme; inyección conjuntival sin secreciones y labios rojos con lengua aframbuesada. Presenta también eritema con edema en manos y pies y una adenopatía cervical unilateral de 2 cm de diámetro. El diagnóstico clínico de sospecha más probable es:

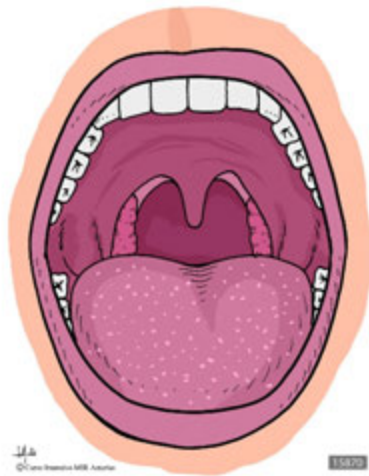
- 1. Enfermedad de Kawasaki.
- 2. Sarampión.
- 3. Rubeola.
- 4. Escarlatina.

300788	PEDIATRÍA	Fácil	95%
--------	-----------	-------	-----

Solución: 1

Se presenta caso de niño de **4 años con enfermedad febril asociado a exantema**. Es esencial el análisis de las características del exantema y la clínica acompañante para el diagnóstico diferencial del proceso, ya que el cuadro puede ser cualquiera de las enfermedades nombradas, pero preguntas por la que es más probable:

- **Sarampión**: presenta exantema confluyente y con inyección conjuntival asociada, pero no es característico la lengua fram-buesada, la adenopatía y el edema de EEs (respuesta 2 incorrecta).
- **Rubeola**: es característico el exantema tenue, poco confluyente, con adenopatía asociada pero sin lengua aframbuesada, ni edema de extremidades (respuesta 3 incorrecta).
- **Escarlatina**: no existe antecedente de faringoamigdalitis previa; el exantema es tenue, poco confluyente, con lengua aframbuesada, pero sin adenopatía, sin edemas y sin inyección conjuntival (respuesta 4 incorrecta).
- **Enfermedad de Kawasaki**: vasculitis característica que presenta fiebre (100% casos) + 4 de los 5 ítems siguientes: adenopatía, **lengua aframbuesada**, afectación palmas y plantas con descamación de dedos, inyección conjuntival bilateral (típicamente presenta clínica de varias enfermedades exantemáticas: rubeola, sarampión, escarlatina) (respuesta 1 correcta).



Pregunta (11869): (90) Dentro de las cardiopatías cianóticas destaca la tetralogía de Fallot. En relación con este cuadro, señale la respuesta INCORRECTA:

1. En la prueba de hiperoxia con O2 al 100 % no se eleva significativamente la saturación de O2.
2. Es típica la presencia de hiperaflujo sanguíneo pulmonar.
3. Ante toda sospecha debe administrarse precozmente una perfusión de prostaglandina E1.
4. La silueta cardíaca presenta la típica imagen de corazón en bota.

300789	PEDIATRÍA	Normal	65%
--------	-----------	--------	-----

Solución: 2

En la **tetralogía de Fallot** el principal defecto es una desviación anterior del tabique infundibular (el tabique muscular que separa los tractos de salida aórtico y pulmonar). Las consecuencias son:

- **Obstrucción tracto salida VD** (estenosis pulmonar) (respuesta 2 correcta).
- CIV por defecto en la alineación.
- Dextroposición aórtica.
- Hipertrofia del VD.

En el diagnóstico es característico **la imagen de bota de la silueta cardíaca** en Rx torax PA (respuesta 4 incorrecta), y **la ausencia de respuesta a la administración de O2**, sobretudo en los casos más graves y desarrollados (respuesta 1 incorrecta)

En los lactantes con tetralogías graves se requiere IQ precoz y **administración de PGE2**, un relajante potente y específico de la musculatura del ductus, favoreciendo su dilatación y permitiendo un flujo pulmonar adecuado hasta IQ (respuesta 3 incorrecta).



Pregunta (11870): (91) ¿Cuál de las siguientes NO es una indicación para la realización de pruebas de neuroimagen en psiquiatría?:

1. Trastorno mental de inicio después de los 50 años.
2. Crisis convulsivas con síntomas psiquiátricos.
3. Recaída psicótica al suspender el tratamiento tras un primer episodio psicótico.
4. Presencia de síntomas psiquiátricos atípicos.

300790	PSIQUIATRÍA	Fácil	96%
--------	-------------	-------	-----

Solución: 3

Nos preguntan sobre las indicaciones de realización de pruebas de neuroimagen en psiquiatría. Para contestar a esta pregunta lo más importante es recordar que en el DSM-5, que es la guía que usamos para el diagnóstico siempre veremos estos 2 criterios diagnósticos:

- Los síntomas producen malestar clínicamente significativo o disfunción socio-laboral.
- No se debe a drogas, fármacos u otras enfermedades.

Partiendo de estas reglas, en un paciente que comience con un trastorno mental **en edades tardías, síntomas neurológicos como crisis convulsivas que, además, asocian síntomas psiquiátricos o síntomas psiquiátricos atípicos deberemos descartar organicidad** (respuesta 1, 2 y 4 incorrectas) y, por lo tanto, estaría indicada la realización de una prueba de imagen. En cambio, en **un paciente que ya está diagnosticado de un trastorno psicótico, y que por lo tanto se habrá descartado organicidad previamente antes de realizar el diagnóstico, no tendremos que repetir el estudio de neuroimagen. Además, nos indican el desencadenante de la recaída, que ha sido la suspensión del tratamiento** (respuesta 3 correcta).

Pregunta (11871): (92) Mujer de 75 años traída a consulta por su familia porque le encuentran desde hace meses deprimida y con fallos de memoria. Les preocupa que pueda tener una enfermedad de Alzheimer. La paciente refiere que no cree que le pase nada y que está como siempre. ¿En qué orden se presentan generalmente los siguientes síntomas en la progresión de la enfermedad de Alzheimer?:

1. Cambios de humor, síntomas conductuales, déficit cognitivo.
2. Síntomas conductuales, síntomas motores, declive de la independencia funcional.
3. Cambios de humor, déficit cognitivo, declive de la independencia funcional.
4. Síntomas conductuales, cambios de humor, síntomas motores.

300791	PSIQUIATRÍA	Normal	61%
--------	-------------	--------	-----

Solución: 3

La enfermedad de Alzheimer es el tipo de demencia más frecuente en la población general. Se trata de una **Demencia cortical** frontotémporo-parietal y afecta predominantemente a personas ancianas, siendo la edad el factor de riesgo más importante para padecerla. La alteración principal es el **trastorno de memoria**, que suele ser la manifestación inicial.

Primero se afecta la memoria reciente con amnesia anterógrada, y en fases avanzadas se deteriora la memoria remota. En las fases iniciales también pueden asociar **cambios en el humor**, generalmente síntomas depresivos (respuestas 2 y 4 incorrectas). Progresivamente puede aparecer un **síndrome afasia-apraxia-agnosia** (respuesta 1 incorrecta):

- 1. **Afasia:** suele comenzar con dificultades nominativas y circunloquios, posteriormente se afecta la comprensión y finalmente la fluencia.
- 2. **Apraxia y dificultades visuoespaciales:** dificultad para realizar tareas motoras secuenciales aprendidas (vestirse, comer).
- 3. **Agnosia** o incapacidad para reconocer e interpretar el significado de las experiencias sensoriales.

En fases **AVANZADAS** de la enfermedad pueden aparecer alteraciones de **personalidad** y del **comportamiento** con agresividad y agitación. Puede haber clínica **psicótica** con delirios y alucinaciones. Al final los pacientes presentan un **declive de la independencia funcional** con alteraciones de la marcha con parkinsonismo, dificultades para la deglución y suelen fallecer por alteraciones nutricionales e infecciones frecuentemente por broncoaspiración (respuesta 3 correcta).

Pregunta (11872): (93) Varón de 35 años de edad, casado y padre de tres hijos, que ingresa en el hospital por una fractura de tobillo complicada. Al segundo día se le notó nervioso y comenzó a temblar. Se le interroga acerca de posibles hábitos tóxicos y los niega, explicando que ocasionalmente bebe una cerveza. La esposa señala que desde hace tres años consume cantidades importantes de cerveza diariamente y ocasionalmente se muestra violento. Al día siguiente las enfermeras informan de que ha dormido mal, está muy ansioso y dice incoherencias, estando desorientado en el tiempo. De las siguientes pautas terapéuticas ¿cuál es la más adecuada?:

- 1. Benzodicepinas de vida media larga y clometiazol.
- 2. Benzodicepinas de vida media corta y betabloqueantes.
- 3. Benzodicepinas de vida media larga y carbamacepina.
- 4. Benzodicepinas de vida media corta y clozapina.

300792 PSIQUIATRÍA Normal 60%

Solución: 1

Nos presentan el caso de un varón de 35 años, consumidor habitual de cantidades importantes de alcohol que ingresa en el hospital por una fractura de tobillo y al segundo día comienza con síntomas de abstinencia alcohólica.

El Síndrome de abstinencia alcohólica aparece tras la interrupción (o disminución) del consumo de alcohol después de su consumo prolongado y en grandes cantidades. Los antecedentes de elevada tolerancia al alcohol predicen la aparición de síntomas de abstinencia graves. Los síntomas que pueden aparecer son los siguientes: Hiperactividad autonómica, temblor distal de las manos, insomnio, náuseas o vómitos, alucinaciones visuales (zoopsias), agitación psicomotriz, ansiedad e incluso crisis comiciales.

Las manifestaciones de la abstinencia, especialmente el temblor, suelen hacerse patentes 4-12 horas después de interrumpir la ingesta. Los síntomas alcanzan su máxima intensidad entre 24-48 horas más tarde y tienden a desaparecer al 4º o 5º día.

El esquema de tratamiento de la abstinencia alcohólica es el siguiente:

- El tratamiento de elección son las benzodicepinas de vida media larga (clorazepato, diazepam). Tienen un elevado margen de seguridad en estos enfermos.
- Clormetiazol o tiapride, también son útiles.
- Debe de administrarse también Tiamina (o preparados multivitamínicos con vit. B1) para una adecuada prevención de síndrome de Wernicke-Korsakov.

Pregunta (11873): (94) Varón que consulta porque hace 1 mes falleció su madre, tras un largo periodo de enfermedad neurodegenerativa. A pesar del tiempo transcurrido sigue presentando dificultades del sueño ocasionales y problemas para aceptar su muerte, sintiendo gran añoranza y elevada emocionabilidad cuando la recuerda o le hablan de ella. Por otra parte, si está distraído es capaz de disfrutar algo y en el trabajo su desempeño es prácticamente normal. ¿Cuál de las siguientes respuestas es FALSA?:

- 1. El diagnóstico es duelo (Z63.4, según la 10ª edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades -CIE-10-).
- 2. Si las dificultades del sueño tienen consecuencias sobre la vigilia del día siguiente podría prescribirle temporalmente un fármaco hipnótico.
- 3. Dado el tiempo transcurrido se debería instaurar un antidepresivo a dosis bajas.
- 4. Es conveniente darle una nueva cita al cabo de 1-2 meses para ver su evolución.

300793 PSIQUIATRÍA Fácil 96%

Solución: 3

Nos presentan el caso en un varón que tras un desencadenante como es la muerte de su padre hace un mes comienza con dificultades del sueño ocasionales, problemas para aceptar su muerte, sintiendo gran añoranza y elevada emocionabilidad. Aun así, si está distraído es capaz de disfrutar algo y en el trabajo su desempeño es prácticamente normal.

Se trata de una reacción de duelo, (respuesta 1 incorrecta) que es una reacción ante la pérdida de una persona querida. Algunos individuos presentan síntomas característicos de un episodio depresivo mayor. **Generalmente no precisa tratamiento farmacológico, pero si las dificultades del sueño tienen consecuencias sobre la vigilia del día siguiente podría prescribirle temporalmente un fármaco hipnótico** (respuesta 2 incorrecta).

Como novedad, en el DSM-IV el diagnóstico de trastorno depresivo mayor no estaba indicado a menos que los síntomas se mantuviesen 2 meses después de la pérdida (respuesta 3 correcta). El DSM-5 omite esta regla y permite hacer el diagnóstico sin necesidad de que transcurran 2 meses, pero para ello tendríamos que contar con los siguientes síntomas: Culpa, pensamientos de muerte, preocupación mórbida con sentimiento de inutilidad, enlentecimiento motor acusado, deterioro funcional acusado y prolongado, alucinaciones. En este caso si estaría indicado el tratamiento antidepresivo.

Por lo tanto, lo más correcto en este caso que nos presentan sería revalorar el caso a los 1-2 meses para ver la evolución y replantear el diagnóstico y tratamiento (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta (11874): (95) Mujer de 23 años que consulta por presentar desde hace 2 meses crisis repentinas y recurrentes de ansiedad con palpitaciones, sudoración, temblor, sensación de ahogo y dolor torácico. Señale cuál de las siguientes afirmaciones NO es correcta:

- 1. En la evolución es frecuente encontrar agorafobia y conductas de evitación.
- 2. En el diagnóstico diferencial se deben considerar feocromocitoma, tirotoxicosis e hipoglucemia.
- 3. Es preciso descartar una taquicardia auricular paroxística.
- 4. El diagnóstico más probable es un trastorno por ansiedad generalizada.

300794 PSIQUIATRÍA Fácil 68%

Solución: 4

Se trata de una mujer joven que desde hace 2 meses presenta SIN NINGUN DESENCADENANTE APARENTE crisis repentinas y recurrentes de ansiedad con palpitaciones, sudoración, temblor, sensación de ahogo y dolor torácico. Se trata de un **TRASTORNO DE PÁNICO (T. DE ANGUSTIA)** en el que es característico la aparición de crisis de angustia recidivantes e inesperadas (al menos 2), no asociadas a situaciones o circunstancias particulares. Este trastorno es más frecuente en mujeres jóvenes y es bastante frecuente que se produzca la siguiente evolución: crisis de angustia, ansiedad anticipatoria, conductas evitativas y, finalmente, agorafobia. En el diagnóstico diferencial habrá que descartar enfermedades orgánicas que produzcan incremento de la actividad simpática (feocromocitoma, hipertiroidismo, taquicardia auricular paroxística...).

El trastorno por ansiedad generalizada, en cambio, se trata de un trastorno que se caracteriza por la presencia de ansiedad persistente y preocupación excesiva, no asociadas a ninguna circunstancia concreta (ansiedad libre “flotante”) de larga duración (superior a 6 meses) y curso fluctuante.

Pregunta (11875): (96) Sobre los factores de riesgo de suicidio, indique de entre los siguientes el factor con MENOS riesgo:

- 1. Abuso de sustancias.
- 2. Evento estresante de larga duración.
- 3. Trastorno de pánico coexistente.
- 4. Edad avanzada.

300795 PSIQUIATRÍA Difícil -6%

Solución: 2

El suicidio es la principal causa de muerte no natural en España, junto con los accidentes. Los suicidios consumados son 3 veces más frecuentes en los varones, en cambio los intentos autolíticos son más frecuentes en el sexo femenino. La incidencia de suicidio aumenta progresivamente con la edad, haciéndolo bruscamente a partir de los 55-60 años (especialmente en varones).

- Casi el 95% de los pacientes que se suicidan tienen un trastorno mental:
 - Trastornos afectivos (60%): Sobre todo depresión psicótica.
 - Consumo de alcohol (30%) y otras sustancias.
 - Esquizofrenia (10%).
 - Síndromes orgánicos cerebrales (5%).
- Otros factores de riesgo para suicidio:
 - Estado civil: separación reciente, divorciado o viudo.
 - Otros factores sociodemográficos: religión (ateos mayor riesgo), ambos extremos sociales, profesionales (médicos, militares).
 - Ideación de suicidio frecuente y prolongada.
 - Intento previo de suicidio, sobre todo, con métodos de alta letalidad.
 - Aislamiento social, con malas relaciones personales con familiares y amigos.
 - Áreas rurales o zonas deprimidas de las grandes ciudades.
 - Agitación motora importante y ansiedad. Menos riesgo si es un evento estresante de larga duración.
 - Historia familiar de suicidio (factores genéticos).
 - Enfermedad física crónica y / o discapacitante.

Pregunta (11876): (97) Señale la afirmación correcta en relación con el tratamiento de la manía:

- 1. El tratamiento habitual en las primeras 48 horas se basa en benzodicepinas en monoterapia por vía parenteral.
- 2. La clozapina es el fármaco de elección para el tratamiento agudo.
- 3. La combinación de litio y antipsicóticos está contraindicada en las fases iniciales del tratamiento.
- 4. En casos graves o resistentes puede utilizarse la terapia electroconvulsiva.

300796 PSIQUIATRÍA Fácil 79%

Solución: 4

La **MANÍA** se trata de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado eufórico, expansivo, o irritable, que dura al menos una semana. Es característica la nula o escasa conciencia de enfermedad y entre los síntomas podremos encontrar los siguientes: Hiperactividad, verborrea, fuga de ideas, disminución de la necesidad de dormir y autoestima exagerada.

Respecto al TRATAMIENTO de la manía:

- En casos de episodios maníacos está contraindicada la terapia con antidepresivos, ya que empeoran los síntomas maníacos. El ingreso suele ser necesario en el 75% de los casos.
- Episodio leve o moderado: **Litio** / Valproato / Antipsicóticos Atípicos (respuesta 3 incorrecta).
- Episodio grave: Antipsicóticos Atípicos + **Litio** / Valproato (respuesta 1 y 2 incorrecta).
- **Terapia electroconvulsiva** (respuesta 4 correcta).

Antipsicóticos atípicos

- Se consideran la terapia de elección en los episodios maníacos graves porque controlan la agitación del paciente.
- Los antipsicóticos atípicos tienen menor tendencia a inducir sintomatología depresiva que los típicos.
- Aprobados por la FDA para la manía: Quetiapina, Olanzapina, Ziprasidona, Aripiprazol.
- EXCEPCIONES: Dentro de los atípicos mejor evitar risperidona. La clozapina no está aprobada para la manía aguda por la FDA.

Litio

- **Particularmente indicado en trastornos bipolares.**
- Tarda más en actuar que los antipsicóticos, pero su acción es más específica sobre el trastorno afectivo.
- Más eficaz para controlar el humor y la ideación autolítica.

Terapia electroconvulsiva

- Es quizás el tratamiento más eficaz para la manía, pero suele reservarse para casos graves o resistentes. Se prescriben habitualmente tres sesiones semanales, y la eficacia suele notarse a partir de la 6ª sesión.
- Es de primera elección en: delirium maníaco, manía catatónica y en embarazadas.

Pregunta (11877): (98) Respecto a la utilización de estimulación magnética transcraneal repetitiva en los trastornos psiquiátricos, señale la respuesta correcta:

- 1. Es especialmente útil en trastornos psiquiátricos secundarios a la epilepsia.
- 2. Tiene una eficacia superior a la terapia electroconvulsiva.
- 3. Está indicada en la depresión resistente al tratamiento farmacológico.
- 4. Por su seguridad, es el tratamiento de elección en la esquizofrenia de inicio tardío.

300797 PSIQUIATRÍA Fácil 76%

Solución: 3

La **estimulación magnética transcraneal (EMT)** es una técnica de neuroestimulación y neuromodulación cerebral segura, no invasiva e indolora que se ha postulado como una herramienta terapéutica que podría facilitar la reorganización funcional cerebral y la recuperación clínica de pacientes con trastornos del sistema nervioso.

Esta técnica se puede aplicar en un solo estímulo, en pares de estímulos separados por intervalos o en trenes de estímulos repetidos a varias frecuencias. Si bien el mecanismo de acción exacto se desconoce, la EMT repetitiva puede modular la excitabilidad de la corteza cerebral, por lo cual se ha vislumbrado como una posible herramienta diagnóstica y terapéutica en el área de neuropsiquiatría.

La EMTr puede inducir cambios en los sistemas de neurotransmisión, serotonina, dopamina, receptores de NMDA, taurina, aspartato y serina, y puede regular la expresión de algunos genes como c-fos y c-jung, importantes para la plasticidad sináptica.

A día de hoy **está indicada en la depresión mayor resistente al tratamiento farmacológico** (respuesta 3 correcta). Uno de los efectos secundarios a tener en cuenta con la EMT son las convulsiones, con un riesgo < 1/1.000 (respuesta 1 y resto de opciones, incorrectas).

Pregunta (11878): (99) Ante un síndrome depresivo en un varón de 68 años sin antecedentes psiquiátricos, señalar cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA:

- 1. La presencia de desorientación, apatía y pérdida de memoria orienta hacia el diagnóstico de demencia.
- 2. La presencia de temblor de reposo, marcha sin balanceo y amimia facial orienta el diagnóstico hacia enfermedad de Parkinson.
- 3. La presencia de hipercolesterolemia, bradipsiquia, bradicardia y estreñimiento orienta hacia el diagnóstico de hipotiroidismo.
- 4. El inicio reciente de tratamiento con betabloqueantes y antiinflamatorios no esteroideos puede justificar la aparición de un síndrome depresivo.

300798 PSIQUIATRÍA Difícil 20%

Solución: 1

Entre las causas secundarias de depresión es importante recordar varias enfermedades somáticas y factores tóxicos.

Dentro de las enfermedades somáticas las más importantes son la enfermedad de Parkinson y el hipotiroidismo (respuestas 2 y 3 incorrectas). Ante un paciente con clínica depresiva que asocia temblor de reposo, marcha sin balanceo y amimia facial tendremos que pensar en un Parkinson. En el caso de un paciente con sintomatología depresiva que asocia hipercolesterolemia, bradipsiquia, bradicardia y estreñimiento, tendremos que descartar un hipotiroidismo.

La presencia de desorientación, apatía y pérdida de memoria en un paciente de 68 años con clínica depresiva tendría que orientarnos hacia una pseudodemencia depresiva (respuesta 1 correcta). En este trastorno es típica la sintomatología demencial en el contexto de otros trastornos psiquiátricos, especialmente depresivos. No existe agravamiento nocturno y suele revertir al mejorar el cuadro psiquiátrico. Suele aparecer en pacientes más jóvenes en comparación con los de la Enfermedad de Alzheimer, por lo que la edad suele valernos de pista.

Respecto a los tóxicos existen múltiples fármacos y drogas que pueden ser causantes de depresión: beta-bloqueantes (respuesta 4 incorrecta), anticonceptivos orales, corticoides, estrógenos, progesterona, vincristina, vitamina D (a altas dosis).

Pregunta (11879): (100) Mujer de 80 años con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus que presenta de forma brusca una alteración del lenguaje. A su llegada al hospital se objetiva una fibrilación auricular no conocida y en la exploración presenta habla fluente con tendencia a la jergafasia, mala comprensión del lenguaje, incapacidad para la repetición y disnomia. Semiológicamente presenta un cuadro compatible con:

- 1. Afasia de Broca.
- 2. Afasia de conducción.
- 3. Afasia transcortical sensitiva.
- 4. Afasia de Wernicke.

300799 NEUROLOGÍA Fácil 80%

Solución: 4

Habla fluente con circunloquios y parafasias (los fallos en el habla dan lugar a palabras incomprensibles que se denominan jergafasia), escasez de nombres en el discurso (y los que usa suelen ser incorrectos), con escasa comprensión, e incapaz de repetir es muy sugestivo de afasia de Wernicke (respuesta 4 correcta).

La afasia de Broca se caracteriza por un habla no fluente, con muchas pausas, que conserva la comprensión pero se altera la gramática y la capacidad de nominar. Tampoco pueden repetir (respuesta 1 incorrecta).

La afasia de conducción (respuesta 2 incorrecta) se caracteriza por tener preservada la comprensión con un habla fluente con abundantes parafasias. Como las dos anteriores la repetición está afectada.

La afasia transcortical sensitiva es muy similar a la afasia de Wernicke pero con repetición conservada (respuesta 3 incorrecta).

Pregunta (11880): (101) Todas las siguientes enfermedades neurodegenerativas están relacionadas con una alteración en la proteína Tau, EXCEPTO:

- 1. Enfermedad de Alzheimer.
- 2. Demencia frontotemporal.
- 3. Enfermedad de Parkinson.
- 4. Parálisis supranuclear progresiva.

300800 NEUROLOGÍA Fácil 66%

Solución: 3

Enfermedad de Alzheimer: en la enfermedad de Alzheimer encontramos placas neuríticas que contienen placas de beta-amiloide y ovillos neurofibrilares compuestos de filamentos tau hiperfosforilados (respuesta 1 incorrecta).

Demencia frontotemporal: hay distintos tipos de inclusiones gliales o neuronales, el 90% de los casos con proteínas tau o TDP43, con el 10% mostrando FUS (respuesta 2 incorrecta).

Enfermedad de Parkinson: los acúmulos son de alfa-sinucleína, no de proteína tau (respuesta 3 correcta).

Parálisis supranuclear progresiva: se observan acúmulos gliales y neuronales de proteína tau hiperfosforilada (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta (11881): (102) Mujer de 29 años con antecedentes de crisis febriles y fumadora importante. Consulta por presentar desde hace unos 2 años episodios frecuentes, estereotipados, que comienzan con una sensación epigástrica ascendente y un olor desagradable, seguidos de desconexión del medio. Los familiares que están con ella observan que hace movimientos de chupeteo y de apertura y cierre repetidos de la mano izquierda. Pasados dos minutos los movimientos ceden, pero le cuesta responder adecuadamente y solo recuerda parcialmente lo ocurrido. De los siguientes ¿cuál es el diagnóstico más probable?:

- 1. Crisis focales complejas del lóbulo temporal.
- 2. Accidentes isquémicos transitorios en territorio carotídeo derecho.
- 3. Crisis focales simples motoras.
- 4. Episodios de amnesia global transitoria.

300801 NEUROLOGÍA Fácil 93%

Solución: 1

Las crisis focales del lóbulo temporal pueden causar alteraciones la olfacción, del gusto, del estado emocional (por ejemplo, con miedo extremo), puede asociarse a sensaciones epigástricas. En el caso de crisis parciales complejas suele haber una alteración de conciencia, con incapacidad del paciente de mantener un contacto normal con el entorno. Esta fase se suele asociar a automatismos: comportamientos automáticos como frotarse, colocarse las gafas, tocarse la cara, abrocharse los botones... Las crisis ceden, quedando el paciente después con confusión y amnesia del episodio. Todos estos hallazgos descritos en el enunciado sugieren por tanto Crisis focales complejas del lóbulo temporal (respuesta 1 correcta).

Las crisis focales simples no producen alteración de nivel de conciencia ni desconexión del medio (respuesta 3 incorrecta).

Los AIT suelen cursar con déficits neurológicos de menos de 1 hora de duración y, aunque pueden simular crisis, el patrón clínico cuadra con crisis complejas del lóbulo temporal (respuesta 2 incorrecta).

Los episodios de amnesia global transitoria no simulan crisis (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta (11882): (103) Varón de 30 años que consulta por cefaleas periculares unilaterales que progresan rápidamente hasta hacerse muy intensas. Las crisis de dolor duran entre 30-60 minutos, ocurren 2-3 veces al día y se acompañan de lagrimeo en el ojo que le duele y rinorrea unilateral. ¿Cuál es el tratamiento preventivo más adecuado?:

- 1. Prednisona oral con retirada en 2-3 meses.
- 2. Prednisona oral con retirada en un mes, asociada a verapamilo oral a dosis de 80-180 mg cada 8 horas.
- 3. Carbamazepina a dosis de 600-1200 mg al día.
- 4. Indometacina a dosis de 50 mg cada 8 horas durante un mes.

300802 NEUROLOGÍA Normal 55%

Solución: 2

Nos presentan un caso típico de cefalea en racimos. El tratamiento de elección de esta cefalea es verapamilo oral en torno a 160 mg al día a largo plazo, con corticoides las primeras semanas como apoyo hasta que empieza a hacer efecto (respuesta 2 correcta). Valproico, litio, topiramato se han usado también como segunda línea de tratamiento.

La carbamacepina se usa más para la neuralgia del trigémino (respuesta 3 incorrecta) y la indometacina en la hemicránea paroxística (respuesta 4 incorrecta).



Pregunta (11883): (104) En un paciente con una parálisis facial periférica (parálisis de Bell) izquierda ¿cuál de los siguientes signos o síntomas **NO** esperarías encontrar?:

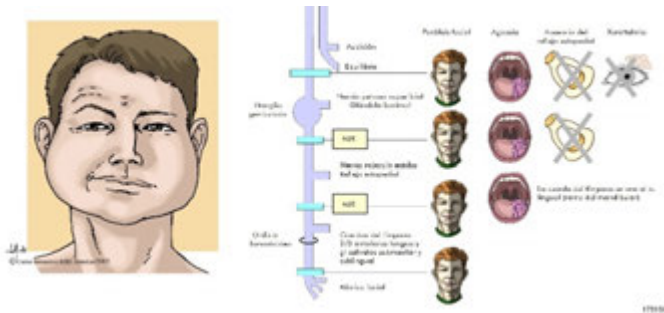
- 1. Hiperacusia izquierda.
- 2. Hipoestesia de la hemicara izquierda.
- 3. Hipogeusia.
- 4. Falta de lagrimeo en el ojo izquierdo.

300803 NEUROLOGÍA Normal 42%

Solución: 2

Las principales ramas del facial en el peñasco además de sus fascículo motor facial son: nervio petroso mayor (**lagrimación**), cuerda del tímpano (**gusto**) y nervio estapedial (**hiperacusia**), por eso las lesiones en esta localización son frecuentes síntomas como falta de lagrimeo, hipogeusia o hiperacusia (respuestas 1, 3 y 4 incorrectas).

La **hipoestesia de hemicara** no se corresponde con el facial sino con el nervio trigémino (respuesta 2 correcta).



Pregunta (11884): (105) Varón de 45 años traído a la consulta por sus familiares por un cuadro de un año de evolución de pérdida de memoria, que ha ido progresando hasta necesitar ayuda para algunas actividades de su vida cotidiana. Tiene antecedentes de migrañas y algún episodio de focalidad neurológica autolimitada por los que no ha consultado nunca. La exploración neuropsicológica es compatible con una demencia inicial y la RM cerebral muestra una leucoencefalopatía grave. ¿Qué prueba habría que solicitar?:

- 1. Punción lumbar para analizar amiloide y proteína tau en LCR.
- 2. Estudio genético para presenilina 1 (PSEN1).
- 3. Estudio genético para NOTCH3.
- 4. Estudio genético para progranulina.

300804 NEUROLOGÍA Normal 42%

Solución: 3

CADASIL es una patología hereditaria con infartos de pequeño vaso, demencia progresiva, daños de sustancia blanca que incluyen los lóbulos temporales anteriores, y que se relaciona con mutaciones del gen **NOTCH-3** (respuesta 3 correcta).

Una **punción lumbar para análisis de amiloide y proteína tau** es una prueba para el diagnóstico de Alzheimer (respuesta 1 incorrecta) que no encaja con la sospecha clínica (no debería haber focalidad neurológica o datos de leucoencefalopatía en la RMN). La alteración del **PSEN1** también se ha relacionado con la enfermedad de Alzheimer (respuesta 2 incorrecta). Por su parte, la alteración de la **progranulina** se ha relacionado con las demencias frontotemporales (respuesta 4 incorrecta) que tampoco encajan en la sospecha diagnóstica.

Pregunta (11885): (106) Con respecto al tratamiento de la hipertensión intracraneal **NO** es una medida aceptada:

- 1. Elevar la cabeza del enfermo y mantener la cabeza centrada.
- 2. El drenaje de LCR a través de un drenaje lumbar.
- 3. La hiperventilación moderada.
- 4. Los glucocorticoides en algunas circunstancias.

300805 NEUROLOGÍA Difícil 31%

Solución: 2

Las medidas más aceptadas para el manejo de la presión intracraneal elevada son:

- Insertar monitor de PIC (ventriculostomía vs sensor de PIC parenquimatoso).

- **Elevar la cabeza del enfermo** y mantener la cabeza centrada (respuesta 1 incorrecta).
- **Drenaje de LCR por la ventriculostomía, no lumbar** (podría haber herniación de las amígdalas cerebelosas) (respuesta 2 correcta).
- Osmoterapia con manitol o hipertónico (no se suele usar en los ictus isquémicos).
- **Corticoides** (si edema vasogénico) (respuesta 4 incorrecta).
- Sedación.
- **Hiperventilación** aunque es controvertido (respuesta 3 incorrecta).
- Terapia vasopresora.
- En casos rebeldes se puede recurrir a craniectomía descompresiva, barbitúricos o hipotermia.

Pregunta (11886): (107) Varón de 55 años que sufre una hemorragia subaracnoidea por rotura de un aneurisma de arteria cerebral media. Es tratado de forma quirúrgica. Tras una buena evolución en la que recupera la capacidad de caminar, un mes después de sufrir la hemorragia presenta un deterioro progresivo, llegando a encontrarse obnubilado y con dificultad para obedecer órdenes. Señale la afirmación correcta:

- 1. Se encuentra en el momento de la evolución en el que es más frecuente el vasoespasmo.
- 2. Probablemente este deterioro progresivo sea secundario al resangrado del aneurisma.
- 3. El deterioro subagudo que presenta con mayor probabilidad se debe a hidrocefalia.
- 4. La técnica diagnóstica de elección es la angiografía cerebral.

300806 NEUROLOGÍA Normal 46%

Solución: 3

Tras una hemorragia subaracnoidea las complicaciones con mayor morbilidad son el **resangrado** y el **vasoespasmo**. El resangrado puede tener lugar en cualquier momento desde el primer sangrado y se manifiesta como un dolor **brusco** (respuesta 2 incorrecta) con un deterioro variable de la situación general, y habría que estudiar de nuevo con TC y **estudio angiográfico** (respuesta 4 incorrecta). El **vasoespasmo** suele aparecer en torno a los 7 días del sangrado, siendo **poco frecuente al mes del episodio** (respuesta 1 incorrecta).

Otra de las complicaciones importantes que pueden tener lugar es la **hidrocefalia**, que puede aparecer tras el sangrado, o aparecer **semanas o meses después y es más progresiva y larvada**. El cuadro clínico que describen cuadra mejor, por tanto, con una hidrocefalia (respuesta 3 correcta).

Pregunta (11887): (108) Varón de 49 años que ingresa en UCI por un traumatismo craneoencefálico tras un accidente laboral. En la exploración física no abre ojos, no emite sonidos antes de ser intubado y presenta extensión de extremidades al estímulo nociceptivo. Se coloca un sensor de presión intracraneal y debe realizarse una craneotomía descompresiva por una hemorragia intraparenquimatosa. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?:

- 1. A su llegada se encuentra en un coma de la escala de Glasgow de 7.
- 2. La presión de perfusión cerebral es la presión arterial media más la presión intracraneal.
- 3. El edema cerebral vasogénico se produce por edema celular, rotura de la membrana y muerte celular.
- 4. El flujo vascular cerebral aumenta con la hipercapnia y la acidosis.

300807 NEUROLOGÍA Normal 55%

Solución: 4

El paciente tiene un **Glasgow** de 4 (1 respuesta ocular, 1 respuesta verbal y 2 respuesta motora) (respuesta 1 incorrecta).

La **presión de perfusión cerebral** es la presión intracraneal menos la presión arterial media (respuesta 2 incorrecta).

El **edema cerebral vasogénico** es un edema extracelular (respuesta 3 incorrecta).

El **flujo vascular aumenta con la hipercapnia y la acidosis** (respuesta 4 correcta).

Pregunta (11888): (109) Respecto a la sedación del paciente crítico en ventilación mecánica en la UCI ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?:

- 1. Los bloqueantes neuromusculares están indicados cuando el paciente presenta asincronías, independientemente del grado de analgesia y sedación.
- 2. Se prefieren los sedantes no benzodiazepínicos debido a que las benzodiazepinas se relacionan con peor resultado clínico.
- 3. La interrupción diaria de la sedación no acorta el tiempo de ventilación mecánica ni la estancia en UCI.
- 4. El paracetamol es el principal agente farmacológico para lograr una adecuada analgesia en los pacientes intubados y ventilados mecánicamente.

300808 ANESTESIOLOGÍA Difícil 12% Solución: 2

Los bloqueantes neuromusculares están indicados para evitarlas asincronías pero **NO independientemente del grado de analgesia y sedación** (respuesta 1 incorrecta) sino que es necesario una analgesia óptima y una sedación profunda.

Los **sedantes NO benzodiazepínicos** (Propofol, dexmedetomidina, etc.) **se prefieren respecto a las benzodiazepinas para la sedación en pacientes con ventilación mecánica ya que estas se relacionan con una mayor duración de la misma** (peor farmacocinética; mayor duración de efecto) **y, por lo tanto, peor resultado clínico** (respuesta 2 correcta).

La **interrupción diaria de la sedación** se recomienda de forma estándar en todos los pacientes en ventilación mecánica con el fin de disminuirla dosis total de fármaco administrada, valorar del estado neurológico y conseguirla activación y trabajo de los músculos respiratorios, con todo ello se logra **acortar el tiempo de ventilación mecánica y la estancia en UCI** (respuesta 3 incorrecta). Se recomiendan los **opioides como analgésicos de elección en el paciente en ventilación mecánica**, siendo de primera línea el fentanilo y la morfina. Especialmente en los pacientes que requieren ventilación prolongada (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta (11889): (110) El osteosarcoma es un tumor óseo maligno que:

- 1. Es más frecuente en la primera década de la vida.
- 2. Su tratamiento con quimioterapia y radioterapia suele evitar la cirugía.
- 3. Afecta más frecuentemente a huesos en la proximidad de la articulación de la rodilla.
- 4. Si presenta enfermedad de Paget previa tiene un mejor pronóstico.

300809 TRAUMATOLOGÍA Fácil 77% Solución: 3

El osteosarcoma es el tumor maligno del hueso más frecuente en gente joven. Afecta sobre todo a **sujetos en la segunda década de la vida** (respuesta 1 incorrecta). Tiene un segundo pico de incidencia por encima de los 60 años, siendo en este caso más frecuente en pacientes con enfermedad de Paget ósea.

El **osteosarcoma asociado a enfermedad de Paget ósea es de peor pronóstico** (respuesta 4 incorrecta).

El osteosarcoma es relativamente radiorresistente por lo que **el tratamiento habitual es la quimioterapia (pre y postoperatoria) y la cirugía**, si es posible con conservación del miembro (respuesta 2 incorrecta).

Se localiza con más frecuente en las metáfisis alrededor de la rodilla, sobre todo en la metáfisis distal del fémur (respuesta 3 correcta).

Pregunta (11890): (111) El síndrome del túnel carpiano:

- 1. Es más frecuente en varones.
- 2. Cursa con hipoestesia en el pulpejo de los dedos segundo a quinto.
- 3. Los síntomas se exacerban durante la noche.
- 4. Se acompaña de atrofia de la musculatura de la eminencia hipotenar.

300810 TRAUMATOLOGÍA Fácil 87% Solución: 3

El síndrome del túnel carpiano es la compresión del nervio mediano en la cara anterior de la muñeca.

Es más frecuente en mujeres en edad perimenopáusia (respuesta 1 incorrecta).

Produce parestesias y dolor en la cara palmar de la mano y los dedos. Aunque con frecuencia los pacientes no son capaces de distinguir una localización precisa **afecta sobre todo al territorio sensitivo del nervio mediano: la cara palmar de los dedos 1, 2, 3 y mitad radial del 4º dedo**. La hipoestesia puede aparecer en casos muy severos de mucho tiempo de evolución (respuesta 2 incorrecta).

En casos severos puede provocar una **atrofia de la eminencia tenar** (músculos inervados por el nervio mediano) (respuesta 4 incorrecta).

Es muy frecuente que la clínica aparezca sobre todo durante la noche (respuesta 3 correcta).

Pregunta (11891): (112) Mujer de 61 años, administrativa, con antecedentes de sobrepeso, hipertensión, dislipemia y síndrome metabólico, que consulta por dolor en ambas nalgas, región trocantérea izquierda, cara lateral del muslo izquierdo hasta la rodilla y pierna izquierda hasta el tercio medio. El dolor aparece cuando levantamos el miembro inferior con la rodilla extendida, pero se alivia al flexionar la rodilla. ¿Cuál es la primera sospecha clínica?:

- 1. Artritis gotosa de cadera izquierda.
- 2. Artrosis coxo-femoral izquierda.
- 3. Lumbalgia irradiada / lumbociatalgia.
- 4. Claudicación por estenosis de canal.

300811 TRAUMATOLOGÍA Fácil 71% Solución: 3

La principal causa de dolor lumbar con irradiación hacia un miembro inferior en pacientes menores de 70 años es la **lumbalgia irradiada/lumbociatalgia**. Este diagnóstico se completa por un aumento del dolor al levantar el miembro inferior con la rodilla extendida (**Prueba de Lasègue**) (respuesta 3 correcta).

La principal causa de dolor lumbar en pacientes mayores de 70 años es la **estenosis del canal medular**. El diagnóstico se completa por un cuadro de claudicación neurogénica: dolor que aumenta al caminar y disminuye con la flexión del tronco (respuesta 4 incorrecta).

La **artrosis coxo-femoral es la patología más frecuente de la cadera en sujetos mayores de 50 años**. Su diagnóstico se completa por dolor mecánico con fases de dolor inflamatorio que aumenta con la carga sobre la articulación. El dolor en la ingle o región trocantérea puede irradiarse hacia la rodilla. Puede haber rigideces articulares (respuesta 2 incorrecta).

La **artritis gotosa de la cadera es poco frecuente**. se caracteriza por un cuadro agudo de dolor inflamatorio (en reposo y en movimiento) (respuesta 1 incorrecta).

Pregunta (11892): (113) Varón de 35 años, cartero, sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por un dolor agudo cervical de 24 horas de evolución, sin traumatismo previo, que irradia a brazo izquierdo hasta la mano y se acompaña de parestesias en el borde radial del antebrazo. No presenta pérdida de fuerza objetiva, conserva la movilidad del cuello aunque es dolorosa y se aprecia contractura de la musculatura paravertebral. La primera actitud será:

- 1. Tratamiento conservador con antiinflamatorios no esteroideos, calor local y reposo relativo.
- 2. Llamada urgente al neurocirujano para valoración quirúrgica.
- 3. Solicitud preferente de resonancia magnética y electromiograma.
- 4. Derivación preferente a consultas externas de traumatología.

300812 TRAUMATOLOGÍA Fácil 79% Solución: 1

El cuadro descrito se corresponde con una cervico-braquialgia: dolor cervical con irradiación al miembro superior por afectación de una raíz del plexo braquial. Si no hay signos/síntomas que nos hagan sospechar un cuadro no mecánico (primer episodio por encima de los 50 años, sospecha de enfermedad infecciosa, tumoral, inflamatoria o traumática) **no es preciso realizar ningún estudio complementario** (respuesta 3 incorrecta).

Se inicia tratamiento conservador con reposo relativo, calor local y analgésicos/AINEs (respuesta 1 correcta).

La derivación urgente/preferente a un traumatólogo o neurocirujano (la elección depende de la cartera de servicios de nuestro hospital de referencia) estaría indicada si además del cuadro presentado el paciente presentase paresia/parálisis de músculos del miembro superior o la sospecha de una etiología específica grave de cervico-braquialgia como las enumeradas más arriba (respuesta 2 y 4 incorrectas).

Pregunta (11893): (114) Respecto a la rotura del ligamento cruzado anterior de la rodilla, señale la respuesta correcta:

- 1. Es frecuente que se produzca por un traumatismo sobre la cara anterior de la tibia con la rodilla en flexión.
- 2. Raramente cursa con hemartros.
- 3. La maniobra de Lachman es negativa.
- 4. El tratamiento con fisioterapia con potenciación del cuádriceps y los isquiotibiales puede evitar la cirugía.

300813 TRAUMATOLOGÍA Fácil 69%

Solución: 4

La rotura del ligamento cruzado anterior se produce habitualmente por un mecanismo de torsión de la rodilla con el pie fijo en el suelo (respuesta 1 incorrecta).

Los signos clínicos habituales en su rotura son: la presencia de un hemartros inmediatamente después del traumatismo, el signo del cajón anterior positivo y el test de Lachman positivo (es el test más fiable) (respuesta 2 y 3 incorrectas).

El tratamiento inicial puede ser conservador mediante tratamiento con fisioterapia que potencie los músculos que dan estabilidad a la rodilla (cuádriceps e isquiotibiales) (respuesta 4 correcta).

Pregunta (11894): (115) Varón de 27 años, deportista habitual, que refiere dolor en la pierna derecha tras la práctica de carrera continua. Ha acudido en varias ocasiones a un fisioterapeuta, siendo diagnosticado de una sobrecarga en gemelos. Han transcurrido varios meses, no ha mejorado y refiere dolor intenso tras la actividad física que cede con el reposo en las siguientes horas del ejercicio. ¿Qué prueba puede ayudar en el diagnóstico?:

- 1. Tomografía de emisión de positrones con 18 FDG.
- 2. Determinación de la presión del compartimento posterior inmediatamente tras actividad.
- 3. Ecografía-Doppler para descartar un trastorno circulatorio de la extremidad inferior.
- 4. Espectrometría por resonancia magnética.

300814 TRAUMATOLOGÍA Difícil 27%

Solución: 2

El cuadro clínico es típico de un síndrome compartimental crónico de la pierna (dolor tras esfuerzo que cede con el reposo). El diagnóstico se confirma con la medición de la presión en el compartimento afectado inmediatamente después de la actividad. (respuesta 2 correcta).

La tomografía de emisión de positrones con 18 FDG permite la detección de estructuras anatómicas con una captación anormal de radiofármacos que puede estar relacionada con inflamación o neoplasia. Esta prueba puede ser positiva tras un ejercicio intenso sin indicar patología (respuesta 1 incorrecta).

Los trastornos vasculares del miembro inferior pueden diagnosticarse con ecografía-Doppler (arteriopatía, tromboflebitis). La arteriopatía se caracteriza por los signos clínicos de las 6 P (palidez, dolor, ausencia de pulsos, parálisis, parestesias, frialdad). La tromboflebitis provoca dolor en la pantorrilla que no cede con el reposo. (respuesta 3 incorrecta).

La espectrometría por resonancia magnética se utiliza como diagnóstico de enfermedades cerebrales (respuesta 4 incorrecta).

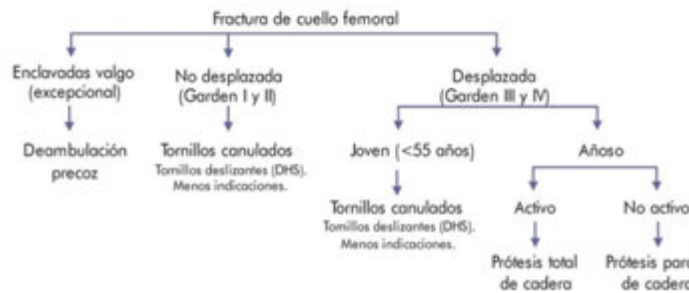
Pregunta (11895): (116) Mujer de 95 años que vive en una residencia, independiente para sus actividades básicas de la vida diaria, sale al jardín a pasear. Tiene antecedentes de HTA, dislipidemia, osteoporosis y deterioro cognitivo leve. Sufrir una caída al levantarse por la noche al baño. La radiografía muestra una fractura subcapital desplazada de cadera derecha. ¿Cuál es el tratamiento recomendado?:

- 1. Hemiartróplastia de cadera.
- 2. Fijación con clavo trocantérico.
- 3. Fijación con tornillos canulados.
- 4. Conservador: vida cama-sillón.

300815 TRAUMATOLOGÍA Normal 49%

Solución: 1

Se trata de una paciente añosa (92 años), sin patología que contraindique la cirugía y que realizaba una vida activa para su edad, que ha sufrido una fractura de cuello de fémur (fractura de cadera). Todas las fracturas de cadera en pacientes que previamente caminaban y si no hay una contraindicación absoluta para la cirugía son indicación de tratamiento quirúrgico (respuesta 4 incorrecta). Las fracturas subtrocanterea son indicación de tornillo deslizante o clavo trocantérico (respuesta 2 incorrecta). Las fracturas de cadera en sujetos jóvenes o/y poco desplazadas son indicación de tornillos canulados (respuesta 3 incorrecta). Las fracturas de cadera en sujetos añosos o/y fracturas muy desplazadas son indicación de prótesis parcial de cadera (respuesta 1 correcta). Si el paciente tiene una artrosis importante o/y es un sujeto muy activo puede valorarse una prótesis total de cadera.



Pregunta (11896): (117) ¿En relación con las fracturas de la epitroclea en los niños señale la afirmación INCORRECTA?:

- 1. Se desencadenan por un mecanismo de valgo forzado del codo en la caída.
- 2. Están asociadas hasta en un 50 % de los casos con una luxación postero-lateral del codo.
- 3. Pueden presentar asociada una neurapraxia del nervio cubital.
- 4. Es más frecuente en niños de edades entre 4 y 6 años.

300816 TRAUMATOLOGÍA Difícil -15%

Solución: 4

Las fracturas de la epitroclea se producen por un mecanismo de valgo forzado (fractura arrancamiento de los músculos epitrocleares) (respuesta 1 incorrecta) o/y asociado a luxaciones postero-laterales de codo (respuesta 2 incorrecta).

El nervio cubital atraviesa el codo por el canal epitrocleoecraniano en íntima relación con la epitroclea. Una complicación habitual de estas fracturas es la lesión del nervio cubital (respuesta 3 incorrecta).

Estas fracturas son más frecuentes en niños mayores, entre los 9 y los 14 años (respuesta 4 correcta).

Pregunta (11897): (118) Varón de 41 años que consulta por gonalgia de varios días de evolución. En la exploración se realiza el test de Thessaly (dolor con los movimientos de rotación interna y externa con la rodilla flexionada) que resulta positivo. ¿Cuál de las siguientes lesiones es más probable?:

- 1. Lesión meniscal.
- 2. Lesión por rotura del ligamento cruzado anterior.
- 3. Lesión por rotura del ligamento cruzado posterior.
- 4. Lesión por artropatía degenerativa.

300817 TRAUMATOLOGÍA Fácil 75%

Solución: 1

La **lesión meniscal** se caracteriza por tres cosas fundamentales: se produce por un **mecanismo de torsión**, provoca un **derrame articular** (que tarda horas en aparecer) y produce **bloqueo o dolor con la flexión de la rodilla**. Entre las exploraciones características está el **test de Thessaly** (respuesta 1 correcta). La **rotura del ligamento cruzado anterior** puede provocar un **hemartros** (sangrado articular de aparición inmediata), un **signo del cajón anterior positivo** y un **test de Lachman positivo** (respuesta 2 incorrecta). La **rotura del ligamento cruzado posterior** puede provocar un **signo del cajón posterior positivo** (respuesta 3 incorrecta). La **artrosis de rodilla** es la patología crónica de rodilla más frecuente por encima de los 50 años. produce **dolor mecánico con brotes de dolor inflamatorio y deformidad en varo de la rodilla y limitación de los movimientos de flexo-extensión** (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta (11898): (119) Mujer de 13 años, sin antecedentes relevantes, con menarquia hace 3 meses, seguida desde los 10 años por escoliosis idiopática que ha empeorado. En la exploración física presenta una giba de 7 grados en el test de Adams y en el escoliograma una curva toracolumbar T4-L1 de 35 grados de Cobb y un Risser 0. La actitud correcta a tomar será:

1. Recomendar natación y revisión en tres meses.
2. Prescribir una ortesis tipo corsé.
3. Derivar a fisioterapia para elastificación del raquis.
4. Revisar en 6 meses con una nueva radiografía.

300818 TRAUMATOLOGÍA Fácil 96%

Solución: 2

Pregunta repetida en varias ocasiones. El tratamiento de la escoliosis tiene como referencias la importancia de la curva (grados Coob), la edad del paciente (con especial importancia la madurez ósea) y la progresión de la curva. **Para una curva inferior a 20-25 grados** deberá indicarse ejercicios de fortalecimiento de la musculatura raquídea y revisiones. En estos pacientes podrían indicarse la **natación y las revisiones** (respuesta 1 incorrecta). **No deben indicarse radiografías frecuentes por el riesgo de irradiación** (respuesta 4 incorrecta). **Para curvas mayores y hasta los 50 º la indicación es prescribir una ortesis tipo corse** de Milwaukee o Boston (respuesta 2 correcta). Las **curvas mayores de 50º** o que sea esperable que esta cifra pueda superarse antes de la finalización del crecimiento son de **indicación quirúrgica**. Las **técnicas fisioterápicas incluyen la elastificación** de los tejidos blandos, sobre todo en la zona cóncava de la curva, la tonificación de la musculatura paravertebral, sobre todo en la zona convexa de la curva y el tratamiento de las contracturas musculares. Puede indicarse antes de plantearse la cirugía **como tratamiento complementario** (respuesta 3 incorrecta).

Pregunta (11899): (120) Sobre la fascitis plantar, señale la respuesta correcta:

1. El dolor mejora al andar de puntillas.
2. Se asocia a la presencia de espolón calcáneo.
3. El tratamiento de elección es quirúrgico.
4. Provoca dolor en la zona del talón, más intenso al empezar a caminar.

300819 TRAUMATOLOGÍA Difícil 0%

ANULADA

La fascitis plantar es la inflamación de la inserción de la fascia plantar en el calcáneo. Cuando la inflamación es crónica calcificarse denominándose a ésta **espolón calcáneo**. Por ello la fascitis plantar **puede asociarse con el espolón calcáneo**. La fascitis plantar provoca **dolor en el talón que es más intenso al iniciar la marcha**. El dolor empeora al andar de puntillas. El tratamiento inicial de la fascitis plantar es conservador.

Pregunta (11900): (121) Mujer de 79 años que ingresa por una fractura osteoporótica de cadera. Respecto a la prevención secundaria de las fracturas por fragilidad, señale la respuesta INCORRECTA:

1. La baja adherencia al tratamiento se asocia a un incremento del riesgo de fractura.
2. Los marcadores de remodelado óseo pueden ser útiles para monitorizar de forma precoz la respuesta al tratamiento.
3. La vitamina D en monoterapia es eficaz en la reducción de dichas fracturas en personas mayores no institucionalizadas.
4. El aumento de calcio dietético o tomar suplementos de calcio de forma aislada no protegen frente a la aparición de fracturas.

300820 REUMATOLOGÍA Normal 51%

Solución: 3

Respecto a la prevención secundaria de las **fracturas por fragilidad de cadera**:

- La baja adherencia al tratamiento de la osteoporosis es un problema frecuente, de tal manera que después de 12 meses menos de la mitad de los pacientes mantienen la terapia indicada. Además, la baja adherencia se asocia a un incremento del riesgo de fractura (respuesta 1 incorrecta).
- Algunos estudios concluyen que los marcadores de remodelado óseo pueden ser útiles para monitorizar de forma precoz el cumplimiento y la respuesta al tratamiento (respuesta 2 incorrecta).
- La evidencia científica actual permite afirmar que ni aumentar el calcio dietético ni tomar suplementos de calcio de forma aislada protege frente a la aparición de fracturas (respuesta 4 incorrecta).
- **Tampoco la vitamina D administrada en monoterapia es eficaz en la reducción de fracturas por fragilidad en personas ancianas no institucionalizadas** (respuesta 3 correcta).

Pregunta (11901): (122) Paciente de 78 años sin antecedentes que consulta por astenia y disnea de 3 meses de evolución, que ha progresado hasta hacerse de reposo en los últimos días. En los días previos refiere también dolor torácico de características anginosas con pequeños esfuerzos. En la exploración destaca presión arterial de 110/80 mmHg, frecuencia cardíaca de 85 lpm y auscultación con un soplo sistólico áspero en segundo espacio intercostal derecho y crepitantes en ambas bases pulmonares. ¿Cuál de los siguientes es el diagnóstico más probable?:

1. Insuficiencia mitral.
2. Estenosis aórtica.
3. Insuficiencia aórtica.
4. Miocardiopatía dilatada de origen isquémico.

300821 CARDIOLOGÍA Fácil 78%

Solución: 2

Presentan un **paciente añoso con insuficiencia cardíaca y ángor**. En la exploración se objetiva un **soplo sistólico áspero en foco aórtico** por lo que la primera sospecha debe ser la **Estenosis Aórtica** (respuesta 2 correcta). Recordemos que esta enfermedad produce característicamente disnea, angina y síncope. La **insuficiencia mitral** produciría soplo sistólico pero en foco mitral (quinto espacio intercostal) y produce insuficiencia cardíaca pero no ángor (respuesta 1 incorrecta). La **insuficiencia aórtica** produce soplo diastólico (respuesta 3 incorrecta). La **miocardiopatía dilatada isquémica** puede producir ángor e IC pero de tener soplo sería por insuficiencia mitral secundaria y por tanto en foco mitral (respuesta 4 incorrecta). En cualquier caso, dada la edad del paciente y la clínica, la valvulopatía más probable es la **estenosis aórtica**.

Pregunta (11902): (123) ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA con relación al síndrome del QT largo?:

- 1. Los betabloqueantes están contraindicados en el QT largo congénito.
- 2. Los antidepresivos tricíclicos pueden dar lugar a un QT largo adquirido.
- 3. Predispone a la taquicardia ventricular polimórfica.
- 4. Su fisiopatología se basa en una alteración de los canales iónicos responsables del potencial de acción transmembrana de la célula miocárdica.

300822 CARDIOLOGÍA Fácil 82%

Solución: 1

El tratamiento de elección en el síndrome de QT largo congénito son los betabloqueantes (respuesta 1 correcta). Estos fármacos si acaso están contraindicados en el bloqueo AV, pero no en el QT largo donde son indicación.

Los antidepresivos tricíclicos, al igual que las quinolonas o los macrólidos, pueden alargar el QT (respuesta 2 incorrecta).

El QT largo predispone a taquicardia ventricular polimorfa o Torsada de Puntas (respuesta 3 incorrecta).

La fisiopatología es por una alteración de los canales iónicos que altera la conductividad de la membrana y favorece la aparición de taquicardias por la presencia de post-potenciales precoces (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta (11903): (124) Mujer de 82 años con fibrilación auricular crónica de 10 años de evolución y función sistólica biventricular conservada que presenta episodios de bloqueo aurículo-ventricular completo sintomáticos, por lo que se decide implantar un sistema de estimulación cardiaco definitivo. ¿Cuál de los siguientes está indicado?:

- 1. Marcapasos DDD (bicameral).
- 2. Marcapasos VVI (unicameral ventricular).
- 3. Marcapasos AAI (unicameral auricular).
- 4. Terapiaderesincronizaciónventricular (TRC).

300823 CARDIOLOGÍA Difícil -14%

Solución: 2

Presentan un paciente con FA crónica que desarrolla un bloqueo aurículo-ventricular completo lo que es indicación de marcapasos. Si bien los marcapasos bicamerales (cable en aurícula derecha y otro en ventrículo derecho) son el tratamiento de elección del bloqueo AV, lo son cuando el paciente está en ritmo sinusal de forma que el marcapasos garantiza que la actividad eléctrica de la aurícula llegue y se coordine con el ventrículo. Sin embargo, hay excepciones y una de ellas es precisamente la FA en la que el marcapasos bicameral probablemente no capte adecuadamente la actividad auricular y de hacerlo, puede implicar la activación ventricular a altas frecuencias. Por ello, en el bloqueo AV con FA se recomienda el de marcapasos unicameral con cable sólo en el ventrículo (respuesta 2 correcta) (respuesta 1 incorrecta).

El marcapasos AAI sería un solo cable en aurícula izquierda, se podría usar en casos de disfunción sinusal aislada, pero incluso en esos casos habitualmente se coloca un bicameral (respuesta 3 incorrecta).

La TRC se coloca cuando existe disfunción ventricular (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta (11904): (125) Varón de 23 años diagnosticado de síndrome de Wolff-Parkinson-White que acude a urgencias por palpitaciones. El ECG muestra una taquicardia irregular de QRS ancho, con una frecuencia cardiaca de 205 lpm, compatible con fibrilación auricular preexcitada. ¿Cuál de los siguientes fármacos considera adecuado administrar para detener la taquicardia?:

- 1. Verapamilo.
- 2. Digoxina.
- 3. Adenosina.
- 4. Procainamida.

300824 CARDIOLOGÍA Normal 58%

Solución: 4

En una fibrilación auricular preexcitada o con vía accesorio (WPW) el tratamiento de elección es la cardioversión eléctrica o fármacos que actúa preferentemente sobre la vía accesorio como la procainamida (respuesta 4 correcta) o la flecainida.

En estos casos está contraindicado usar fármacos que si bien bajan la frecuencia, lo hacen a expensas de reducir la actividad del nodo auriculoventricular. Estos fármacos, al bloquear el nodo AV podrían favorecer precisamente que la actividad auricular llegue al ventrículo por la vía accesorio y por ello están contraindicados. Los fármacos con este efecto son los calcioantagonistas (verapamilo), la adenosina, la digoxina y los betabloqueantes (respuesta 1, 2, 3 incorrectas).

Pregunta (11905): (126) Varón de 58 años con antecedentes de hipertensión arterial de 6 años de evolución, que consulta por mal control de las cifras de presión arterial a pesar de recibir tratamiento con un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina, un diurético y un calcioantagonista. En consulta presenta cifras de 149/100 mmHg. Analítica: creatinina 1,2 mg/dl, potasio 2,2 mEq/l y alcalosis metabólica compensada; resto del estudio bioquímico, hemograma, coagulación y sedimento urinario normal. Señale la afirmación correcta:

- 1. El origen de la hipertensión en este caso es la secreción excesiva de aldosterona causada por una hiperfunción autónoma de la médula suprarrenal.
- 2. En la mayoría de los casos el sustrato anatómico es una hiperplasia bilateral de la corteza suprarrenal.
- 3. La TC forma parte del estudio diagnóstico en caso de haber una confirmación bioquímica.
- 4. La espironolactona está contraindicada en el manejo de esta patología.

300825 CARDIOLOGÍA Difícil 0%

ANULADA

El caso clínico planteado por las alteraciones analíticas es compatible con un hiperaldosteronismo primario.

La forma más clásica de presentación, hasta el 65% de los casos, es la presencia de un único adenoma en la corteza suprarrenal (síndrome de Conn). Pero también, el hiperaldosteronismo idiopático, existe hiperplasia bilateral, y comprende el 30-60% de los hiperaldosteronismos primarios y constituye un grupo muy heterogéneo (respuesta 2 correcta?).

Como prueba diagnóstica, después de la confirmación bioquímica del hiperaldosteronismo, se utiliza la TAC (respuesta 3 correcta)

Es una patología de la corteza suprarrenal y no de la médula suprarrenal, que cursa con hipertensión por el efecto de la aldosterona (respuesta 1 incorrecta).

En el hiperaldosteronismo y por el efecto de la aldosterona de excretar potasio, se utiliza en el tratamiento médico los ahorradores de potasio como la espironolactona (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta (11906): (127) Entre las intervenciones sobre los factores de riesgo cardiovascular mostrados ¿cuál es la más rentable para reducir eventos coronarios en prevención secundaria?:

- 1. Abandono del tabaco.
- 2. Aumento de los niveles de lipoproteínas de alta densidad (colesterol HDL).
- 3. Control adecuado de la glucemia en pacientes diabéticos.
- 4. Aumento de la actividad física.

300826 CARDIOLOGÍA Fácil 69%

Solución: 1

El abandono de tabaco es la medida preventiva de eventos cardiovasculares más eficaz, especialmente con una reducción de infartos repetidos y muerte (respuesta 1 correcta).

Los niveles elevados de HDL, el control glucémico en diabéticos o la actividad física son ejemplos de medidas que reducen el riesgo cardiovascular pero no tan potentes como el abandono del tabaco (respuesta 2, 3, 4 incorrectas).



Pregunta (11907): (128) Mujer de 75 años con antecedentes de insuficiencia cardiaca con fracción de eyección del 25 % que acude a revisión, encontrándose estable en clase funcional III de la NYHA. Tiene un desfibrilador cardioversor implantado. La medicación actual consiste en lisinopril, carvedilol y espirolactona en las dosis máximas toleradas. En la exploración física tiene TA 118/74 mmHg, FC 78 lpm. En la auscultación cardiaca se detecta un tercer tono, la auscultación pulmonar es normal y no presenta edemas. ¿Cuál de los siguientes es el paso más apropiado en su manejo?:

1. Añadir sacubitrilo/valsartan.
2. Añadir ivabradina.
3. Suspendir el lisinopril e iniciar sacubitrilo/valsartan.
4. Suspendir el carvedilol e iniciar ivabradina.

300827 CARDIOLOGÍA Normal 48%

Solución: 3

Presentan una **paciente con insuficiencia cardiaca con FEVI reducida en tratamiento con IECA, betabloqueante y antialdosterónico**. El siguiente paso, si persiste con síntomas (Clase funcional III) sería **sustituir el IECA por Sacubitril/Valsartán** (respuesta 3 correcta). No se debe asociar IECA y Sacubitril/Valsartán, porque supondría un doble bloqueo del sistema renina-angiotensina cuya utilidad no ha sido demostrada y sin embargo implica más riesgo de hipotensión y deterioro de función renal (respuesta 1 incorrecta). Si el paciente con IC está en ritmo sinusal y sigue con síntomas el siguiente paso sería añadir Ivabradina (respuesta 2 incorrecta), en este caso sin necesidad de suspender los betabloqueantes (respuesta 4 incorrecta). Pero sería el siguiente paso, salvo que se constante taquicardia (FC 78 lpm).

Pregunta (11908): (129) Varón de 65 años que acude a urgencias por aparición de lesiones moteadas cianóticas en los dedos de ambos pies. Antecedentes personales: tabaquismo, hipertensión arterial y dislipemia. Rx tórax: ensanchamiento mediastínico. Angio-TC tóraco-abdomino-pélvica: aneurisma de aorta torácica descendente de 7 cm de diámetro, distal a arteria subclavia izquierda y con trombo mural. De las siguientes, señale la opción correcta:

1. Está indicado el tratamiento con estatinas para estabilizar el trombo.
2. Es necesaria la realización de una aortografía diagnóstica urgente.
3. En la cirugía se sustituye el segmento aneurismático por una prótesis tubular con reimplante de los troncos supraaórticos.
4. Está indicado el implante de una endoprótesis torácica.

300828 C. VASCULAR Normal 54%

Solución: 4

El paciente presenta un aneurisma de aorta torácica descendente de más de 55 mm de diámetro, por lo que tiene indicación quirúrgica para evitar la rotura. **El tratamiento de elección para los aneurismas de aorta torácica descendente es el TEVAR**, es decir, el implante de una endoprótesis torácica (respuesta 4 correcta). La presencia de trombo intramural, hallazgo relativamente frecuente, no contraindica el implante de la endoprótesis. Las estatinas no estabilizan los trombos porque son fármacos hipolipemiantes (respuesta 1 incorrecta). El diagnóstico del aneurisma hoy en día se realiza con angioTC o angioRM. La aortografía con contraste está en desuso por ser más invasiva (respuesta 2 incorrecta). Además, en términos de disponibilidad de urgencias, el angioTC es la técnica de elección. No está indicada la cirugía con reimplante de troncos supraaórticos porque el aneurisma se origina distal a la subclavia izquierda, por lo que no se ven afectadas las subclavias ni las carótidas (respuesta 3 incorrecta).

Pregunta (11909): (130) Varón de 85 años en fibrilación auricular permanente que consulta por sufrir un dolor brusco y frialdad en el pie derecho desde hace 6 horas. En la exploración presenta cianosis plantar con déficit parcial de sensibilidad y movilidad. El pulso femoral es palpable, estando ausentes los pulsos poplíteo y distales de dicha extremidad. De las siguientes ¿cuál es la actitud terapéutica idónea?:

1. Desestimar la cirugía de revascularización, por el tiempo prolongado de isquemia.
2. Aplicar calor y avisar al cirujano vascular de guardia.
3. Tratamiento quirúrgico urgente mediante tromboembolotomía.
4. Tratamiento médico urgente con prostaglandinas intravenosas.

300829 C. VASCULAR Fácil 90%

Solución: 3

Se trata de un caso clínico típico de isquemia arterial aguda, que suelen preguntarnos en pacientes con antecedentes de fibrilación auricular que presentan dolor brusco en una pierna (se trata de un trombo de origen cardiaco que emboliza a la pierna). El tratamiento de elección se basa en la clasificación clínica de Rutherford, que ya preguntaron recientemente en el MIR. Al tratarse de un paciente con **déficit parcial de sensibilidad y movilidad, es decir, todavía con posibilidad de ser reversible**, nos encontramos ante un estadio clínico IIB y por tanto **está indicado el tratamiento quirúrgico urgente** revascularizando mediante una tromboembolotomía con sonda de Fogarty (respuesta 3 correcta). Dado que **no existe anestesia profunda y pérdida completa de la movilidad**, no debemos desestimar la cirugía (respuesta 1 incorrecta). Aunque hay que avisar al cirujano vascular de guardia, **aplicar calor no va a mejorar el cuadro** del paciente (respuesta 2 incorrecta). El tratamiento de elección de la isquemia aguda es la revascularización quirúrgica. **El uso de prostaglandinas no está indicado** (respuesta 4 incorrecta). Hasta la intervención deberemos pautar heparina y analgesia.

Pregunta (11910): (131) Varón de 30 años, de complexión delgada, que durante un partido de baloncesto sufre un episodio de dolor torácico derecho agudo, acompañado de disnea de aparición brusca y respiración superficial por el que acude a urgencias. ¿Cuál de los siguientes signos exploratorios le parecería más probable encontrar en la auscultación pulmonar?:

1. Sopro tubárico y crepitantes en base derecha.
2. Disminución del murmullo vesicular en la base derecha, disminución de las vibraciones vocales y matidez a la percusión.
3. Disminución/abolición de las vibraciones vocales y timpanismo en la percusión en hemitorax derecho.
4. Roncus y sibilancias dispersas.

300830 NEUMOLOGÍA Fácil 96%

Solución: 3

El **neumotórax espontáneo primario** es típico de varones, altos (jugador de baloncesto), delgados y fumadores. Cursa con **disnea, dolor torácico de características pleuríticas**, disminución de la movilidad del hemitórax afecto, **disminución o abolición de las vibraciones vocales y timpanismo** a la percusión (respuesta 3 correcta). El **derrame pleural** cursa con **disminución del murmullo vesicular en la base** afecta, **disminución de las vibraciones vocales y matidez** a la percusión (respuesta 2 incorrecta). La **neumonía** aparece con fiebre, afectación del estado general, **crepitantes y sopro tubárico** (esto último, en caso de llevar asociado un derrame paraneumónico) (respuesta 1 incorrecta). Los **roncus y sibilancias** son típicos de patologías obstructivas con hipersecreción de moco (por ejemplo, la **bronquitis crónica**) (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta (11911): (132) Varón de 75 años con antecedentes de EPOC que acude a urgencias por disnea progresiva de varios días de evolución y disminución del nivel de conciencia. En la gasometría arterial respirando aire ambiente (FiO2 21%) se informan los siguientes valores: pH 7,25; pO2 45 mmHg; pCO2 70 mmHg; H2CO3 26 mmol/L; EB -0,1 mmol/L. Desde un punto de vista gasométrico presenta:

- 1. Insuficiencia respiratoria global con acidosis respiratoria.
- 2. Insuficiencia respiratoria global con acidosis metabólica.
- 3. Insuficiencia respiratoria parcial con acidosis metabólica.
- 4. Insuficiencia respiratoria parcial con alcalosis respiratoria.

300831 NEUMOLOGÍA Fácil 96%

Solución: 1

El nivel normal de PaO2 es >80 mmHg. Por debajo, se habla de hipoxemia. Valores < 60 mmHg indican insuficiencia respiratoria. Respecto a los valores normales de PaCO2, se considera normal entre 35 y 45 mmHg.

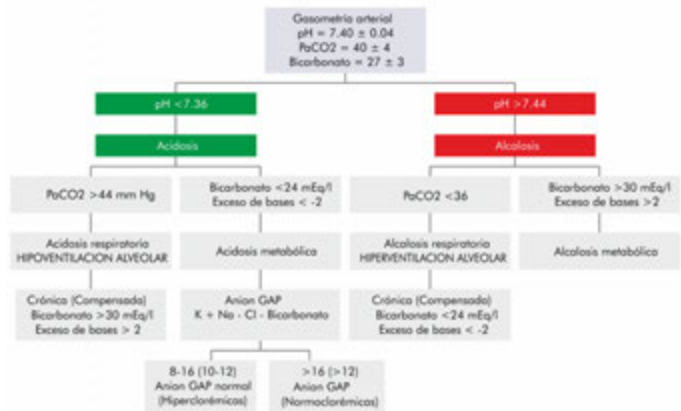
Asimismo, un valor de pH normal es aquel comprendido entre 7,35 y 7,45. Niveles inferiores a 7,35 indican acidosis y valores superiores a 7,45 se corresponden con alcalosis.

Se denomina insuficiencia respiratoria a la situación que cursa con PaO2 inferior a 60 mmHg y/o PaCO2 igual o superior a 50 mmHg.

- Insuficiencia respiratoria global: PaO2 < 60 mmHg y PaCO2 >50 mmHg.
- Insuficiencia respiratoria parcial: PaO2 < 60 mmHg o PaCO2 >50 mmHg (sólo uno de los dos alterado).

El enunciado muestra un paciente con PaO2 45 mmHg y PaCO2 70 mmHg, por tanto, con insuficiencia respiratoria global (respuestas 3 y 4 incorrectas).

El valor del pH es inferior a 7,35. Se trata de una acidosis. El valor del bicarbonato es normal y el CO2 está elevado. Esto indica que la acidosis es respiratoria (respuesta 1 correcta y 2 incorrecta).



Pregunta (11912): (133) Mujer de 78 años que consulta por disnea, diagnosticándosele una exacerbación de su EPOC. Tras ser evaluada se decide administrar prednisona. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?:

- 1. En este caso es preferible administrar prednisona vía intravenosa ya que es más efectiva que la administración oral.
- 2. Una buena opción sería administrar prednisona 40 mg/día vía oral durante 5 días
- 3. La dosis de prednisona debe ser cómo mínimo 1 mg/kg de peso al día.
- 4. La prednisona debe pautarse de tal forma que la disminución de la dosis se realice de forma paulatina durante 10 días.

300832 NEUMOLOGÍA Difícil -11%

Solución: 2

En un episodio de reagudización de EPOC se recomienda emplear corticoides por vía sistémica.

La elección de la vía (oral o intravenosa) dependerá de la severidad de la agudización. La prednisona por vía intravenosa se administra en cuadros muy graves. Sin embargo, el enunciado no aporta ningún dato que apoye la presencia de una gravedad extrema. Ciertamente, la administración intravenosa es más efectiva que la vía oral, pero también aporta un mayor número de efectos secundarios, por lo que dicha vía se reserva para las situaciones más graves. La redacción de la pregunta descarta ese contexto clínico, ya que se describe que "...consulta por disnea" (no "...acude a urgencias por disnea") (respuesta 1 incorrecta).

La dosis de prednisona es 0,5 mg/Kg de peso al día (respuesta 3 incorrecta).

Según el consenso actual sobre el "síndrome de agudización de la EPOC", en situaciones que no sean extremadamente graves, se debe emplear prednisona oral (o equivalente) durante un máximo de 5 días en agudizaciones moderadas y 14 en graves (reservando la administración parenteral para las agudizaciones muy graves (respuesta 2 correcta, 4 incorrecta).

Pregunta (11913): (134) Paciente de 71 años sin antecedentes cardiovasculares que consulta por ronquido crónico y apneas presenciadas durante el sueño. En la exploración destaca un índice de masa corporal de 31 kg/m2. El grado de somnolencia diurna evaluado con la escala de Epworth es de 5. Se realiza una poligrafía respiratoria que evidencia un índice de apnea/hipopnea de 15 por hora de registro, con una saturación media de oxígeno del 94 %. La primera intervención terapéutica indicada es:

- 1. Presión positiva continua en la vía aérea (CPAP).
- 2. Oxigenoterapia nocturna domiciliaria.
- 3. Presión positiva de doble nivel en la vía aérea.
- 4. Medidas higiénico-dietéticas generales.

300833 NEUMOLOGÍA Fácil 78%

Solución: 4

La apnea obstructiva del sueño se considera patológica cuando el índice de apnea-hipopnea es >15 por hora de registro (o entre 5 y 15, si asocia sintomatología limitante diurna: hipersomnolencia marcada o hipertensión arterial refractaria).

El tratamiento depende de la severidad del cuadro. En casos leves y sin repercusión (es decir, que no tengan hipersomnolencia diurna y que el valor de la escala de Epworth sea < 10), se realizarán medidas higiénico-dietéticas generales (respuesta 4 correcta).

La CPAP (presión positiva continua en la vía aérea) se indica en aquellas situaciones que cursan con un índice de Epworth >10 (respuesta 1 incorrecta).

La presión positiva de doble nivel (BiPAP) se emplea en los casos que tienen indicación para CPAP y requieren presiones muy positivas o en aquellos que presentan broncopatías obstructivas concomitantes (asma o EPOC) (respuesta 3 incorrecta).

La oxigenoterapia nocturna domiciliaria no aporta un beneficio clínico en pacientes con apnea obstructiva del sueño (respuesta 2 incorrecta).

Pregunta (11914): (135) Mujer de 66 años, no fumadora, con tos y disnea de un año de evolución. Se realiza TC torácica de alta resolución por sospecha de fibrosis pulmonar idiopática. ¿Cuál de los siguientes hallazgos radiológicos son típicos de esta entidad?:

- 1. Quistes de panal y patrón reticular con predominio basal.
- 2. Opacidades en vidrio deslustrado parcheadas o difusas, bilaterales y simétricas.
- 3. Consolidaciones múltiples, con distribución periférica en campos pulmonares inferiores.
- 4. Bronquiectasias por tracción y patrón nodulillar subpleural en bases pulmonares.

300834 NEUMOLOGÍA Fácil 75%

Solución: 1

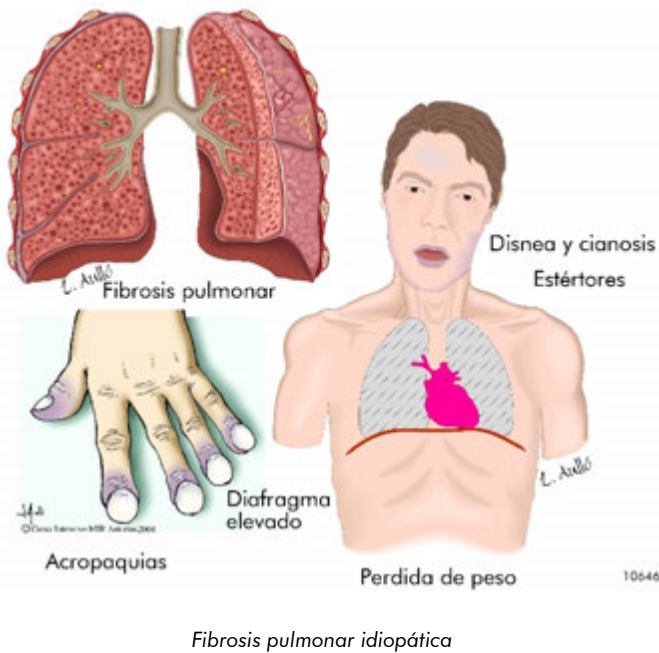
La fibrosis pulmonar intersticial es una patología intersticial y restrictiva, típica de pacientes >50 años, que cursa con disnea de esfuerzo, crepitantes secos teleinspiratorios, acropaquias y alteraciones parenquimatosas en las bases y periferia de los pulmones. Los pacientes con fibrosis pulmonar intersticial presentan quistes de panal y patrón reticular de predominio en bases (respuesta 1 correcta).

Las opacidades en vidrio deslustrado son típicas de otras patologías, como la infección por Pneumocystis jirovecii, la alveolitis alérgica extrínseca, o el COVID-19 (respuesta 2 incorrecta).

Las consolidaciones múltiples, con distribución periférica en campos pulmonares inferiores son características de la afectación radiológica por COVID-19, en los primeros días de evolución (respuesta 3 incorrecta).

Las bronquiectasias por tracción se originan como consecuencia de una fibrosis pulmonar que tracciona del parénquima, generando dilataciones de las vías aéreas que forman imágenes similares a las bronquiectasias producidas por destrucción intersticial.

Estos hallazgos son frecuentes en conectivopatías que cursan con fibrosis pulmonar asociada (respuesta 4 incorrecta).



Pregunta (11915): (136) Paciente de 65 años, no fumador, que refiere que trabajó en su juventud en industria relacionada con la uralita. Consulta por un cuadro de disnea progresiva, sin fiebre. En la radiografía de tórax se observan calcificaciones pleurales izquierdas y un engrosamiento pleural derecho de características nodulares, que se confirma en la TC de tórax, sin adenopatías mediastínicas, nódulos, ni masas pulmonares o mediastínicas. Con respecto a la actitud a seguir con este paciente, señale la afirmación correcta:

- 1. La tomografía por emisión de positrones permite llegar al diagnóstico específico si se observa un gran hipermetabolismo a nivel pleural.
- 2. El diagnóstico más probable es el de carcinoma broncogénico, por lo que deberá realizarse, en primer lugar, una fibrobroncoscopia diagnóstica.
- 3. La primera maniobra diagnóstica debe ser una toracocentesis. En caso de que no se consiga un diagnóstico etiológico, debe plantearse una toracoscopia diagnóstica para toma de una biopsia pleural.
- 4. Al tratarse de un derrame pleural atípico, debe descartarse una causa infecciosa, por lo que deberá realizarse una toracocentesis con análisis bioquímico y cultivo para indicar un posible drenaje pleural.

300835 NEUMOLOGÍA Fácil 78%

Solución: 3

Las técnicas diagnósticas se deben indicar de forma secuencial, comenzando por las menos agresivas para el paciente. El cuadro clínico describe una **afectación pleural en un paciente expuesto al amianto (uralita)**, por lo que debemos incluir la asbestosis y el mesotelioma en el diagnóstico diferencial. Por ello, **la primera maniobra diagnóstica puede ser una toracocentesis que permita detectar células malignas** (compatibles con mesotelioma) en el líquido pleural. **En caso de no llegar al diagnóstico con dicha técnica, se podría plantear una toracoscopia diagnóstica con toma de biopsia** (respuesta 3 correcta).

La **tomografía por emisión de positrones (PET)** permite detectar la presencia de hipermetabolismo a nivel pleural. Sin embargo, este dato no es patognomónico de una entidad clínica determinada. Puede ser compatible con una afectación por carcinoma broncogénico o con un mesotelioma, entre otros. Por tanto, **no permite llegar al diagnóstico específico** (respuesta 1 incorrecta).

La **exposición previa a la uralita** (que contiene amianto) y la **ausencia de un hábito tabáquico**, así como de adenopatías, nódulos o masas pulmonares hacen muy improbable el diagnóstico de **carcinoma broncogénico** (respuesta 2 incorrecta).

La presencia de **engrosamiento pleural de características nodulares** no es compatible con un cuadro infeccioso (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta (11916): (137) Paciente de 55 años con cirrosis hepática alcohólica, abstinentes, sin datos de hipertensión portal. Análisis: AST 34 U/L (normal < 37 U/L); ALT 19 U/L (normal < 41 U/L); bilirrubina total 0,78 mg/dl (normal < 1 mg/dl); alfa-fetoproteína 7 ng/ml (normal < 10 ng/ml). Se realiza una ecografía hepática que detecta una lesión ocupante de espacio hipocogénica de 1,5 cm de diámetro. La resonancia magnética muestra una lesión con captación en fase arterial y lavado en fase venosa. ¿Qué actitud de las siguientes es más correcta?:

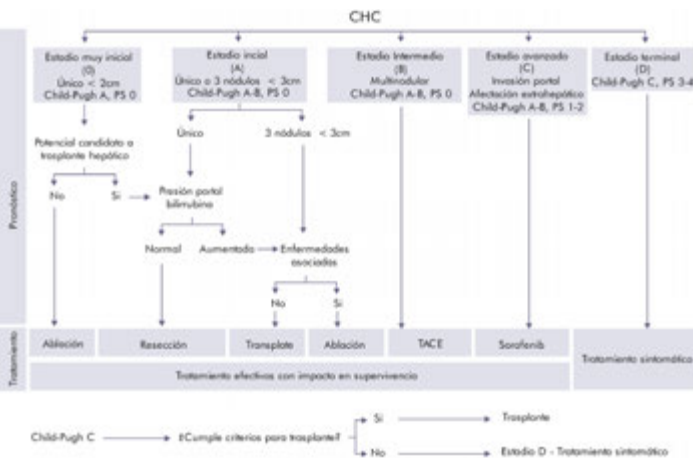
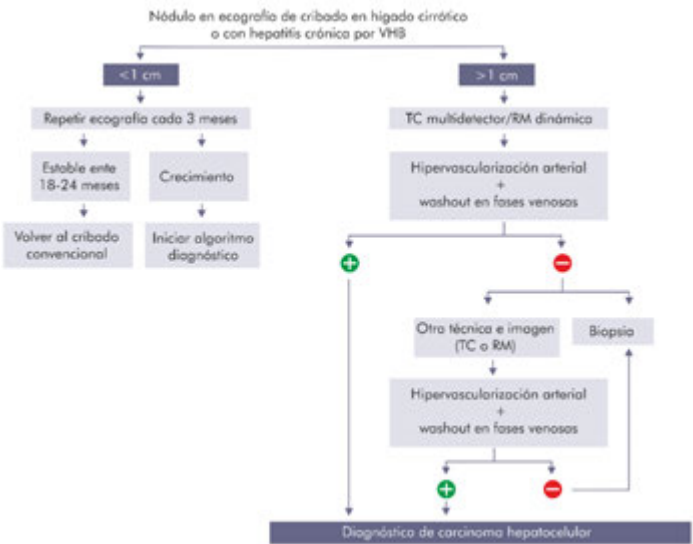
- 1. Realizar biopsia del nódulo, ya que el tamaño es inferior a 2 cm.
- 2. Repetir la ecografía a los 3 meses.
- 3. Indicar un trasplante hepático.
- 4. Solicitar estudio de extensión.

300836 DIGESTIVO Normal 42%

Solución: 4

Nos presentan el caso de un paciente cirrótico donde se detecta mediante ecografía una lesión hepática ocupante de espacio > 1 cm. Ante la sospecha de que se trate de un carcinoma hepatocelular, se solicita una RMN, donde se confirma nuestra sospecha: captación en fase arterial con lavado venoso precoz. Este resultado en la prueba de imagen nos confirma que **se trata de un cáncer hepatocelular** sin necesidad de realizar una **biopsia** (respuesta 1 incorrecta), y tampoco es necesario **repetir la ecografía a los 3 meses** (respuesta 2 incorrecta).

Podríamos dudar en todo caso entra las respuestas 3 y 4. Si se tratara de una lesión hepática única y en ausencia de HTP (estadio A de la BCLC), podríamos plantear resección hepática; o si hubiera signos de HTP o bilirrubina elevada, una buena opción sería el **trasplante hepático**. Pero claro, antes de poder plantear el tipo de tratamiento, necesitamos descartar que haya metástasis (ya que, si las hubiera, estaríamos ante un estadio C de la BCLC, y el tratamiento sería farmacológico), por lo que lo primero que tenemos que realizar es un **estudio de extensión** (respuesta 4 correcta, respuesta 3 incorrecta).



Pregunta (11917): (138) Mujer de 27 años que consulta por disfagia y odinofagia. En los últimos meses nota sensación de dificultad al tragar, más con líquidos que con sólidos, dolor centrotorácico, algún vómito aislado, sin esfuerzo y más parecido a una regurgitación. No refiere pérdida de peso ni de apetito. Exploración física normal. Analítica completa dentro de la normalidad. Endoscopia oral sin alteraciones estructurales ni lesiones mucosas. Manometría esofágica de alta resolución: actividad vigorosa y ausencia de peristalsis en el cuerpo esofágico con relajación normal del esfínter esofágico inferior. El diagnóstico más probable es:

- 1. Espasmo esofágico distal.
- 2. Esófago hipercontráctil.
- 3. Acalasia tipo I.
- 4. Peristalsis fragmentada.

300837 DIGESTIVO Difícil 14%

Solución: 1

Se trata una pregunta de diagnóstico diferencial entre diversos trastornos motores del esófago. El paciente presenta una disfagia neuromuscular sin alteraciones estructurales en el esófago. Para poder diagnosticar a nuestra paciente, tendremos que fijarnos en el resultado de la manometría: actividad vigorosa y ausencia de peristalsis en el cuerpo esofágico con relajación del esfínter esofágico inferior.

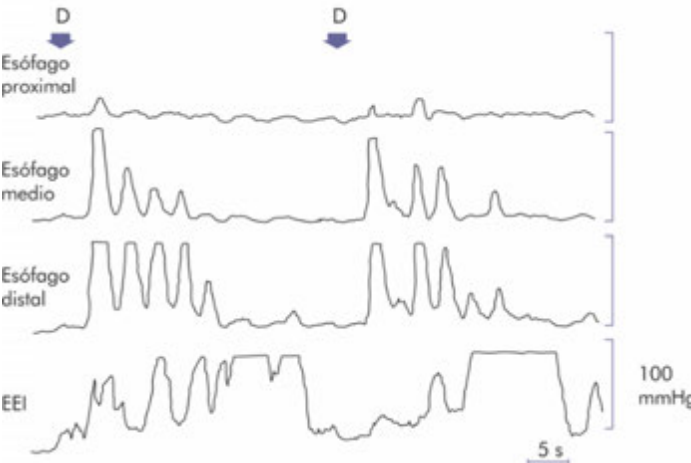
Hasta aquí, lo principal es descartar una **acalasia** directamente, ya que en todos los tipos de acalasia su característica principal es la falta de relajación del esfínter esofágico inferior (respuesta 3 incorrecta).

Una vez descartada esta opción, podríamos dudar entre las otras 3 opciones, ya que no presenta un cuadro característico manométrico de ninguna de las tres.

El **espasmo esofágico distal** (o difuso) se manifiesta en la manometría por ondas simultáneas que alternan con ondas de propagación normal durante las degluciones líquidas. El diagnóstico, según todas las guías, se establece mediante el estudio manométrico, que revela más del 20% de las contracciones prematuras. En este caso nos dicen que tiene una "actividad vigorosa y ausencia de peristalsis en el cuerpo del esófago", que parece una forma poco clara de identificar estas contracciones (respuesta 1 correcta). Quizá podría haber sido impugnada esta pregunta, pero no lo fue.

El **esófago hipercontráctil** o esófago en cascanueces o peristaltismo esofágico sintomático presenta en la manometría ondas peristálticas de gran amplitud y pueden ser de duración prolongada (respuesta 2 incorrecta).

La **peristalsis fragmentada** es cuando encontramos degluciones fragmentadas (espacios de > 5 cm en las contracciones peristálticas) (respuesta 4 incorrecta).



Manometría en el EED: ondas peristálticas simultáneas en varias zonas del esófago (ondas terciarias)

Pregunta (11918): (139) Mujer de 69 años que acude a urgencias por un cuadro de vómitos, estreñimiento, retortijones y distensión abdominal. En la exploración se observa abdomen distendido, sin dolor a la palpación, con ruidos intestinales metálicos. En la radiografía simple de abdomen en bipedestación se observan múltiples niveles hidroaéreos y aerobilia. De los siguientes, el diagnóstico más probable es:

- 1. Colecistitis enfisematosa.
- 2. Fitobezoar.
- 3. Íleo biliar.
- 4. Colitis isquémica.

300838 DIGESTIVO Fácil 92%

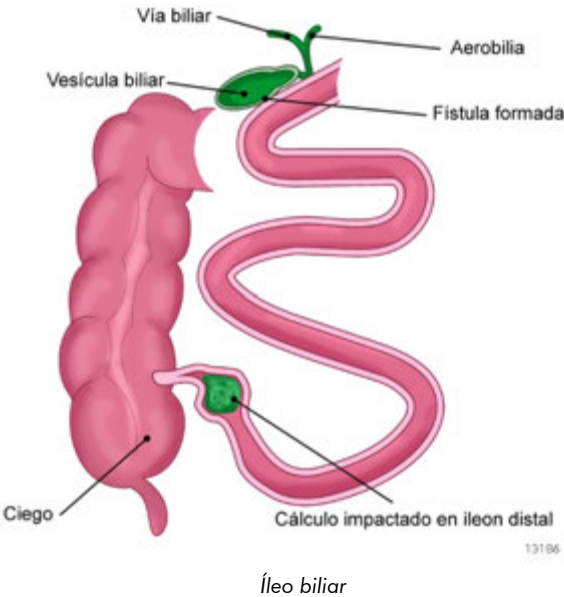
Solución: 3

Nos presentan a una mujer con un cuadro de **obstrucción intestinal + aerobilia**, lo que es compatible con un **íleo biliar** (respuesta 3 correcta). Se trata de una paciente con un cálculo biliar de gran tamaño que ha producido una colecistitis y posterior fistulización al intestino delgado. Esto ha provocado el paso de aire desde el intestino a la vía biliar (produciendo la aerobilia que vemos en la radiografía de abdomen) y el cálculo se habrá quedado enclavado en la válvula ileo-cecal, produciendo la obstrucción intestinal (y vemos los niveles hidroaéreos en la placa de abdomen).

Una **colecistitis enfisematosa** no tiene porqué producir una obstrucción intestinal, y veríamos en las pruebas de imagen aire a nivel de las paredes de la vesícula (respuesta 1 incorrecta).

Un **fitobezoar** puede producir una obstrucción intestinal, pero no la aerobilia (respuesta 2 incorrecta).

La **colitis isquémica** cursa con dolor abdominal y rectorragias; no tiene nada que ver con el cuadro clínico que presenta esta paciente (respuesta 4 incorrecta).



Pregunta (11919): (140) Con relación a la clasificación de las heridas quirúrgicas en función de la magnitud de la carga bacteriana estimada, una enterotomía durante una obstrucción intestinal se clasifica como:

- 1. Herida sucia (clase IV).
- 2. Herida contaminada (clase III).
- 3. Herida limpia/contaminada (clase II).
- 4. Herida limpia (clase I).

300839 DIGESTIVO Normal 41%

Solución: 2

Clasificación de los tipos de heridas según la carga bacteriana:

- 1. **Herida limpia (clase I):** herida quirúrgica no infectada, sin proceso inflamatorio y sin apertura de tracto respiratorio, digestivo o genito-urinario. Ej: mastectomía, tiroidectomía (respuesta 4 incorrecta).
- 2. **Herida limpia-contaminada (clase II):** herida quirúrgica que aborda el tracto digestivo, respiratorio, orofaríngeo o genitourinario habitualmente programadas. Ej: apendicectomía, colecistectomía (respuesta 3 incorrecta).

3. **Herida contaminada (clase III):** heridas traumáticas, accidentales o heridas quirúrgicas en tejidos con inflamación aguda sin pus. La salida macroscópica de contenido intestinal se considera contaminación de la herida. Ej: colecistectomía en una colecistitis, perforaciones < 12 horas. En el caso de esta pregunta, la apertura del intestino y por tanto, la posibilidad de contaminación por el contenido intestinal nos hace clasificar la herida como contaminada (respuesta 2 correcta).
4. **Herida sucia (clase IV):** heridas accidentales con cuerpos extraños o tejido desvitalizado, heridas con pus o heridas quirúrgicas intensamente contaminadas. Ej: perforaciones > 12 horas, abscesos, peritonitis (respuesta 1 incorrecta).

La frecuencia de infección posible postoperatoria variará desde 2% para las heridas limpias, 3 a 11% para las limpias-contaminadas, 11 a 17 % para las contaminadas y finalmente de 27 % o más para las heridas sucias-infectadas.

Pregunta (11920): (141) Varón de 18 años que fue intervenido hace 10 días de una apendicitis gangrenosa por laparoscopia con peritonitis localizada pélvica. Acude a urgencias por un síndrome febril en agujas, distensión abdominal y deposiciones diarreicas de 48 h de evolución. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos es más probable?:

1. Absceso en fondo de saco de Douglas.
2. Infección de la herida quirúrgica.
3. Infección urinaria complicada.
4. Absceso hepático.

300840 DIGESTIVO Fácil 76%

Solución: 1

Nos relatan el caso de un paciente operado hace 10 días de una apendicitis complicada con una peritonitis localizada pélvica que acude a urgencias con un cuadro infeccioso caracterizado por fiebre en agujas y diarrea de dos días de evolución.

Las cuatro opciones que nos dan son posibles cuadros infecciosos. Si fuera una **infección de la herida quirúrgica**, deberían de darnos datos sobre el estado de dicha herida (enrojecimiento de la misma, salida de pus a través de la herida, etc.) (respuesta 2 incorrecta).

En el caso de una **infección de orina complicada**, también hablarían de síntomas urinarios (dolor al orinar, hematuria, etc.) (respuesta 3 incorrecta).

Por lo tanto nos quedamos con las opciones que plantean que el paciente tenga un absceso, que cuadra con los síntomas que tiene el paciente. De las dos opciones que nos dan, teniendo en cuenta los antecedentes de la peritonitis localizada a nivel pélvico, lo más probable es que se trate de un **absceso a nivel del fondo de saco de Douglas** (respuesta 1 correcta) y no un **absceso hepático** (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta (11921): (142) Un paciente con bocio tóxico difuso (enfermedad de Graves) que rechaza tratamiento con yodo radioactivo y que presente oftalmopatía grave debe someterse a:

1. Lobectomía tiroidea.
2. Tiroidectomía total.
3. Tiroidectomía subtotal.
4. Enucleación del nódulo principal.

300841 ENDOCRINOLOGÍA Normal 38%

Solución: 2

El tratamiento del bocio tóxico de la enfermedad de Graves cuando **el paciente rechaza el radioyodo, es la cirugía**, que en general será subtotal (por ser menos cruenta y con menores efectos secundarios).

Según la pregunta, al acompañarse de **oftalmopatía grave, parece que debemos ser más agresivos** y que la cirugía sea total (respuesta 2 correcta); quizá si en el enunciado no nos pusiera el dato de la oftalmopatía grave podría ser correcta la respuesta 3 (respuesta 3 incorrecta). También orientativo que el radioyodo puede empeorar la oftalmopatía, aunque en las respuestas no aparece esta opción, hemos de tenerla en cuenta.

La **enucleación del nódulo principal, que suele llevar consigo la lobectomía del lóbulo** donde está asentado el nódulo, es tratamiento del **adenoma tóxico** (respuestas 1 y 4 incorrectas).



Pregunta (11922): (143) Mujer de 51 años que consulta, tras varios episodios de diverticulitis sigmoidea leve tratados de forma conservadora, por presentar ahora estreñimiento pertinaz que mejora con el uso de laxantes. En ocasiones presenta dolor abdominal tipo retortijón que mejora con la expulsión de heces y gases. Se practica colonoscopia encontrándose una estenosis sigmoidea que impide el paso del colonoscopio. Se toma muestra para estudio anatomopatológico que no es concluyente. En el enema opaco se encuentra una estenosis sigmoidea de unos 5 cm de longitud. La actitud terapéutica más adecuada sería:

1. Sigmoidectomía laparoscópica.
2. Tratamiento conservador con fibra dietética y rifaximina.
3. Dilatación endoscópica.
4. Stent en zona de estenosis.

300842 DIGESTIVO Normal 64%

Solución: 1

Nos encontramos ante un caso de una mujer con una diverticulitis complicada con una estenosis sigmoidea.

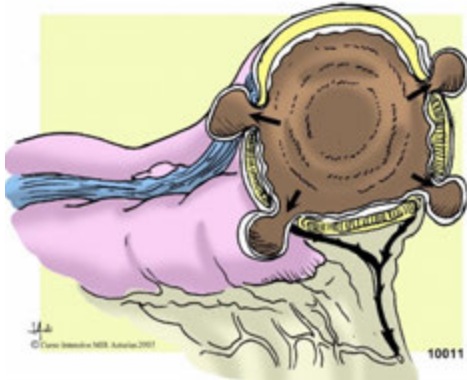
Existen varias situaciones que son indicación de cirugía electiva en los pacientes con enfermedad diverticular:

- Diverticulitis en jóvenes.
- Ataques recurrentes.
- Fístula.
- Oclusión parcial sintomática.
- Si plantea diagnóstico diferencial con carcinoma (en la pregunta la biopsia que se ha hecho no descarta esta opción).

Las opciones quirúrgicas actuales para la diverticulosis no complicada son la resección sigmoidea abierta o una **sigmoidectomía laparoscópica**. En el caso de esta paciente se cumplen varias de las condiciones para la cirugía electiva: ataques recurrentes, oclusión sintomática y por realizar el diagnóstico diferencial con un carcinoma (respuesta 1 correcta).

El tratamiento con **dieta rica en fibra y rifaximina** se utiliza en la enfermedad diverticular no complicada que no cumpla ninguna de las situaciones para realizar la cirugía electiva (respuesta 2 incorrecta).

En el caso de las situaciones anteriormente descritas, el tratamiento indicado es la sigmoidectomía, no la **dilatación endoscópica** ni la **colocación de stent** (respuestas 3 y 4 incorrectas) máxime, sin haber descartado la obstrucción tumoral.



Divertículos de colon

Pregunta (11923): (144) ¿Cuál es el objetivo principal del tratamiento adyuvante del cáncer de mama?:

- 1. Incremento de la supervivencia global.
- 2. Transformar tumores no resecables en resecables para la cirugía.
- 3. Aumentar la supervivencia libre de progresión.
- 4. Mejorar el control de síntomas.

300843 GINECOLOGÍA Dificil -7%

Solución: 1

El objetivo principal del tratamiento adyuvante del cáncer de mama es **mejorar la supervivencia libre de enfermedad** y la **supervivencia global** (libre de enfermedad metastática y de recaídas, *respuesta 1 correcta*).

La **supervivencia libre de progresión** se relaciona con estadios metastáticos o localmente avanzados (*respuesta 3 incorrecta*).

Los tumores no resecables se pueden transformar en tumores resecables gracias al uso de **quimioterapia o terapia endocrina neoadyuvante** (*respuesta 2 incorrecta*).

El **control sintomático** es un objetivo del tratamiento paliativo en estadios metastáticos o localmente avanzados, las pacientes que reciben terapia adyuvante tras operarse suelen estar asintomáticas (*respuesta 4 incorrecta*).

Pregunta (11924): (145) ¿Cuál de las siguientes vacunas NO está recomendada previamente a una esplenectomía electiva en un adulto?:

- 1. Vacuna antineumococo PPV 23.
- 2. Vacuna antihaemophilus influenza B.
- 3. Vacuna antimeningocócica C.
- 4. Vacuna antitetánica.

300844 DIGESTIVO Fácil 83%

Solución: 4

Las vacunas recomendadas para los pacientes con asplenia son aquellas recomendadas en el calendario de vacunación vigente para el adulto y, además, se recomiendan específicamente, las vacunas contra microorganismos encapsulados (Haemophilus, Pneumococo y meningococo) y gripe. En una esplenectomía programada, se recomienda administrar las vacunas necesarias si es posible al menos dos semanas antes del procedimiento.

Para el **neumococo**, la vacunación debe llevarse a cabo mediante esquemas mixtos con la **vacuna conjugada 13 valente** y la **vacuna de polisacáridos 23 valente** (*respuesta 1 incorrecta*).

Para el **haemophilus tipo b**, se recomienda **1 sola dosis de vacuna**, independientemente de la vacunación previa (*respuesta 2 incorrecta*).

En el caso del **meningococo**, en los pacientes asplénicos está indicada la vacunación con **vacuna conjugada tetravalente ACYW135** y la **vacuna frente a meningococo B** (*respuesta 3 incorrecta*).

La **esplenectomía** no tiene indicación como tal de vacunación para el **tétanos** (*respuesta 4 correcta*).

Pregunta (11925): (146) Mujer de 40 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que presenta diarrea de varios días de evolución de carácter acuoso, muy abundante, acompañada de pérdida de 10 kg de peso, rubor y enrojecimiento facial, junto a lipotimias y dolor abdominal cólico y que en los datos de laboratorio presenta hipopotasemia. En ecografía abdominal se encuentra masa de 1,5 cm de diámetro en cola pancreática. De entre las siguientes, su sospecha diagnóstica primaria es:

- 1. Insulinoma.
- 2. PPoma.
- 3. VIPoma.
- 4. Glucagonoma.

300845 DIGESTIVO Fácil 86%

Solución: 3

El **insulinoma** clínicamente cursa con síntomas de hipoglucemia, aberraciones mentales en ayunas y obesidad en mujer joven, datos que no aparecen en el caso clínico (*respuesta 1 incorrecta*).

En el **glucagonoma** característicamente aparece el eritema necrolítico migratorio y diabetes mellitus (*respuesta 4 incorrecta*).

El **PPoma** hipersecreta polipéptido pancreático y se presenta con síntomas no específicos tales como pérdida de peso, dolor abdominal, ictericia, diarrea y/o una masa abdominal (*respuesta 2 incorrecta*).

El **Vipoma** es un tumor del páncreas endocrino que cursa con **diarrea muy abundante con hipopotasemia y rubicundez facial** (*respuesta 3 correcta*).

Pregunta (11926): (147) En relación con la calprotectina, indique la respuesta correcta:

- 1. Es una proteína secretada por los neutrófilos que se determina en sangre para valorar la actividad de la enfermedad inflamatoria intestinal.
- 2. Sus niveles tienen muy buena correlación con la actividad objetivada por endoscopia, sobre todo en la colitis ulcerosa.
- 3. En los pacientes con síndrome de intestino irritable se detecta en niveles anormalmente elevados.
- 4. No es de utilidad en el seguimiento de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal.

300846 DIGESTIVO Dificil 23%

Solución: 2

La calprotectina **es una proteína secretada por los neutrófilos que se determina en heces** para valorar la actividad de la enfermedad inflamatoria intestinal (*respuesta 1 incorrecta*), ya que **sus niveles tienen buena correlación con la actividad objetivada por endoscopia, sobre todo en la colitis ulcerosa** (*respuesta 2 correcta*). Por lo tanto, **es muy útil en el seguimiento de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal** (*respuesta 4 incorrecta*).

[Las opciones 2 y 4 se contradecían, por tanto, la 2 era correcta y la 4 falsa].

Al tratarse de un marcador inespecífico, la elevación del nivel de calprotectina en heces no es diagnóstica de ningún proceso. Puede estar elevada en ciertas enfermedades, tales como la enfermedad inflamatoria, pero también la enfermedad celíaca activa (no tratada), la fibrosis quística intestinal, la enterocolitis necrosante o el cáncer de colon. Los pacientes con **un síndrome de intestino irritable no tienen por qué tener elevada esta proteína** (*respuesta 3 incorrecta*).

Pregunta (11927): (148) Paciente de 48 años remitido a consulta de nefrología por un filtrado glomerular estimado (FGe) de 32 ml/min/1,72 m2. ¿Cuál de los siguientes datos NO orientaría a pensar en una enfermedad renal crónica?:

- 1. Riñones de pequeño tamaño.
- 2. Antecedentes familiares de nefropatía.
- 3. Niveles elevados de fósforo en sangre.
- 4. Buena diferenciación ecográfica de corteza y médula renales.

300847 NEFROLOGÍA Fácil 90%

Solución: 4

La presencia de **un paciente con FG bajo debe hacernos plantear si estamos ante un cuadro agudo o crónico**. En esa línea, cuando **el daño es crónico** se produce daño estructural renal que produce atrofia renal y **riñones reducidos de tamaño** (*respuesta 1 incorrecta*) y **pérdida de la diferenciación cortico-medular en la ecografía** (*respuesta 4 correcta*). Sin embargo, en el fracaso agudo los riñones presentan tamaño normal y en las primeras fases preservan normalidad en la diferenciación cortico-medular.

Además, si tenemos un paciente con FG bajo y además **antecedentes antecedentes familiares de ERC**, nos debe hacer suponer que **que nuestro paciente puede padecer una ERC** (*respuesta 2 incorrecta*). La presencia de alteraciones analíticas como **hiperfosforemia** o hiperparatiroidismo secundario, si bien pueden verse en un cuadro agudo, **es más habitual encontrarlo en ERC** (*respuesta 3 incorrecta*).

Pregunta (11928): (149) Mujer de 67 años con enfermedad renal crónica secundaria a nefropatía diabética. En la actualidad presenta una creatinina de 3,2 mg/dl con filtrado glomerular estimado (CKD-EPI) 14 ml/min. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?:

- 1. Presenta una enfermedad renal crónica estadio 3 y debe iniciar quelantes del fósforo.
- 2. Presenta una enfermedad renal crónica estadio 5 y debe considerarse el tratamiento renal sustitutivo.
- 3. Un buen control glucémico puede revertir la insuficiencia renal.
- 4. Es poco probable que presente una proteinuria superior a 500 mg/24h.

300848 NEFROLOGÍA Fácil 95%

Solución: 2

La presencia de **enfermedad renal crónica con FG menor de 15 ml/min supone estadio 5 y necesidad de plantear tratamiento renal sustitutivo (respuesta 2 correcta) (respuesta 1 incorrecta)**. Nos dicen que se trata de una nefropatía diabética, en la que **una vez instaurada la ERC con deterioro crónico de FG, el control glucémico puede ayudar a estabilizar o reducir la pérdida de la función renal pero no revertirla ni a mejorar el FG (respuesta 3 incorrecta)**. En la **nefropatía diabética establecida es habitual la presencia de proteinuria abundante (>500mg/día) incluso alcanzando el rango neurótico (respuesta 4 incorrecta)**.

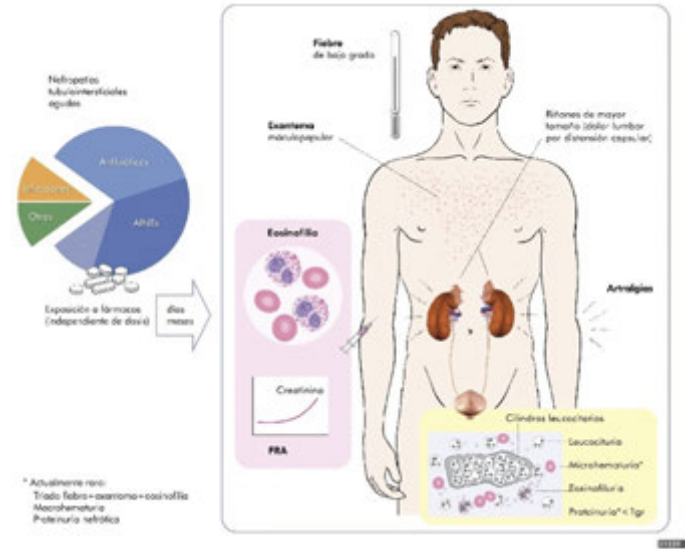
Pregunta (11929): (150) Mujer de 47 años que consulta por síndrome miccional. Se le diagnostica de infección urinaria no complicada y se le trata con ciprofloxacino durante 5 días. A la semana vuelve a consultar por mal estado general, artralgias y aparición de un rash cutáneo. En la analítica destaca un filtrado glomerular de 45 ml/min (CKD- EPI), siendo el de hace 6 meses de 100 ml/min. En el sedimento se identifican leucocitos, siendo negativo para nitritos. ¿De las siguientes, cuál es la causa más probable de su insuficiencia renal?:

- 1. Glomerulonefritis postinfecciosa.
- 2. Nefrotoxicidad por ciprofloxacino.
- 3. Pielonefritis aguda.
- 4. Nefritis intersticial aguda.

300849 NEFROLOGÍA Normal 65%

Solución: 4

Nos presentan cuadro clínico característico, de paciente que desarrolla **artralgias, rash cutáneo y deterioro agudo de la función renal tras el consumo reciente de un fármaco. Ello es característico de la nefritis intersticial aguda (respuesta 4 correcta)**. Suele coincidir con eosinofilia en sangre y en orina, que no nos aportan en esta ocasión, sin embargo, nos indican la presencia de leucocitos en orina sin nitritos, es decir, sin aparentes bacterias, que es otro dato frecuente en esta enfermedad. La **nefrotoxicidad por ciprofloxacino** es un efecto raro, por no ser un fármaco especialmente nefrotóxico y en cualquier caso no produce un cuadro que se acompañe de rash o artralgias (respuesta 2 incorrecta). La **glomerulonefritis postinfecciosa** cursa con hematuria (ausente en este caso), fracaso renal agudo e hipertensión, y se produce tras infecciones cutáneas o faríngeas en gente joven (*streptococcus*), y no tanto en relación con infecciones urinarias donde predominan los bacilos GRAM negativos (respuesta 1 incorrecta). La paciente desde el principio nos plantea una infección urinaria que recibe tratamiento y por tanto sería poco probable que desarrollase **pielonefritis** a partir de ese momento salvo que el germen fuera resistente al antibiótico pautado. En cualquier caso, produce un cuadro de fiebre, dolor lumbar y es raro que se acompañe de deterioro de la función renal salvo que haya patología obstructiva asociada (respuesta 3 incorrecta).



Pregunta (11930): (151) Varón de 22 años que acude a urgencias por presentar orina "casi negra" desde hace 12 horas. No tiene antecedentes de interés ni toma medicamentos. Refiere un cuadro catarral de vías altas desde hace 4-5 días para el que ha tomado paracetamol. Exploración: temperatura 37,3 °C, PA 150/95, FC 85 lpm, ligero eritema faríngeo, resto normal. En analítica destaca: Hb 12,8 g/dl, Hcto 39 %, leucocitos 10.500 /mm3 con fórmula normal, plaquetas 250.000 /mm3, coagulación normal, urea 25 mg/dl, creatinina 0,8 mg/dl, iones, perfil hepático, lipídico, albúmina y proteínas totales normales. Estudio de autoinmunidad normal y serología vírica negativa. Orina de 24 h con proteinuria de 0,75 g/24h, sedimento con 10 eritrocitos por campo (90 % dismórficos), no leucocituria. Ecografía renal normal. ¿Qué diagnóstico le parece más probable?:

- 1. Nefropatía por cambios mínimos.
- 2. Glomerulonefritis post-infecciosa.
- 3. Nefropatía IgA.
- 4. Nefritis intersticial aguda.

300850 NEFROLOGÍA Normal 34%

Solución: 3

Presentan un caso clínico de un varón joven, con **hematuria glomerular (hematíes dismórficos) sin otros síntomas acompañantes, con un cuadro catarral previo, pero de muy escaso periodo de latencia entre la infección y la hematuria (4-5 días)**. Destacan normalidad en la función renal. Todo ello, valorando las diferentes opciones, es **más compatible con la Nefropatía IgA (respuesta 3 correcta)**. Esta entidad tiene carácter crónico, y los episodios de hematuria son recurrentes. Aquí nos estarían planteando el primer episodio del cuadro.

La **glomerulonefritis postinfecciosa** es el principal distractor con el que podemos equivocarnos. En este caso es un cuadro agudo y limitado, pero donde **no sólo ocurre hematuria, sino que se acompaña de hipertensión y deterioro de la función renal. Además, aunque también ocurre tras una infección faríngea, suele existir un periodo de latencia de al menos una semana entre la infección y el síndrome nefrítico (respuesta 2 incorrecta)**.

La **nefropatía de cambios mínimos** se caracteriza por producir **síndrome nefrótico** (proteinuria > 3,5 g/día) sin hematuria (respuesta 1 incorrecta).

La **nefritis intersticial aguda** es una reacción alérgica en la que el paciente, días después de iniciar una medicación desarrolla el cuadro característico. Si bien el paciente ha tomado paracetamol, el cuadro habitual de la nefritis intersticial es de **fiebre, exantema y deterioro de la función renal**, y todos estos datos están ausentes en el cuadro. Además, **es rara la presencia de hematuria** en la nefritis intersticial (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta (11931): (152) Varón de 24 años que presenta microhematuria dismórfica, proteinuria de 3 g/24 h, FGe (CKD- EPI) 85 ml/min e hipoacusia neurosensorial. Refiere que su abuela materna precisó diálisis a los 70 años y tanto su madre como su hermana pequeña presentan microhematuria aislada. ¿Cuál de las siguientes enfermedades es más probable?:

1. Síndrome de Alport.
2. Nefropatía IgA.
3. Enfermedad de Fabry.
4. Poliquistosis renal autosómica dominante.

300851 NEFROLOGÍA Fácil 94%

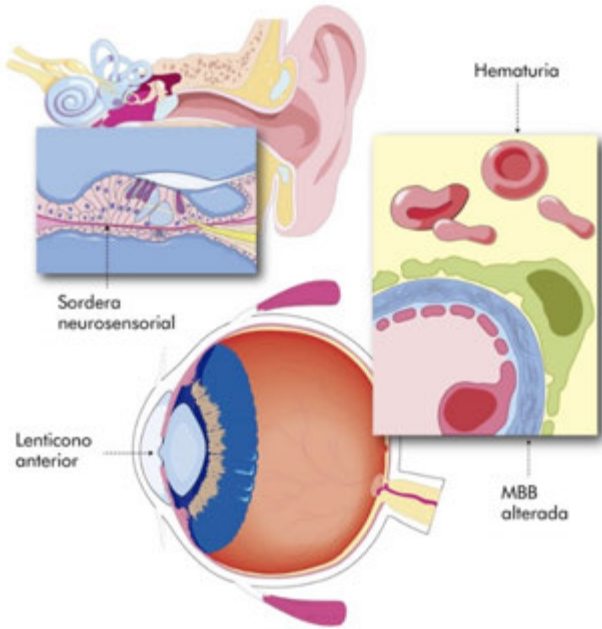
Solución: 1

Paciente con cuadro clínico de hematuria de origen glomerular pero que además asocia hipoacusia neurosensorial, lenticono y antecedentes familiares de ERC, lo que nos debe hacer sospechar un Síndrome de Alport (respuesta 1 correcta). Es dominante ligada al cromosoma X, lo que explica que, si bien lo padecen con más gravedad los varones, también se manifiesta en mujeres (abuela, madre y hermana)

La nefropatía IgA produce hematuria glomerular recurrente donde si bien puede haber cierta predisposición familiar es poco probable la afectación de tantos familiares como nos ilustra el cuadro, y además la nefropatía IgA no asocia sordera o lenticono (respuesta 2 incorrecta).

La enfermedad de Fabry si bien es familiar (cromosoma X) a nivel renal predomina la poliuria, proteinuria y deterioro renal junto a cardiopatía, polineuropatía y manifestaciones cutáneas (respuesta 3 incorrecta).

La poliquistosis renal, también hereditaria (dominante) produce quistes renales y con ello deterioro renal e HTA, y por tanto también es rara la hematuria. En este caso además asocia prolapso mitral, diverticulosis, aneurismas cerebrales y enfermedad quística en otra localización (respuesta 4 incorrecta).



Pregunta (11932): (153) Varón de 19 años sin antecedentes de interés que acude a urgencias porque después de una infección respiratoria presenta astenia, malestar general, oliguria y cefalea. Exploración física: TA 210/120 mmHg, fondo de ojo con retinopatía hipertensiva grado III. Analítica: Hb 7,4 g/dl, plaquetas 85.000/mm3, 2-3 esquistocitos en la extensión de sangre periférica, LDH 950 UI/ml, creatinina sérica 8,75 mg/dl. Sistemático de orina: proteinuria 300 mg/dl, sedimento 15 hematíes por campo. Niveles de ADAMTS-13 normales. Ante estos hallazgos ¿cuál sería su principal sospecha diagnóstica?:

1. Púrpura trombótica trombocitopénica.
2. Síndrome hemolítico urémico atípico.
3. Coagulación intravascular diseminada.
4. Síndrome hemolítico urémico típico.

300852 NEFROLOGÍA Difícil 16%

Solución: 2

Presentan un cuadro clínico con la tríada característica de microangiopatía trombótica (MAT): fracaso renal agudo, plaquetopenia y anemia hemolítica microangiopática con esquistocitos. Es además habitual, en el contexto de fracaso renal agudo, hipertensión aguda grave con incluso posible retinopatía hipertensiva. Dentro de los distintos tipos de MAT, la ausencia de antecedente de diarrea enterohemorrágica, y la normalidad en los niveles de ADAMTS-13, nos debe hacer pensar en un síndrome hemolítico urémico (SHU) atípico (respuesta 2 correcta). En su etiopatogenia subyace trastornos en la regulación de la vía alternativa del complemento, habitualmente por causa genética.

El SHU típico se caracteriza por un cuadro similar, en el que también suele haber niveles de ADAMTS-13 normales. Sin embargo, suele ir precedido de enfermedad tóxico-infecciosa, típicamente diarrea enterohemorrágica. La ausencia de este antecedente en el cuadro que nos señalan nos deben hacer dudar de este diagnóstico (respuesta 4 incorrecta).

La púrpura trombótica trombocitopénica es otra MAT en la cual no hay predominio de afectación renal sino de otros territorios como la vascularización del sistema nervioso central. Además característicamente los niveles de la enzima ADAMTS-13 son bajos (respuesta 1 incorrecta) por la presencia de autoanticuerpos. ADAMTS-13 es una metaloproteasa que reduce el tamaño del factor de von Willebrand (FvW) por lo que en esta enfermedad los sujetos presentan FvW de gran tamaño en sangre y ante determinadas circunstancias se produce mayor riesgo de agregación plaquetar y microtrombosis.

La coagulación intravascular diseminada (CID) ocurre en el contexto de infección grave, y suele coincidir con una situación de sepsis, hipotensión, lesiones trombóticas pero también lesiones por sangrado, alargamiento en los tiempos de la coagulación y además la anemia es menos acusada y más multifactorial (no sólo hemólisis) (respuesta 3 incorrecta).

Pregunta (11933): (154) En cuanto a la obstrucción del flujo urinario, señale la respuesta FALSA:

1. La intensidad del dolor es independiente de la velocidad con la que ocurre la distensión.
2. Son sitios frecuentes de obstrucción las uniones pieloureteral y ureterovesical, el cuello vesical y el meato uretral.
3. Los recursos diagnósticos para identificar la obstrucción anatómica incluyen la flujometría.
4. La obstrucción del flujo urinario aumenta la presión hidrostática proximal al sitio de oclusión, causando dolor, distensión del sistema colector renal y aumento de la presión intratubular.

300853 NEFROLOGÍA Normal 63%

Solución: 1

La intensidad del dolor se correlaciona en gran medida con la velocidad con la que se instaura la distensión producida por una obstrucción en la vía urinaria (respuesta 1 correcta), si éstas ocurren lentamente a menudo suelen ser asintomáticas, sin embargo, si se producen de forma aguda, darán cuadros muy floridos como el cólico nefrítico o la retención urinaria aguda (respuesta 1 correcta).

Los sitios más frecuentes de obstrucción serán los estrechos naturales de la vía urinaria, que son: la unión pieloureteral y ureterovesical, el cuello vesical y el meato uretral (respuesta 2 incorrecta). Podemos emplear la flujometría para realizar un diagnóstico de sospecha de obstrucción urinaria inferior a nivel infravesical, aunque el diagnóstico de certeza se realizará mediante un estudio urodinámico, donde se evidenciará un bajo flujo de orina asociado a una alta presión ejercida por las fuerzas que evacúan orina de la vejiga. (respuesta 3 incorrecta).

El aumento de presión proximal a la obstrucción en última instancia acaba afectando a la función renal por aumento de presión intratubular (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta (11934): (155) ¿Cuál de las siguientes es la complicación metabólica más frecuente en el cáncer?:

- 1. Hiponatremia.
- 2. Hiperuricemia.
- 3. Hiperfosfatemia.
- 4. Hipercalcemia.

300854 ONCOLOGÍA Normal 57% Solución: 4

La **hipercalcemia** es la complicación metabólica más frecuente en oncología apareciendo en el 10-30% de los pacientes con cáncer (respuesta 4 correcta). Sus principales mecanismos son dos, la lisis tumoral y la hipercalcemia humoral mediada por la PTHrP (proteína relacionada con la parathormona). La **hiponatremia** afecta a un 3-5% de los pacientes con cáncer (respuesta 1 incorrecta). La **hiperuricemia** e **hiperfosfatemia** son mucho menos frecuentes (respuestas 2 y 3 incorrectas).

Pregunta (11935): (156) En relación con la compresión medular secundaria a infiltración neoplásica de la médula espinal en pacientes con cáncer, señale la respuesta INCORRECTA:

- 1. La laminectomía quirúrgica y la radioterapia, sola o complementaria a la cirugía, consiguen una recuperación neurológica inferior al 20%.
- 2. El tratamiento precoz con corticoides reduce el edema vasogénico y limita la progresión de la lesión medular.
- 3. Los síntomas más frecuentes son la paraparesia y la reducción de la sensibilidad distal al segmento medular comprimido.
- 4. La resonancia magnética es la prueba diagnóstica de elección para la confirmación diagnóstica y la identificación del nivel de compresión.

300855 ONCOLOGÍA Fácil 78% Solución: 1

Esta pregunta resume los conceptos fundamentales de la compresión medular por cáncer:

- El síntoma de debut es el dolor (70-96%) que se sigue, tras la infiltración neoplásica de la médula espinal, de **paraparesias e hiposensibilidad distal al segmento medular comprimido** (60-90%) (respuesta 3 incorrecta).
- La **prueba diagnóstica de elección es la RM** que identifica el nivel de la compresión y el grado de infiltración medular (respuesta 4 incorrecta).
- El tratamiento precoz es con corticoides, dexametasona, que reduce el edema y la progresión de la lesión medular (respuesta 2 incorrecta).
- El tratamiento con radioterapia (30 Gy, 10 sesiones) + - cirugía consigue una **recuperación neurológica en más del 50% de los casos** (respuesta 1 correcta). El porcentaje depende del tiempo de evolución, el cáncer primario y el daño neurológico antes de dicho tratamiento.

Pregunta (11936): (157) ¿Cuál es la mejor combinación de tratamientos oncológicos en un paciente con el diagnóstico de carcinoma adenoide quístico de paladar duro T4N0M0?:

- 1. Radioquimioterapia concomitante como primera opción terapéutica.
- 2. Cirugía de la lesión seguida de radioterapia adyuvante sobre el lecho quirúrgico.
- 3. Radioterapia y posterior cirugía en ausencia de respuesta completa.
- 4. Es un tumor benigno y por tanto no precisa de tratamientos oncológicos complementarios.

300856 ONCOLOGÍA Difícil 6% Solución: 2

Esta pregunta es extremadamente difícil. Se trata de un **carcinoma** (respuesta 4 incorrecta) adenoide quístico que se sitúa en paladar duro (cavidad oral) y tiene un estadio T4N0M0. Nos preguntan por el tratamiento.

Si el tumor fuese un estadio T4a (invade huesos de la mandíbula y la cara, músculo profundo de la lengua, piel de la cara o seno maxilar) N0M0, es decir, reseccable, el tratamiento sería: **cirugía seguida de radioterapia** (respuesta 2 correcta y 3 incorrectas). Si el tumor es un estadio T4b (invade espacio masticador, pterigoideas, base del cráneo y arteria carótida interna) N0M0 sería irreseccable y por tanto, el tratamiento indicado **quimioterapia y radioterapia concomitante** (respuesta 1 dudosamente incorrecta). Como en el enunciado no aclaran si es un T4a o un T4b, ambas respuestas 1 y 2 podrían ser correctas.

Pregunta (11937): (158) Señale el tumor en el que la braquiterapia NO es una alternativa efectiva de tratamiento:

- 1. Adenocarcinoma de endometrio estadio I-B grado 2.
- 2. Carcinoma ductal infiltrante de mama tras intervención quirúrgica del lecho tumoral con margen cercano.
- 3. Glioblastoma multiforme reseccado parcialmente.
- 4. Adenocarcinoma de próstata T1N0M0 Gleason 6.

300857 ONCOLOGÍA Normal 40% Solución: 3

Esta pregunta resume algunas de las principales indicaciones de la braquiterapia:

- **Adenocarcinoma de próstata estadio I y II** (respuesta 4 incorrecta).
- **Adenocarcinoma de endometrio**, radioterapia y braquiterapia en: estadio **IB G1-2** con factores de riesgo o $\geq$ IB G3 (respuesta 1 incorrecta).
- **Adenocarcinoma de mama**: lo habitual es administrar radioterapia externa tras tumorectomía y en T3-4 incluso tras mastectomía sobre la mama y si afectación ganglionar, sobre la axila. La braquiterapia puede valorarse cuando hay un margen próximo al lecho tumoral, cuando el tumor es pequeño y no es necesario radiar toda la mama o cuando es grande (>3 cm) y es necesaria una dosis alta con la ventaja que se radia únicamente la zona del tumor sin afectar a la pared costal ni al corazón (respuesta 2 incorrecta).

Los **glioblastomas multiformes** se tratan con radioterapia holocraneal y quimioterapia (temozolamida) (respuesta 3 correcta).

Pregunta (11938): (159) Además de las posibles complicaciones hemorrágicas ¿qué otro efecto adverso del tratamiento parenteral con heparina puede ser grave y comprometer la vida del paciente?:

- 1. Hipopotasemia extrema.
- 2. Trastornos gastrointestinales: diarrea abundante y deshidratación.
- 3. Alcalosis metabólica por toxicidad tubular renal.
- 4. Trombopenia grave acompañada de fenómenos trombóticos venosos o arteriales.

300858 HEMATOLOGÍA Fácil 90% Solución: 4

La principal complicación no hemorrágica del uso de heparinas es la **trombocitopenia** (5%) producida entre los 5 y 10 días del inicio de tratamiento. Es más frecuente en varones, y en estados post-quirúrgicos. Se debe a la formación de Ac anti heparina + FP4 (factor plaquetario 4). Es menos frecuente con la HBPM que con la HNF. A diferencia de la trombopenia provocada por otros fármacos, la inducida por heparina, aunque puede llegar a ser muy grave, habitualmente no lo es (raro < 20.000 plaquetas) y no se acompaña de hemorragias, sino de trombosis tanto arteriales como venosas (respuesta 4 correcta). Otro efecto secundario, raro, es la lesión renal tubular produciendo **acidosis metabólica** (respuesta 3 incorrecta) e **hiperpotasemia** (respuesta 1 incorrecta).

Pregunta (11939): (160) Mujer de 35 años, que toma anticonceptivos, acude a urgencias con síndrome febril y parestesias en hemicuerpo izquierdo. En la analítica de sangre se observa Hb 7,5 g/dl, plaquetas 7.000/microl, leucocitos normales con recuento diferencial normal, LDH 1.200 UI/l, reticulocitos 10 % (normal 0,5-2 %), haptoglobina en suero indetectable, test de Coombs directo negativo y frotis de sangre periférica con esquistocitos. Coagulación (tiempo de protrombina y APTT) normal. ¿Cuál de los siguientes es el diagnóstico más probable?

1. Anemia hemolítica autoinmune.
2. Púrpura trombótica trombocitopénica.
3. Síndrome de Evans (anemia hemolítica y trombopenia inmunes).
4. Trombocitopenia inmune idiopática.

300859 HEMATOLOGÍA Fácil 73%

Solución: 2

Nos presentan un caso de anemia + trombocitopenia + anemia hemolítica (LDH muy elevada + haptoglobina indetectable + reticulocitos elevados) asociada a esquistocitos, con tiempos de coagulación normales. Todo ello concuerda con una microangiopatía, con lo cual de las opciones que nos presentan solamente puede ser la PTT (respuesta 2 correcta y respuesta 4 incorrecta). Una anemia hemolítica autoinmune se descarta directamente por el test de Coombs negativo (respuesta 1 incorrecta). De igual forma, al descartar la anemia hemolítica autoinmune ya no puede tratarse del Síndrome de Evans (anemia + trombopenia de causa inmunes) (respuesta 3 incorrecta).

Pregunta (11940): (161) En el diagnóstico de un proceso linfoproliferativo es fundamental el estudio molecular y del inmunofenotipo. La detección de la translocación 11:14 con afectación de la ciclina D1 es característica de un:

1. Linfoma folicular.
2. Linfoma de la zona marginal.
3. Linfoma linfoblástico.
4. Linfoma del manto.

300860 HEMATOLOGÍA Fácil 89%

Solución: 4

El linfoma del manto se acompaña de la traslocación 11;14, de alteraciones de la ciclina D1 o CCND1 y de una sobreexpresión del SOX 11 (respuesta 4 correcta; respuestas 1 y 3 incorrectas). El linfoma folicular se acompaña de alteraciones del gen BCL-2 y de la traslocación 14;18 (respuestas 2 incorrecta).

Pregunta (11941): (162) ¿Cuál de las siguientes escalas o instrumentos utilizados para valorar la condición de fragilidad en un paciente mayor se basa en el juicio clínico del observador y es, por tanto, la más subjetiva?

1. El fenotipo de Fried.
2. La escala clínica de fragilidad (Clinical Frailty Scale).
3. SPPB (Short Physical Performance Battery).
4. Timed Up & Go.

300861 GERIATRÍA Difícil -1%

Solución: 2

De todas las escalas mencionadas para valorar la condición de fragilidad en un paciente mayor, la que se basa en el juicio clínico del profesional sanitario y, por tanto, es la más subjetiva, es la escala clínica de fragilidad (Clinical Frailty Scale) (CFS) (respuesta 2 correcta): Se trata de una escala de 9 puntos basada en una evaluación subjetiva del estado funcional. Varía desde muy en forma (1 punto) a muy severamente frágil (8 puntos) y enfermedad terminal (9). En el cuestionario de Fried (respuesta 1 incorrecta) los criterios diagnósticos que se utilizan son: Pérdida de peso no intencionada mayor de 4,5 Kg (o mayor del 5%) en el último año o peso a la exploración =10% del peso a la exploración a los 60 años; fatigabilidad; actividad física; velocidad de la marcha y debilidad. Cada una de ellas vale 1 punto y los pacientes se clasifican como frágiles cuando suman 3-5 puntos. La SPPB (Short Physical Performance Battery) (respuesta 3 incorrecta) se recomienda para el cribado inicial de la fragilidad o limitación funcional en las personas mayores en Atención Primaria y combina 3 factores: Equilibrio, velocidad de la marcha y levantarse de la silla.

El test Timed up and Go (levántate y anda) (respuesta 4 incorrecta) es una prueba cronometrada que valora la marcha y la movilidad. Para realizar dicha prueba se medirá el tiempo necesario para levantarse de la silla (preferiblemente sin usar los brazos), caminar hasta una marca situada a 3 metros, darse la vuelta y sentarse nuevamente en la silla.

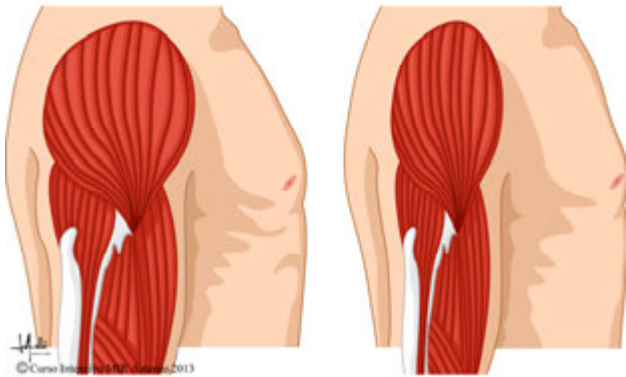
Pregunta (11942): (163) Referente a la sarcopenia, es cierto que:

1. Es un síndrome geriátrico que aparece exclusivamente en pacientes de edad avanzada.
2. Se caracteriza por pérdida de la masa y la fuerza de la musculatura esquelética.
3. Es sinónimo de fragilidad.
4. Se trata con medicamentos que aumentan la masa muscular.

300862 GERIATRÍA Fácil 93%

Solución: 2

La sarcopenia es una enfermedad progresiva y generalizada del músculo esquelético que aparece más frecuentemente en pacientes de edad avanzada, pero no exclusivamente ya que puede aparecer en otras edades de la vida, cuando concurren patologías que conduzcan a una inactividad física prolongada (respuesta 1 incorrecta). Se caracteriza por una pérdida de la masa muscular, disminuyendo la fuerza muscular y el rendimiento físico (respuesta 2 correcta). La sarcopenia es característica de la fragilidad, pero no es sinónimo de fragilidad, ya que la fragilidad es una expresión clínica de larga evolución en ancianos que implica un estado de incremento de la vulnerabilidad frente a diversos estresores predisponiendo a eventos adversos en salud (respuesta 3 incorrecta). La sarcopenia no se trata con fármacos que aumentan la masa muscular; el tratamiento de la sarcopenia se basa en el ejercicio físico, evitar el sedentarismo y una dieta sana, con una adecuada ingesta de calorías y proteínas (respuesta 4 incorrecta).



Pregunta (11943): (164) Varón de 78 años con hiperplasia benigna de próstata en tratamiento con finasterida y tamsulosina, independiente para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y sin deterioro cognitivo. Presenta un creciente número de episodios de escapes de orina involuntarios con sensación de urgencia miccional (actualmente presenta 4-5 escapes durante el día). El sedimento de orina es normal. Tiene un residuo de orina post-miccional de 60 cc. ¿Cuál de las siguientes medidas es la más adecuada?

1. Iniciar tratamiento con oxibutinina.
2. Colocar una sonda urinaria.
3. Retirar el tratamiento con finasterida.
4. Iniciar medidas higiénicas miccionales con terapia conductual vesical.

300863 GERIATRÍA Difícil -3%

Solución: 4

La incontinencia urinaria se define como la pérdida involuntaria de orina y su prevalencia es más elevada en pacientes con patología neurológica crónica y/o síndrome de inmovilidad que en los pacientes hospitalizados por una enfermedad aguda. La forma más frecuente de incontinencia urinaria en la población mayor es la incontinencia de urgencia.

Nos presentan el caso clínico de un varón de 78 años con hiperplasia benigna de próstata, en tratamiento farmacológico actual con Finasterida y Tamsulosina, que presenta incontinencia urinaria de urgencia. El tratamiento farmacológico ha demostrado mayor efectividad clínica en la incontinencia de urgencia/vejiga hiperactiva que en otros tipos de incontinencia. En este caso, la medida más adecuada sería **iniciar medidas higiénicas miccionales con terapia conductual vesical** (respuesta 4 correcta): Ejercicios del suelo pélvico (Kegel) mediante la realización de contracciones repetidas de los músculos del suelo pélvico (cuyo objetivo es incrementar la resistencia del suelo pélvico), reentrenamiento vesical y entrenamiento del hábito miccional (restablecer el hábito miccional mediante un esquema variable de vaciamiento vesical). No estaría indicado iniciar tratamiento con **oxibutinina** (respuesta 1 incorrecta), ya que este fármaco (de acción mixta: anticolinérgica y relajante muscular) debe utilizarse con mucha precaución en pacientes de edad avanzada, Parkinson, neuropatías autonómicas, trastornos graves de la motilidad gastrointestinal, insuficiencia renal y hepática. Asimismo, puede agravar trastornos cognitivos, síntomas de hipertrofia prostática y taquicardia, pudiendo también ocasionar glaucoma de ángulo cerrado. No estaría indicada colocar una **sonda urinaria** (respuesta 2 incorrecta), ya que no estamos ante un episodio de retención aguda de orina. No estaría indicada la **retirada del tratamiento con Finasterida** (respuesta 3 incorrecta), ya que sería un fármaco útil en el tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata.

Pregunta (11944): (165) Mujer de 88 años que presenta episodio de desorientación en espacio y tiempo, inquietud y alteración del nivel de conciencia fluctuante al regresar a casa tras ser dada alta del hospital, tras un ingreso por fractura de cadera. Entre sus antecedentes destacan HTA, hipoacusia leve, deterioro cognitivo leve y osteoporosis. Antes de la fractura era independiente para todas las actividades básicas de la vida diaria, y tras la cirugía ha iniciado la deambulación con andador y las transferencias las realiza con ayuda de una persona. ¿Cuál es el manejo inicial más adecuado del cuadro que presenta?:

1. Valoración del dolor y descartar una impactación fecal.
2. Iniciar haloperidol.
3. Iniciar diazepam.
4. Recomendar reposo en cama y sujeción mecánica para que no se autolesione.

300864 GERIATRÍA Dificil 23%

Solución: 1

Nos presentan a una mujer de 88 años con deterioro fluctuante del nivel de conciencia compatible con un **delirium (síndrome confusional)**. Entre los factores predisponentes para el delirium figuran el cambio ambiental (hospital – domicilio) y enfermedad neurológica (deterioro cognitivo). El manejo inicial más adecuado de un síndrome confusional es **descartar otras causas o factores precipitantes** de dicho cuadro, entre los que destaca la **impactación fecal** (respuesta 1 correcta). En el caso de que el paciente precise sedantes, los **antipsicóticos** serían los fármacos ideales, pero **en ningún caso sería una medida terapéutica inicial** (respuesta 2 incorrecta). No se iniciaría tratamiento con **diazepam**, puesto que las benzodiacepinas son fármacos precipitantes del síndrome confusional (respuesta 3 incorrecta). **No está indicado el reposo en cama ni la sujeción mecánica**; al contrario, lo que se recomienda es la reducción de las restricciones físicas, sin restringir movilidad (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta (11945): (166) Mujer de 88 años de edad que consulta por caídas frecuentes, deterioro del estado general, hiporexia e insomnio. Como antecedentes presenta deterioro cognitivo moderado, diabetes mellitus tipo 2 con última hemoglobina glicosilada de 8 %, hipertensión arterial, hipercolesterolemia con LDL de 121 mg/dl y enfermedad renal crónica con un filtrado glomerular de 42 mL/m. En tratamiento con sulfonilureas, simvastatina, benzodiacepinas y valsartan/amlodipino. Indique la actuación más correcta:

1. Habría que intensificar el tratamiento de la diabetes para reducir la hemoglobina glicada.
2. La hipercolesterolemia está mal controlada, por lo que añadiría ezetimiba.
3. Revisaría el tratamiento farmacológico para realizar una desprescripción priorizando fármacos imprescindibles.
4. Aumentaría la dosis de benzodiacepinas para control del insomnio.

300865 GERIATRÍA Fácil 88%

Solución: 3

Nos describen a una anciana frágil en la que observamos “**polifarmacia**” (consumo diario de más de 3 fármacos de forma crónica o continuada). Se trata de una paciente diabética (en tratamiento actual con ADO), hipertensa (en tratamiento actual con ARA-2 + Calcio-antagonista), dislipémica (en tratamiento actual con Estatina) e insomnio (en tratamiento actual con benzodiacepinas). Una de las causas del deterioro del estado general y de las caídas frecuentes pueden ser los fármacos, por lo que en esta paciente lo prioritario sería **revisar el tratamiento farmacológico para realizar una desprescripción priorizando fármacos imprescindibles** (eliminando fármacos prescindibles) (respuesta 3 correcta). La desprescripción 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. Se trataría de un criterio STOPP: Necesidad de suspender prescripciones potencialmente inadecuadas. Posteriormente, habría que **intensificar el tratamiento de la diabetes para conseguir una disminución de la hemoglobina glicosilada** (respuesta 1 incorrecta) y **añadir Ezetimiba**, ya que al tener una enfermedad renal crónica grado 3, el objetivo LDL a alcanzar es < 70 mg/dl (respuesta 2 incorrecta). Al presentar insomnio y deterioro cognitivo moderado, **no estaría indicado aumentar la dosis de benzodiacepinas** para el control del insomnio; lo más adecuado sería suspender las benzodiacepinas e iniciar tratamiento con neurolépticos (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta (11946): (167) Uno de los siguientes componentes NO se considera clave para conseguir la eficacia de los programas de valoración geriátrica integral:

1. Liderazgo clínico.
2. Uso de escalas e instrumentos estandarizados.
3. Plan por objetivos con trabajo en equipo interdisciplinar.
4. Intervención intensa de forma temporal.

300866 GERIATRÍA Fácil 87%

Solución: 4

La valoración geriátrica integral es un método diagnóstico multidimensional e **interdisciplinar** para determinar y cuantificar en un anciano los problemas médicos, psicológicos, sociales y su capacidad funcional al objeto de desarrollar un plan integral de tratamiento y seguimiento a largo plazo. Se obtiene un mayor beneficio en ancianos frágiles. Abarca 4 áreas: Clínica, funcional, psicológica y social. Son elementos clave para conseguir la eficacia de los programas de valoración geriátrica integral el **liderazgo clínico** (respuesta 1 incorrecta), el **uso de escalas e instrumentos estandarizados** (respuesta 2 incorrecta) (teniendo en cuenta que dichas escalas constituyen una ayuda, pero no sustituyen una valoración clínica individualizada), el **plan por objetivos con trabajo en equipo interdisciplinar** (respuesta 3 incorrecta) y la **intervención intensa de forma continuada** (respuesta 4 correcta).

Pregunta (11947): (168) Varón de 58 años, obeso, asintomático, bebedor moderado, que presenta una primera glucemia basal de 153 mg/d con glucosuria negativa. En las semanas siguientes ha tenido otras dos cifras de glucemias basales de 118 y 136 mg/dl. ¿Cuál de las siguientes es la actitud más apropiada para confirmar el diagnóstico de diabetes mellitus?:

- 1. Practicar una curva de glucemia con 75 g de glucosa.
- 2. Reúne ya criterios diagnósticos de diabetes mellitus.
- 3. Solicitar una determinación de insulinemia basal o péptido C.
- 4. Solicitar una determinación de hemoglobina glicosilada.

300867 ENDOCRINOLOGÍA Fácil 70%

Solución: 2

En la pregunta aparecen tres cifras de glucemia basal, en distintos momentos, superiores al límite alto de la normalidad 126 mg/dl. Según los últimos consensos sabemos que con dos determinaciones basales por encima de 126 mg/dl, diagnosticamos al paciente de diabetes mellitus (respuesta 2 correcta).

Si tuviéramos una determinación de glucemia basal entre 100 y 126 deberíamos realizar una curva de glucemia con 75 g de glucosa (respuesta 1 incorrecta).

La determinación de hemoglobina glicosilada la realizaríamos para control de diabetes en paciente ya diagnosticado de la enfermedad (respuesta 4 incorrecta)

Para la determinación de insulinemia basal o péptido C, deberíamos sospechar una patología pancreática como un insulinoma o sospechar un hipersinsulinismo (respuesta 3 incorrecta).

Pregunta (11948): (169) ¿Cuál de las siguientes neoplasias NO suele asociarse con un síndrome de neoplasia endocrina múltiple tipo MEN-1?:

- 1. Adenoma de hipófisis.
- 2. Feocromocitoma.
- 3. Insulinoma.
- 4. Glucagonoma.

300868 ENDOCRINOLOGÍA Fácil 89%

Solución: 2

La neoplasia endocrina múltiple tipo 1 agrupa: Hiperparatiroidismo, tumores endocrinos del páncreas (insulinoma, glucagonoma, somatostatina...) y tumores hipofisarios (prolactinoma, tumor secretor de GH...) (respuestas 1, 3 y 4 incorrectas).

Las neoplasias endocrinas tipo 2A y 2B tiene en su clínica la presencia de feocromocitoma, que además por ser una patología suprarrenal será el primer paso terapéutico a realizar (respuesta 2 correcta).

Pregunta (11949): (170) Mujer de 75 años en tratamiento con sertralina que acude a urgencias por un cuadro confusional. No se evidencian edemas y la tensión arterial es de 130/70 mmHg. En la analítica destaca Na 126 mEq/l y K 4 mEq/l, la natriuria es de 45 mEq/l y se ha descartado la ingesta de diuréticos. ¿De las siguientes cuál es la actitud más correcta?:

- 1. Se trata de una enfermedad de Addison y deben administrarse corticoides de inmediato.
- 2. Administrar suero salino hipertónico a fin de restablecer cuanto antes la natremia.
- 3. Indicar restricción hídrica y si no se eleva la natremia pasar a infusión lenta de suero salino.
- 4. Solicitar resonancia magnética cerebral, ya que seguramente se trata de una diabetes insípida.

300869 ENDOCRINOLOGÍA Normal 39%

Solución: 3

Por el enunciado, se trata de un SIADH, con antecedente de toma de antidepressivo y cuadro confusional asociado a hiponatremia con natriuria.

No corresponde a una enfermedad de Addison, ya que sería una insuficiencia suprarrenal con clínica de astenia e hipotensión (nuestra paciente es normotensa) (respuesta 1 incorrecta).

La diabetes insípida es el cuadro contrario a SIADH, donde la clínica es poliuria, polidipsia y deshidratación con tendencia a la hipernatremia (respuesta 4 incorrecta).

El tratamiento del SIADH se basa en restricción hídrica en casos leves y en suero hipertónico en casos graves. Ahí reside la duda, porque nos presentan un caso moderado, pero si optásemos por suero hipertónico debe ser con cautela, no rápido, y no buscando como objetivo normalizar la natremia por riesgo de mielinolisis central pontina (respuesta 2 incorrecta).

Parece más correcta la respuesta 3 debido a que siempre la reposición del sodio debe hacerse de forma lenta para evitar edema cerebral. Aunque en las formas con deterioro neurológico (confusión en nuestra paciente), se debe considerar grave y comenzar con infusión de suero y no con restricción hídrica que sería de inicio en las formas leves gastrointestinales (respuesta 3 "más" correcta).

Pregunta (11950): (171) Mujer de 38 años que consulta por astenia e hipotensión de seis meses de evolución. Después de una evaluación extensa, en la analítica únicamente destaca cortisol 8 microg/dl (5-25 microg/dl) y ACTH de 240 pg/ml (10-60 pg/ml). ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?:

- 1. Debe solicitarse test de estimulación con ACTH con la sospecha de insuficiencia suprarrenal primaria.
- 2. Se trata de un síndrome de resistencia a la ACTH y debe solicitarse consejo genético.
- 3. Debe descartarse tumor hipofisario secretor de ACTH.
- 4. Se trata de una secreción ectópica de ACTH y debe buscarse una neoplasia.

300870 ENDOCRINOLOGÍA Normal 57%

Solución: 1

El dato clave para sospechar una insuficiencia suprarrenal primaria de la pregunta es la clínica de astenia e hipotensión, y para el diagnóstico se debe hacer una prueba de estímulo con ACTH, donde se vería que a pesar de la infusión intravenosa de ACTH, la liberación de cortisol es mínima (respuesta 1 correcta).

En un tumor hipofisario secretor de ACTH se produciría por estímulo de la corteza liberación aumentada de cortisol (respuesta 3 incorrecta).

En la secreción ectópica de ACTH nos encontraríamos como dato clave la hiperpigmentación, a la vez que aumento significativo de cortisol, por ser una causa de síndrome de Cushing o secreción aumentada de cortisol (respuesta 4 incorrecta).

El síndrome de resistencia a ACTH es un déficit hereditario que se suele deber a mutaciones a nivel del receptor 2 de la melanocortina. Se asocia a la insensibilidad a la ACTH, alacrimia y acalasia (respuesta 2 incorrecta).

Pregunta (11951): (172) En el síndrome de Klinefelter, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?:

- 1. El tratamiento con testosterona potencia la fertilidad.
- 2. Los niveles de gonadotrofinas están disminuidos en la mayoría de los pacientes.
- 3. El cariotipo XO subyace en la mayoría de los casos.
- 4. La incidencia de lupus eritematoso es mayor que en los varones de la población general.

300871 ENDOCRINOLOGÍA Fácil 66%

Solución: 4

El síndrome de Klinefelter es un tipo de hipogonadismo hipergonadotrópico cuyo tratamiento incluye la inyección de testosterona que al ser una hormona que se pone de forma exógena, inhibiría el eje gonadal endógeno produciendo disminución de la fertilidad (respuesta 1 incorrecta).

Al ser el Klinefelter un hipogonadismo hipergonadotrópico, las gonadotropinas están elevadas. Es una patología gonadal primaria (respuesta 2 incorrecta).

El cariotipo del Klinefelter es el 47XXY. El XO corresponde al síndrome de Turner (respuesta 3 incorrecta).

Al igual que el aumento de cromosomopatías en el Klinefelter está aumentado el desarrollo de enfermedades autoinmunes como el lupus (respuesta 4 correcta).

Pregunta (11952): (173) Mujer de 37 años, diagnosticada hace tres meses de enfermedad de Graves, en tratamiento con metimazol y propranolol, que consulta por fiebre y deglución dolorosa. En la exploración física tiene temperatura 38,7°C y la orofaringe está eritematosa, sin exudados. ¿Cuál de los siguientes es el manejo más adecuado?:

- 1. Iniciar un tratamiento empírico con penicilina V oral.
- 2. Obtener una prueba rápida de detección de antígenos para el estreptococo del grupo A.
- 3. Interrumpir el propranolol y obtener un cultivo de orofaringe.
- 4. Interrumpir el metimazol y obtener un hemograma con recuento diferencial.

300872 ENDOCRINOLOGÍA Normal 44%

Solución: 4

En el tratamiento de la enfermedad de Graves, es fundamental el manejo médico donde los fármacos más importantes son las **tiouamidas**, que como efecto secundario raro pero grave es la **agranulocitosis** que obliga a hacer controles periódicos con hemograma y en caso de aparecer, hay que suspender el tratamiento. Este efecto **no lo produce el beta-bloqueante** (respuesta 3 incorrecta).

En el caso de la pregunta la paciente tiene datos de descenso de linfocitos con deglución dolorosa, sin exudados y fiebre que puede orientar a una micosis, por lo que hay que **suspender el tratamiento y hacer controles de hemograma** (respuesta 4 correcta). **No orienta** a que tengamos, sobre todo por la enfermedad de base y los conocidos efectos secundarios de las tiouamidas, una **faringitis estreptocócica para tratar con penicilina o realizar antígenos para estreptococo** (respuestas 1 y 2 incorrectas).

Pregunta (11953): (174) ¿Cuál de los siguientes hallazgos semiológicos en un paciente con herpes zóster **NO** indica una especial gravedad?:

- 1. Presencia de vesículas en el conducto auditivo externo.
- 2. Afectación multimetamérica.
- 3. Afectación del ala nasal.
- 4. Lesiones cutáneas en distintas fases evolutivas.

300873 INFECCIOSAS Fácil 89%

Solución: 4

El **herpes zóster** se produce por la reactivación del Virus Varicela-zóster a partir de ganglios locales. Produce una erupción vesículo-costrosa en el dermatoma tributario del ganglio afectado, asociada a un dolor neurálgico. El **zóster oftálmico** aparece en la zona de inervación de la primera rama del nervio trigémino (nervio oftálmico), que incluye el **ala nasal**, y es el que **más complicaciones** presenta (respuesta 3 incorrecta). El **Zóster geniculado** produce dolor y vesículas en **CAE**, pabellón auricular, paladar blando y pilares anteriores, asociándose en ocasiones a **parálisis facial** (Sd de Ramsay-Hunt) (respuesta 1 incorrecta).

La **afectación multimetamérica** es más frecuente en pacientes inmunodeprimidos y supone un **cuadro diseminado** y potencialmente más grave (respuesta 2 incorrecta). En la varicela es típica la aparición de **lesiones en diferentes estadios evolutivos**. Esto también puede ocurrir en el zóster y en cualquier caso **no sería un criterio de gravedad** (respuesta 4 correcta).

Pregunta (11954): (175) Paciente de 62 años que consulta por haber estado en contacto cercano en las últimas semanas con una persona con una tuberculosis activa. El Mantoux es positivo (12 mm). Entre sus antecedentes destaca estar en tratamiento con anticoagulantes orales (acenocumarol) por una trombosis venosa profunda hace unos meses. No refiere fiebre ni tos y se encuentra asintomático. La Rx de tórax es normal. ¿Cuál de los siguientes tratamientos es el más recomendable?:

- 1. Isoniacida, durante nueve meses.
- 2. Rifampicina, durante cuatro meses.
- 3. Isoniacida y rifampicina, durante tres meses.
- 4. Isoniacida y rifapentina, durante tres meses.

300874 INFECCIOSAS Normal 64%

Solución: 1

Se trata de una pregunta compleja y "con truco". Nos preguntan por la pauta de **quimioprofilaxis secundaria** (manejo de un paciente que es contacto con un bacilífero y tiene un Mantoux positivo -12 mm-, sin datos de enfermedad activa).

En principio, **la pauta habitual es Isoniacida durante 6 meses** (opción que no aparece como respuesta).

Entre las pautas "alternativas" a Isoniacida 6 meses, están las siguientes:

- **Rifampicina 4 meses** (la pauta menos tóxica).
- **Isoniacida y Rifampicina 3 meses.**
- **Isoniacida y Rifapentina 3 meses.**
- **Isoniacida 9 meses** (de elección en pacientes con fibrosis o cicatrices pulmonares).

Como ves, las 4 opciones son factibles. Por tanto, debemos centrarnos en algún **"aspecto clave"** que dirija la opción de respuesta hacia una en concreto. Este dato es el **tratamiento con Acenocumarol (Sintrom) y su interacción con la Rifampicina (y sus derivados, como la Rifapentina).**

La Rifampicina presenta múltiples interacciones farmacológicas. En este caso, dado que existe la necesidad de tomar Acenocumarol, un fármaco directamente implicado en dichas interacciones, se considera más factible la opción de **Isoniacida 9 meses** (respuesta 1 correcta y respuestas 2, 3 y 4 incorrectas). No obstante, también habría valido la pauta de Isoniacida 6 meses, que no proponen entre las opciones.

Pregunta (11955): (176) Paciente de 73 años con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes que sufre una neumonía bilateral por SARS-CoV2. Tras recibir oxígeno en gafas nasales, enoxaparina a dosis profilácticas (60 mg/d SC), remdesivir y dexametasona (6 mg/d IV), la evolución clínica no está siendo favorable y en el cuarto día de hospitalización se encuentra taquipneico a 30 rpm, temperatura 38°C y saturación 92 %; comenzando a recibir oxígeno con gafas nasales de alto flujo. Análisis: 12000 leucocitos (75 % neutrófilos), PCR 80 (N<3 mg/L), ferritina 823 (N<350 ng/mL), dímero D 1800 (N <500 ng/mL), procalcitonina 0,45 (N< 0,3 ng/mL). La Rx de tórax muestra una progresión de la neumonía bilateral. ¿Cuál es la actitud terapéutica más recomendable de las siguientes?:

- 1. Aumentar la dosis de enoxaparina a dosis anticoagulantes (60 mg/12 h SC).
- 2. Aumentar la dosis de esteroides (metilprednisolona, 80 mg/8 h IV).
- 3. Añadir tocilizumab.
- 4. Añadir meropenem.

300875 INFECCIOSAS Normal 56%

Solución: 3

Nos presentan un paciente de 73 años con factores de riesgo cardiovascular que presenta una **neumonía bilateral por SARS-CoV2**. El tratamiento de la neumonía bilateral por este virus incluye medidas generales, monitorización, profilaxis tromboembólica con **heparinas de bajo peso molecular** (enoxaparina) (respuesta 1 incorrecta) y oxigenoterapia (inicialmente en gafas nasales).

El **remdesivir** está indicado en pacientes > 12 años que requieren oxigenoterapia en los primeros 7 días del inicio de los síntomas con al menos 2 criterios de gravedad (FR > 24 rpm, SatO2 < 94%, PaO2/FiO2 < 300). La **dexametasona** está indicada en pacientes hospitalizados que requieren oxigenoterapia (respuesta 2 incorrecta). Este paciente presenta un **empeoramiento respiratorio y radiológico, con elevación de parámetros inflamatorios**, que requiere escalada a oxigenoterapia de alto flujo, por lo que tendríamos claro que estaría indicado añadir **tocilizumab** al tratamiento (respuesta 3 correcta).

Los **antibióticos** no están recomendados de inicio, aunque, en función de la clínica, la analítica o los resultados microbiológicos podrían estar indicados. La **progresión de la neumonía bilateral, en lugar de la aparición de nuevos infiltrados** nos hacen más pensar en progresión de la enfermedad viral que en sobreinfección bacteriana, aunque podría ser dudoso. Es cierto que presenta una elevación de parámetros inflamatorios en la analítica, pero esto puede ser consecuencia de la propia infección viral. En caso de pensar en sobreinfección **no sería de elección el meropenem** por no tener factores de riesgo de gérmenes multirresistentes (respuesta 4 incorrecta). Es cierto que presenta una ligera elevación de la procalcitonina, que es un buen predictor de infección bacteriana, aunque en algunas guías marcan como valor normal 0,5 ng/ml, y no es una elevación demasiado marcada.

No deja de ser una pregunta difícil y ambigua, ya que este paciente cumple algunos criterios que en la práctica harían que se realizase una cobertura antibiótica para cubrir una posible sobreinfección bacteriana. En cualquier caso, sería más correcta la opción 3, ya que el meropenem no sería el antibiótico de primera elección y estaría claramente indicado añadir toclizumab.

Pregunta (11956): (177) Paciente de 33 años, residente en Valencia, que consulta por presentar en la mejilla derecha una placa eritemato-anaranjada tras picadura de insecto que ha ido creciendo lentamente hasta alcanzar 1,5 cm y que en las últimas semanas se ha ulcerado y cubierto de una escamocostra. La lesión solo le origina discretas molestias si se rasca. Entre sus antecedentes destaca psoriasis en placas en tratamiento con adalimumab subcutáneo. Tiene buen estado general y no toma otros fármacos ni refiere alergias a medicamentos. Indique el tratamiento que emplearía:

1. Isotretinoína oral.
2. Antimoniato de meglumina intralesional.
3. Corticoesteroides sistémicos.
4. Amoxicilina oral.

300876	INFECCIOSAS	Fácil	67%
--------	-------------	-------	-----

Solución: 2

La **leishmaniasis** se transmite por **moscas flebótomos**. La forma clínica más frecuente es la cutánea, por *Leishmania infantum* con tropismo cutáneo. Aparece una **pápula o nódulo que evoluciona a costra, y ésta al caer deja una úlcera** (redondeada, indolora, con bordes levantados -cráter-). El tratamiento en las formas cutáneas son los **antimoniales pentavalentes** como el antimoniato de meglumina (*respuesta 2 correcta*) (*respuestas 1, 3 y 4 incorrectas*).



Pregunta (11957): (178) Varón de 48 años que acude a su consulta por estreñimiento crónico resistente a medidas habituales. Además, refiere palpitaciones y en las últimas semanas disnea de medianos esfuerzos. Señale, de las posibilidades que se ofrecen, cual le orientaría más para sospechar un diagnóstico etiológico específico:

1. Realizar un ECG.
2. Realizar un enema opaco.
3. Realizar un ecocardiograma.
4. Preguntar por el país de procedencia.

300877	INFECCIOSAS	Difícil	32%
--------	-------------	---------	-----

Solución: 4

Nos presentan el caso de un varón adulto que presenta **estreñimiento y síntomas cardíacos**. Podríamos pensar que se tratan de síntomas independientes, pero nos plantean qué posibilidad orientaría más para sospechar un diagnóstico etiológico específico, por lo que debemos pensar que ambos síntomas tienen relación.

Al dar como correcta la opción 4, se entiende que la enfermedad en la que debíamos pensar era la **Enfermedad de Chagas**, producida por el *Tripanosoma Cruzi*, que cursa con una fase aguda (fiebre, adenopatías, hepatoesplenomegalia y chagoma), y una **fase crónica con afectación cardíaca** (miocardiopatía) y **gastrointestinal** (megaesófago: disfagia; megacolon: dolor, **estreñimiento**), si bien es cierto que los síntomas planteados son inespecíficos y podrían deberse a otras entidades, por lo que es una pregunta dudosa.

El diagnóstico etiológico del Chagas consiste, en fase aguda en demostración del parásito por frotis teñido con Giemsa, y en fase crónica en serología. En este caso nos plantean tres pruebas diagnósticas (**ECG, enema opaco y ecocardiograma**) que nos permitirían ver el **grado de afectación visceral pero no sospechar una Enfermedad de Chagas** (*respuestas 1, 2 y 3 incorrectas*). La Enfermedad de Chagas es típica de Centro-América y Sudamérica, por lo que **el país de procedencia orientaría al diagnóstico etiológico** (*respuesta 4 correcta*), aunque dada la emigración, cada vez se ve más Chagas en países no endémicos.

Pregunta (11958): (179) Paciente de 54 años con antecedentes de alcoholismo crónico y deficientes condiciones de vivienda e higiene. Refiere un cuadro clínico de dos semanas de duración de astenia, febrícula y sudoración nocturna. En la Rx y la TC de tórax se observa una lesión única, cavitada, en el segmento superior del lóbulo inferior derecho, de 4 cm de diámetro, con un nivel hidroaéreo. El estudio microbiológico del esputo es negativo. Decide comenzar con un tratamiento antibiótico empírico. Indique cuál de los siguientes sería el tratamiento MENOS eficaz:

1. Metronidazol IV.
2. Clindamicina IV.
3. La asociación de un betalactámico y betalactamasa IV.
4. Moxifloxacino oral.

300878	INFECCIOSAS	Normal	37%
--------	-------------	--------	-----

Solución: 1

En esta pregunta nos plantean un paciente que presenta un cuadro infeccioso en probable relación a un **absceso pulmonar** (lesión única, cavitada, con un nivel hidroaéreo). El tratamiento antibiótico de elección en estos casos es la **clindamicina iv** (*respuesta 2 incorrecta*), pudiéndose utilizar como alternativa un **betalactámico asociado a un inhibidor de betalactamasa iv** (*respuesta 3 incorrecta*). Esta pregunta sería impugnada porque en la opción número 3 pone "betalactamasa", y no "inhibidor de betalactamasa". El **metronidazol iv** aparece como alternativa en las guías de tratamiento de los abscesos pulmonares **siempre en combinación con otro antibiótico, generalmente penicilina G o amoxicilina-clavulánico**, ya que tiene una tasa alta de fracasos terapéuticos porque contribuyen gérmenes aeróbicos y estreptococos microaeróbicos, además de los gérmenes anaerobios, que crean resistencias al metronidazol (*respuesta 1 correcta*). El **moxifloxacino** es una alternativa de tratamiento. Lo ideal sería un tratamiento iv pero al no hablarnos de inestabilidad hemodinámica ni datos de gravedad, podríamos darlo oral (*respuesta 4 incorrecta*).

Pregunta (11959): (180) Mujer de 26 años diagnosticada de lupus eritematoso sistémico, en tratamiento con hidroxiquina, que consulta por sensación de debilidad generalizada que se ha instaurado progresivamente en los últimos 15 días. En la exploración física se aprecia palidez cutánea y en la analítica destaca Hb 7,4 gr/dL, Hcto 31 %, VCM 108. ¿Cuál de las siguientes determinaciones será más útil para decidir la actuación?:

1. Haptoglobina.
2. Test de Coombs.
3. Vitamina B12.
4. Anticuerpos antinucleares.

300879	REUMATOLOGÍA	Normal	64%
--------	--------------	--------	-----

Solución: 2

Nos presentan el cuadro de una chica joven con **Lupus Eritematoso Sistémico**. Ante la presencia de una anemia en una paciente con una enfermedad inmune presente, como es el caso, hemos de pensar que se puede tratar de una anemia hemolítica adquirida y por lo tanto lo primero que deberíamos de solicitar es el estudio de Coombs para clasificar dicha anemia en inmune o no inmune (respuesta 2 correcta, resto de opciones incorrectas). La actitud a tomar ante estos pacientes debe ser la instauración de corticoides de forma inmediata, por lo que la solicitud de esta prueba diagnóstica sería la más útil para decidir nuestra maniobra terapéutica.

Pregunta (11960): (181) Varón de 67 años que presenta un cuadro de 3 meses de duración de astenia y febrícula, a la que se añade en el último mes obstrucción nasal con emisión de moco con algunos coágulos. En los últimos días nota dolor en el ojo derecho y asimetría respecto al contralateral. En la exploración física se objetiva proptosis del globo ocular derecho y la inspección de las fosas nasales constata una mucosa eritematosa con costras serohemáticas. El resto de la exploración es normal. Los análisis de sangre (hemograma, función renal y hepática) son normales, a excepción de una VSG de 65 mm/h; en el análisis de orina se detecta microhematuria y proteinuria de 520 mg/24h. ¿Cuál es el diagnóstico inicial más probable?:

- Granulomatosis eosinofílica con poliangitis.
- Poliangitis microscópica.
- Granulomatosis con poliangitis.
- Poliarteritis nudosa.

300880	REUMATOLOGÍA	Fácil	85%
--------	--------------	-------	-----

Solución: 3

Nos encontramos ante un caso clínico de **Granulomatosis con poliangitis o enfermedad de Wegener**. La sinusitis suele ser la manifestación clínica más frecuente. Pueden aparecer otros síntomas ORL como mastoiditis, **proptosis**, otitis, rinitis, **rinorrea**, nariz en silla de montar, etc... La afectación pulmonar se puede manifestar por infiltrados asintomáticos o expresar clínicamente en forma de tos, hemoptisis, disnea y dolor retroestrenal. La afectación renal es el trastorno que predomina en el cuadro clínico y sin tratamiento, explica de manera directa o indirecta en su mayor parte la cifra de mortalidad en esta enfermedad. Pudiera ser poco manifiesta en algunos casos, en la forma de glomerulonefritis leve, con **proteinuria**, **hematuria** y cilindros eritrocíticos, pero una vez que se detectan clínicamente surgen deficiencias funcionales y muy breve plazo aparece insuficiencia renal de evolución rápida, salvo que se emprenda tratamiento apropiado. Entre los datos característicos de estudios de laboratorio **están incrementados notablemente la tasa de eritrosedimentación**, anemia y leucocitosis leves, hipergammaglobulinemia poco intensa y un nivel un poco mayor del factor reumatoide. En promedio, el 90% de los pacientes con granulomatosis y poliangitis activa tienen ANCA contra proteinasa 3 (respuesta 3 correcta, respuestas 1, 2 y 4 incorrectas).

Pregunta (11961): (182) En el síndrome de Sjögren, uno de los factores pronósticos asociados a una peor evolución es:

- Poliartritis de grandes y pequeñas articulaciones.
- Fenómeno de Raynaud.
- Hepatoesplenomegalia.
- Crioglobulinemia.

300881	REUMATOLOGÍA	Diffícil	24%
--------	--------------	----------	-----

Solución: 4

Estudios recientes se han centrado en la identificación de los factores presentes en el momento del diagnóstico que se asocian a una peor evolución en el síndrome de Sjögren. Dentro de estos factores se incluyen la afección grave de las glándulas exocrinas, la vasculitis, la hipocomplementemia y la **crioglobulinemia** (respuesta 4 correcta, resto de opciones incorrectas). Estos pacientes conforman un subgrupo definido que requiere un estrecho seguimiento clínico y, posiblemente, la instauración temprana de medidas terapéuticas agresivas.

Pregunta (11962): (183) Mujer de 45 años sin antecedentes de interés que consulta por presentar sensación disneica de unos 4 días de evolución. La exploración muestra taquicardia rítmica, sin soplos y la auscultación pulmonar es normal. La gasometría arterial muestra una pO2 de 70 mmHg y una pCO2 32 mmHg. El hemograma, la función renal y hepática son normales. Tiempo de protrombina 90 %, tiempo de tromboplastina parcial activada (TPPA) con ratio de 2 respecto al control (N <1,2). ¿De los siguientes diagnósticos cuál es el más probable?:

- Síndrome antifosfolípido.
- Factor V de Leiden.
- Hemofilia.
- Pericarditis aguda.

300882	REUMATOLOGÍA	Normal	39%
--------	--------------	--------	-----

Solución: 1

El **síndrome antifosfolípido (SAF)** es más frecuente en **mujeres** (80%) entre los 20 y 40 años. Se caracteriza por la aparición de trombosis (TVP, **tromboembolismo pulmonar**, trombosis arteriales periféricas o del SNC), abortos de repetición, trombocitopenia y presencia de anticuerpos antifosfolípidos (anticoagulante lúpico, anticardiolipina y antiB2glicoproteína-1). Estos anticuerpos son grupo heterogéneo dirigidos contra estructuras fosfolípídicas de membranas celulares. Pueden detectarse de forma indirecta por su efecto en la coagulación ya que **aumentan el tiempo de tromboplastina parcial activada (TPPA)** o reaccionan con la serología luética (VDRL falsamente positivos) (respuesta 1 correcta, resto de opciones incorrectas).

Pregunta (11963): (184) Mujer de 70 años que refiere desde hace 1 mes dolor y rigidez en cinturas escapular y pelviana, que predomina al levantarse y mejora con la movilización, sin fiebre, cefalea ni afectación del estado general. En la exploración física se observa rigidez y dolor a la movilización de hombros y caderas. La analítica muestra una elevación de la VSG y la proteína C reactiva. ¿Qué diagnóstico es más probable y qué tratamiento prescribiría?:

- Artritis reumatoide, iniciaría tratamiento con metotrexato.
- Fibromialgia, iniciaría tratamiento con duloxetina.
- Polimialgia reumática, iniciaría tratamiento con corticoides.
- Espondilitis anquilosante, iniciaría tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos.

300883	REUMATOLOGÍA	Fácil	90%
--------	--------------	-------	-----

Solución: 3

La **polimialgia reumática (PMR)** es una enfermedad de etiología desconocida que generalmente afecta a individuos mayores de 50 años, **sobre todo a mujeres, asociándose dolor inflamatorio de cinturas escapular y pelviana** y de región cervical. Es común el dolor nocturno, rigidez matinal de varias horas y notable dificultad para realizar cualquier actividad cotidiana. Suele mejorar a lo largo del día. En la exploración se caracteriza por una imposibilidad o dificultad para elevar activamente las extremidades superiores y dolor a la palpación de masas musculares, sobre todo deltoides y /o bíceps. En el laboratorio destaca la **elevación de VSG** y fosfatasa alcalina, así como la presencia de anemia de trastornos crónicos. El **tratamiento se debe realizar con corticoides** siendo la dosis inicial de 8-15mg/día con una gran mejora en menos de 72 horas (respuesta 3 correcta, resto de opciones incorrectas).

Pregunta (11964): (185) La interconsulta médica en pacientes hospitalizados constituye una actividad habitual entre los especialistas de medicina interna/geriátría, en especial en los servicios quirúrgicos. Indique cuál de las siguientes características NO corresponde al modelo asistencial de interconsulta denominado asistencia compartida:

- Responsabilidad compartida.
- Atención a demanda.
- Atención integral y global.
- Comunicación fluida entre médicos.

300884	BIOÉTICA	Fácil	72%
--------	----------	-------	-----

Solución: 2

Los pacientes hospitalizados son cada vez más complejos médicamente, y se precisa que los especialistas cooperen tanto en su manejo médico como también quirúrgico. Esta creciente actividad se desarrolla en su mayoría mediante la interconsulta médica, aunque otra forma de prestar este apoyo es mediante la asistencia compartida (comanagement):

- **Interconsulta médica:** Un médico solicita a otro su opinión o que valore un aspecto del problema médico del paciente. Es a demanda, circunscrita al motivo de consulta y se deben ofrecer una serie de recomendaciones. Suele haber mala comunicación entre los médicos, problemas de coordinación y la persona que realiza la interconsulta tiene una responsabilidad muy limitada.
- **Asistencia compartida:** En ella dos especialistas diferentes (uno del área quirúrgica y otro del área médica) comparten la responsabilidad y autoridad en la atención de un paciente ingresado. El especialista médico se hace responsable de los problemas médicos del paciente, preexistentes o de nuevo diagnóstico, desde que ingresa en el servicio quirúrgico hasta su alta hospitalaria y sin necesidad de ser consultado. Medicina Interna es la especialidad más adecuada para la asistencia compartida. **No es a demanda, ya que va dirigida a todos los pacientes del servicio (respuesta 2 correcta).** Constituye una **atención integral y global (respuesta 3 incorrecta).** Hay **comunicación fluida entre los médicos (respuesta 4 incorrecta),** buena coordinación, se toman y ejecutan decisiones y **la responsabilidad es compartida (respuesta 1 incorrecta).**

Pregunta (11965): (186) La obligación moral de actuar en beneficio de los demás es un principio básico de la bioética que se denomina:

1. Autonomía.
2. Beneficencia.
3. No maleficencia.
4. Justicia.

300885	BIOÉTICA	Fácil	91%
--------	----------	-------	-----

Solución: 2

Beauchamp y Childress utilizan 4 principios éticos como base para tomar decisiones morales: No maleficencia, beneficencia, justicia y autonomía. Estos principios de la Bioética son las fuentes fundamentales a partir de las cuales justificamos las pautas para la acción, los deberes y las reglas.

1. **Autonomía:** Capacidad para darse normas o reglas a uno mismo sin influencia de presiones externas o internas. En el ámbito médico tiene su máxima representación en el consentimiento informado. La autonomía es un principio bioético en virtud del cual se defiende que los usuarios del sistema de salud actúen de forma libre, voluntaria y deliberada, de conformidad con sus propios intereses o expectativas (respuesta 1 incorrecta).
2. **Beneficencia: Obligación de actuar en beneficio de otros,** promoviendo sus legítimos intereses y suprimiendo prejuicios, procurando el mayor bienestar a la persona enferma. En ocasiones, puede entrar en conflicto con el principio de autonomía (respuesta 2 correcta).
3. **No maleficencia** (también conocido como “primun non nocere” o “primero no hacer daño”): Abstenerse intencionadamente de realizar acciones que puedan causar daño o perjudicar a otros (respuesta 3 incorrecta).
4. **Justicia:** Se identifica con la equidad. Tratar a cada uno como corresponda, con la finalidad de disminuir las situaciones de desigualdad (ideológica, social, cultural, económica); no debe confundirse con una compensación de ningún tipo al paciente por una mala práctica médica (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta (11966): (187) En relación con el uso de gabapentina como analgésico complementario a los opioides en pacientes con dolor neuropático en cuidados paliativos, señale la respuesta INCORRECTA:

1. Se inicia con dosis de 100 a 300 mg dos o tres veces al día.
2. La combinación de gabapentina y nortriptilina no es más eficaz que la gabapentina sola.
3. La confusión y la somnolencia son efectos secundarios, en particular en pacientes mayores.
4. Por lo común es eficaz una dosis de 900 a 3.600 mg/día.

300886	C. PALIATIVOS	Normal	49%
--------	---------------	--------	-----

Solución: 2

La gabapentina, según ficha técnica: En todas las indicaciones, el inicio del tratamiento debe ser 300 mg 1 vez al día (día 1), 300 mg 2 veces al día (Día 2), 300 mg 3 veces al día=**900 mg** totales (Día 3). De forma alternativa, para el dolor neuropático, la dosis inicial es de **900 mg/día en 3 tomas (respuesta 1 incorrecta).** Esta dosis se puede incrementar en 300 mg/día cada 2-3 días hasta alcanzar una **dosis máxima de 3.600 mg/día (respuesta 4 incorrecta).**

La **somnolencia**, edema periférico y astenia aparecen en un porcentaje algo más alto en pacientes > 65 años. Aparte de estos hallazgos, las investigaciones clínicas en este grupo de edad no indican que haya un perfil de reacciones adversas diferente del observado en los pacientes más jóvenes (respuesta 3 incorrecta). Los pacientes que requieran tratamiento concomitante con opioides deben ser cuidadosamente controlados para detectar signos de depresión del SNC, como somnolencia, sedación y depresión respiratoria, debiendo reducirse adecuadamente la dosis de gabapentina o de opioide.

La combinación de gabapentina y nortriptilina parece ser más eficaz que cualquiera de los 2 fármacos solos para el dolor neuropático, por lo que se recomienda el uso de la combinación en pacientes con respuesta parcial a cualquiera de los fármacos solos (respuesta 2 correcta).

Pregunta (11967): (188) ¿Cuál de las siguientes características no es propia de los síntomas que presentan los pacientes con enfermedad crónica avanzada con pronóstico de vida limitada?:

1. Múltiples.
2. Intensos.
3. Estables.
4. Multifactoriales.

300887	C. PALIATIVOS	Fácil	88%
--------	---------------	-------	-----

Solución: 3

Los elementos fundamentales que definen la enfermedad terminal o enfermedad crónica avanzada con pronóstico de vida limitada son:

1. Enfermedad avanzada, progresiva, incurable.
2. Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
3. Presencia de **síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes (respuesta 3 correcta) (respuestas 1, 2 y 4 incorrectas).**
4. Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.
5. Pronóstico de vida limitado.

Pregunta (11968): (189) Al cumplimentar el certificado médico de defunción de una persona que ha fallecido como consecuencia de una hemorragia cerebral por traumatismo craneoencefálico tras caída casual en el domicilio, en el apartado I-d (causa inicial o fundamental), deberemos hacer constar que se ha producido por:

1. Parada cardiorrespiratoria por lesión de centros encefálicos.
2. Hemorragia intracraneal por traumatismo craneoencefálico.
3. Caída en el mismo nivel por deslizamiento, tropezón y traspie (Código W01 de CIE-10).
4. No se debe cumplimentar el certificado por tratarse de muerte violenta.

300888	MEDICINA LEGAL	Fácil	0%
--------	----------------	-------	----

ANULADA

El certificado es un documento que da constancia de un hecho o hechos ciertos, que el médico ha comprobado mediante exámenes clínicos (en algunos casos, con exploraciones complementarias). Tiene dos características fundamentales: No va dirigido a nadie en particular y se extiende a petición de la parte interesada; el médico está eximido del secreto profesional. Dentro de estos certificados, hay que citar el certificado de defunción, sin cuya expedición no puede autorizarse la inscripción de la defunción ni el sepelio. Este documento no debe expedirse en caso de muertes violentas o con alguna sospecha criminal.

PREGUNTA ANULADA, debido a un enunciado ambiguo, en el que nos faltaban datos, ya que nos indican que el médico va a realizar el certificado de defunción. No nos indican que dicho médico sea el médico de atención primaria o de urgencias que haya acudido el primero a certificar la muerte (en cuyo caso, **no podría complementar el certificado de defunción** y debería comprobar la muerte y avisar al **médico forense** para el certificado ya que puede ser una muerte con repercusiones legales, debido a que ha sido inesperada y debida a un traumatismo secundario a una caída, pero no nos especifica si fue un accidente o fue una caída provocada; el forense realizará el levantamiento del cadáver y la posterior autopsia, para investigar las causas de la muerte) (respuesta 4 correcta). Si el médico que va a realizar el certificado ya es el médico forense, entonces sí podría realizar el certificado de defunción. Por eso, **la pregunta fue anulada, porque con el enunciado que nos dan, podría haber dos respuestas correctas.**

El certificado médico de defunción incluye causa inmediata (que produce la muerte instantáneamente) y causa fundamental (que lleva a la causa inmediata; a veces, lleva a la causa intermedia). La causa inicial o fundamental sería la **caída** (respuesta 3 correcta). La causa intermedia sería la **hemorragia intracraneal por traumatismo craneoencefálico** (respuesta 2 incorrecta) y la causa inmediata sería la **parada cardiorrespiratoria por lesión de centros encefálicos** (respuesta 1 incorrecta).

Pregunta (11969): (190) Las heridas de disposición paralela y de diferente profundidad, que aparecen en ocasiones en la muñeca del miembro no dominante de una persona como consecuencia de la acción de un arma blanca, son sugestivas de una de las siguientes opciones:

- 1. Heridas de lucha, producidas por el manejo de arma.
- 2. Heridas de defensa.
- 3. Heridas de tanteo (intención autolítica).
- 4. Heridas autoproducidas con finalidad de simulación.

300889 MEDICINA LEGAL Fácil 70%

Solución: 3

Armas blancas son instrumentos lesivos de variada estructura y formas diversas, manejados manualmente, que atacan la superficie corporal por un filo, una punta o ambos a la vez. La denominación de "blancas" está relacionada con el brillo de la hoja lo que además sirve para diferenciarlas de las armas de fuego.

Las **heridas de lucha** suelen darse en extremidades superiores y raramente son mortales (respuesta 1 incorrecta).

Las **heridas de defensa** (respuesta 2 incorrecta) aparecen cuando la víctima intenta protegerse de manera instintiva. Las maniobras realizadas tienen como consecuencia la producción de lesiones de defensa, habitualmente a nivel de antebrazos y manos, que tienen gran importancia médico forense. Las heridas de defensa indicativas de un ataque con un arma blanca se sitúan en las flexuras de las falanges de los dedos, al intentar agarrar el arma. Otra herida típica de defensa se sitúa en el espacio entre la base del pulgar e índice. En ocasiones, las heridas se localizan en la cara dorsal de las manos cuando los movimientos de la víctima no se dirigen a agarrar el cuchillo, sino a golpearlo. En ocasiones las heridas de defensa aparecen en las extremidades inferiores y sugieren que la víctima estaba tumbada en el suelo y que usó las piernas para defenderse de una agresión sexual.

Las **heridas con intención autolítica** se tratan de heridas lineales con disposición paralela y diferente profundidad y suelen aparecer en la muñeca del miembro no dominante; pueden aparecer también en el tórax y la ropa suele estar apartada (respuesta 3 correcta). Son típicas en zonas accesibles (muñecas, pliegues de los codos, cara anterior de antebrazo y cuello).

Las **heridas autoproducidas con finalidad de simulación** no suelen ser muy profundas y no afectan a estructuras vitales, pero sí a zonas visibles y fácilmente accesibles (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta (11970): (191) Varón de 54 años de edad que acude a su centro de salud tras el alta hospitalaria por un infarto agudo de miocardio. Destacan como antecedentes ser fumador de 25 cigarrillos/día desde los 20 años, bebedor habitual de 6 UBE/día y en varios análisis de años anteriores cifras de colesterol total de 247-298 mg/dl, triglicéridos de 150-216 mg/dl, colesterol-HDL de entre 45-52 mg/dl. En sus antecedentes familiares tiene recogidos que sus padres (86 y 83 años) son diabéticos e hipertensos y que sus dos hermanos (58 y 60 años) están sanos, todos sin enfermedades cardiovasculares. ¿Qué tipo de dislipemia es más probable?:

- 1. Disbetalipoproteinemia.
- 2. Hipercolesterolemia familiar heterocigota.
- 3. Hiperlipemia familiar combinada.
- 4. Hipercolesterolemia poligénica.

300890 ENDOCRINOLOGÍA Normal 41%

Solución: 4

Los datos más importantes para el diagnóstico en esta pregunta son las cifras de colesterol total y triglicéridos elevadas, además de familiares directos sin enfermedad cardiovascular.

En la **hipercolesterolemia familiar heterocigota** aparecen cifras de colesterol hasta más de 400mg/dl y pueden tener xantomas, xantelasmas y arco corneal pero lo que destaca son **triglicéridos normales** (respuesta 2 incorrecta).

En la **hipercolesterolemia poligénica** hay un **10% de familiares afectados** con enfermedad cardiovascular (en el resto de dislipemias primarias asciende a más del 50% de afectación) y el colesterol no suele ser superior a 300 mg/dl (respuesta 4 correcta).

En la **hiperlipemia familiar combinada** existe un **HDL colesterol por debajo de 40 mg/dl** y aparición de anomalías lipídicas en el 50% de familiares de primer grado además de aparecer xantelasmas, aterosclerosis prematura y arco corneal (respuesta 3 incorrecta).

En la **disbetalipoproteinemia**, aparece aterosclerosis precoz y grave además de xantomas (nuestro paciente tiene 54 años) (respuesta 1 incorrecta).

Pregunta (11971): (192) Una vez establecido el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y logrado un control bueno o aceptable, dentro de las actividades periódicas de seguimiento, ¿cuándo hay que solicitar una hemoglobina A1c?:

- 1. Cada 3 meses.
- 2. Cada 6 meses.
- 3. Cada 9 meses.
- 4. Cada 12 meses.

300891 ENDOCRINOLOGÍA Normal 50%

Solución: 2

Según las últimas guías y ADA 2022, en **paciente bien controlados y sin cambios recientes en el tratamiento** se puede hacer un buen seguimiento de su diabetes con determinaciones de **hemoglobina glicosilada cada 6 meses** (respuesta 2 correcta).

Se haría determinación **cada 3 meses si ha habido cambio de tratamiento o mal control con el tratamiento actual** (respuesta 1 incorrecta).

Las determinaciones **cada 9 o 12 meses podrían ser de indicación en pacientes con prediabetes** (respuestas 3 y 4 incorrectas).

Pregunta (11972): (193) Según las recomendaciones preventivas cardiovasculares del Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS), indique la opción correcta sobre la periodicidad del cribado de hipertensión arterial en personas mayores de 40 años:

- 1. Se recomienda tomar la presión arterial anualmente.
- 2. Se recomienda tomar la presión arterial cada dos años.
- 3. Se recomienda tomar la presión arterial cada tres años.
- 4. Se recomienda tomar la presión arterial cada cuatro años.

300892 MEDICINA PREVENTIVA Fácil 67%

Solución: 1

Según el PAPPS 2020, la periodicidad del cribado de HTA sería:

- Entre 18 y 39 años, con PA < 130/85 mmHg y sin factores de riesgo para desarrollar HTA: reevaluar cada 3-5 años.
- Mayores de 40 años o con factores de riesgo (sobrepeso, mujeres, raza negra, sedentarismo, enfermedad renal crónica): **revaluación anual** (respuesta 1 correcta).

Pregunta (11973): (194) Respecto del síndrome cardiorrenal, señale la afirmación FALSA:

1. Es de causa multifactorial.
2. Se observa galope S1- S2 y edemas periférico y pulmonar.
3. Su presencia empeora notablemente el pronóstico y los síntomas de la insuficiencia cardíaca y dificulta su tratamiento.
4. La anemia asociada a la insuficiencia renal puede agravar los síntomas de la insuficiencia cardíaca.

300893 NEFROLOGÍA Fácil 79% Solución: 2

La presencia de la **auscultación de galope no es imprescindible en el síndrome cardiorrenal y en cualquier caso, se produce cuando aparecen el tercer y cuarto tono, es decir, S3-S4** (respuesta 2 correcta). Es característica la presencia de edemas periférico y pulmonar, pero en caso de que el paciente esté en fase congestiva/descompensada.

El **síndrome cardiorrenal** es el daño conjunto de corazón y del riñón, **de causa multifactorial** (respuesta 1 incorrecta) por diabetes mellitus, hipertensión, ateromatosis, etc.

La presencia del daño conjunto de ambos órganos **supone peor pronóstico** que la enfermedad de cada órgano de manera aislada, y evidentemente, supone una **dificulta el tratamiento** (respuesta 3 incorrecta).

La **enfermedad renal es causa de anemia y ésta puede deteriorar la función cardíaca y agravar los síntomas de insuficiencia cardíaca** (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta (11974): (195) Mujer de 66 años con diabetes mellitus tipo 2. Valorando su función renal presenta un estadio G3a/A1. ¿A qué valores corresponde este estadio, el más frecuente en pacientes con nefropatía diabética?:

1. Filtrado glomerular 45-59 ml/min/1,73 m2 y albuminuria < 30 mg/ml.
2. Filtrado glomerular 30-44 ml/min/1,73 m2 y albuminuria < 30 mg/ml.
3. Filtrado glomerular 45-59 ml/min/1,73 m2 y albuminuria 30-300 mg/ml.
4. Filtrado glomerular 15-29 ml/min/1,73 m2 y albuminuria < 30 mg/ml.

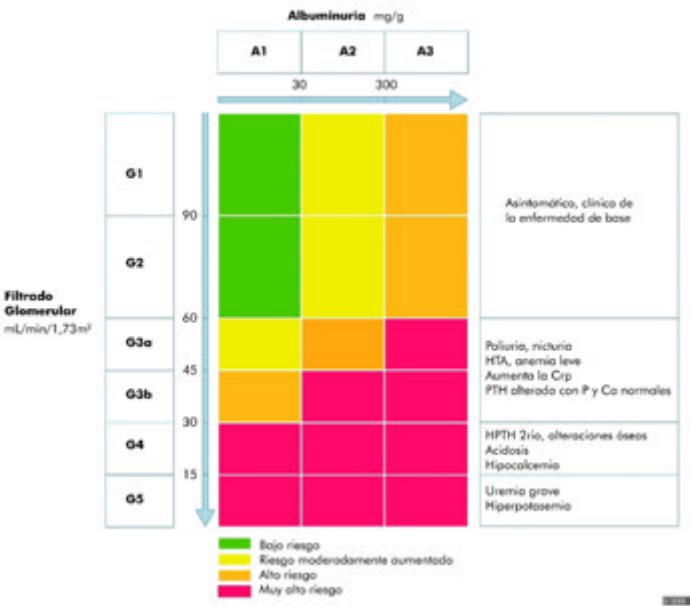
300894 NEFROLOGÍA Fácil 78% Solución: 1

La enfermedad renal crónica se clasifica en función del **filtrado glomerular (FG)** y del grado de albuminuria. El FG **entre 45 y 59 supone estadio G3a y la ausencia de albuminuria (< 30 mg/l) se considera A1** (respuesta 1 correcta).

El FG **entre 30 y 44 ml/min** se considera estadio **G3b** (respuesta 2 incorrecta).

El FG **entre 15 y 29 ml/min** se considera estadio **G4** (respuesta 4 incorrecta). Y el FG menor de 15 ml/min se considera estadio V.

En lo referente a la albuminuria, **niveles menores de 30 mg/g se considera A1, en tanto que niveles entre 30 y 300 mg/d se considera A2** (respuesta 3 incorrecta) y niveles superiores a 300 mg/d se considera A3.



Pregunta (11975): (196) Mujer de 25 años en estudio por una hepatopatía de origen autoinmune, con importante colestasis. Refiere prurito intenso y aparición de lesiones cutáneas sugestivas de xantomas. Niveles de colesterol total 800 mg/dL con colesterol LDL 395 mg/dL. Indique la respuesta correcta respecto a su enfermedad:

1. Se trata de una hipercolesterolemia secundaria a colestasis.
2. Es imprescindible realizar un test genético para descartar una hipercolesterolemia familiar.
3. Dados los niveles de colesterol total y de colesterol LDL se trata de una hipercolesterolemia familiar homocigota.
4. La eliminación del colesterol es fundamentalmente renal, por lo que hay que excluir una causa primaria de hipercolesterolemia.

300895 ENDOCRINOLOGÍA Difícil 7% Solución: 1

Según los datos de la pregunta orienta a una **cirrosis biliar primaria** (mujer joven, con prurito, xantomas y hepatopatía autoinmune), esta entidad cursa con hipercolesterolemia por la hepatopatía de base, por lo que se trata de un **hipercolesterolemia secundaria a dicha entidad** (respuesta 1 correcta).

El **colesterol se elimina** de los tejidos por medio de la lipoproteína de alta densidad (HDL) plasmática, y se transporta hacia el **hígado**, donde se elimina del organismo (respuesta 4 incorrecta).

En la **forma homocigota de la hipercolesterolemia familiar** es clave desde edades tempranas la presencia de xantomas y el desarrollo de **cardiopatía isquémica** que provoca manifestaciones antes de los 10 años de edad (respuesta 3 incorrecta).

Si fuese una **hipercolesterolemia familiar sin asociación a la colestasis** por hepatopatía deberíamos hacer un **test genético** (respuesta 2 incorrecta).

Pregunta (11976): (197) Varón de 30 años que presenta una insuficiencia respiratoria aguda grave que precisa de intubación orotraqueal a su llegada a urgencia y traslado a UCI para ventilación mecánica invasiva. Se realiza una radiografía de tórax compatible con un distrés respiratorio. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones se ajusta mejor al caso clínico?:

1. La causa más frecuente es infecciosa.
2. Durante los primeros siete días de evolución se produce normalmente la fase proliferativa.
3. Se caracteriza por un aumento de la distensibilidad del pulmón.
4. La relación entre la presión parcial de oxígeno y la fracción inspirada de oxígeno es superior a 300.

300896 URGENCIAS Fácil 67% Solución: 1

La **causa más frecuente del distrés respiratorio es la infecciosa** (respuesta 1 correcta) tanto en su forma primaria (infección pulmonar) o secundaria (daño pulmonar en el contexto de una inflamación sistémica como pudiera ser una sepsis). Otras causas de distrés primario son las contusiones pulmonares, inhalación gases tóxicos... y distrés secundario pueden ser las transfusiones sanguíneas, la reanimación con excesiva cantidad de líquidos...

La evolución clínica de la enfermedad es:

- **Fase aguda exudativa (primeros siete días)** (respuesta 2 incorrecta): congestión capilar, edema alveolar.
- Fase subaguda **proliferativa (segundos siete días)**: exudados fibrinosos, tromboembolismos.
- Fase fibrótica tardía: tejido de granulación con septos engrosados, fibrosis.

La afectación del alveolo en las fases iniciales y en los septos en las finales producen una **disminución significativa de la distensibilidad del pulmón** (respuesta 3 incorrecta).

Como criterio diagnóstico de distrés se precisa una hipoxemia definida por la relación entre la presión parcial de oxígeno (PaO₂) y la fracción inspiratoria de oxígeno (FiO₂). Hablamos de **distrés cuando la relación (PaO₂/FiO₂) es menor o igual a 300** (respuesta 4 incorrecta). Distrés leve PaO₂/FiO₂ 201 a 300, distrés moderado de 101 a 200 y grave o severo igual o menor de 100.

Pregunta (11977): (198) Mujer de 35 años, remitida a urgencias por traumatismo craneoencefálico por caída en patinete, sin pérdida de conciencia ni amnesia. En la exploración se trata de un traumatismo craneoencefálico cerrado con conmoción y cefalea leve sin presencia de náuseas y vómitos. La exploración neurológica es normal y presenta un índice de Glasgow de 15. Ante esta situación. ¿qué prueba de imagen está indicada en primer lugar?:

1. TC craneal sin contraste.
2. TC craneal con contraste.
3. Ninguna prueba de imagen.
4. Radiografía simple de cráneo.

300897 URGENCIAS Normal 62%

Solución: 3

Mujer de 35 años con **TCE leve (ECG 13-15)**. El **TC cerebral** es la herramienta idónea para el diagnóstico de enfermedad intracraneal, los **criterios para solicitarlo en TCE leve son:**

- Glasgow < 15 mantenido 2h después de la lesión.
- Sospecha de fractura abierta-hundimiento.
- Síntomas de fractura de base de cráneo.
- Vómitos (más de 2 veces tras la lesión).
- >65 años.
- Amnesia de más de 30 minutos.
- Mecanismo de alta energía.

Al no cumplir ningún criterio, podemos proceder sin **ningún apueba de imagen** (respuesta 3 correcta; respuestas 1, 2 y 4 incorrectas).

Pregunta (11978): (199) En relación con el soporte hemodinámico en pacientes con shock séptico, señale la respuesta INCORRECTA:

1. El control hemodinámico inmediato es fundamental para el pronóstico.
2. Deben administrarse fluidos (cristaloides) a razón de 30 ml/kg en la primera hora de atención.
3. Debe administrarse hidrocortisona si tras el primer litro de cristaloides no se ha logrado el control hemodinámico.
4. Debe iniciarse una perfusión con noradrenalina si tras la administración de fluidos no se logra control hemodinámico (tensión arterial media superior a 65 mmHg).

300898 URGENCIAS Fácil 82%

Solución: 3

El shock séptico es una emergencia médica por lo que es recomendable iniciar el tratamiento y la reanimación de forma inmediata. Podemos distinguir 3 secciones en el tratamiento: **hemodinámico, infeccioso y origen de la infección.**

- El **control hemodinámico inmediato es fundamental para el pronóstico** (respuesta 1 incorrecta).
- Fluidoterapia: se debe administrar un **bolo de 30 ml/kg de cristaloides intravenosos en la primera hora de atención** (respuesta 2 incorrecta) (NOTA: el término exacto en las guías es dentro de las primeras 3 horas).

- Se debe **lograr una tensión arterial media (TAM) > 65 mmHg.**
- Debe **iniciarse vasopresores (de elección la noradrenalina) si tras la administración de fluidos no se logra normalizar la tensión arterial** (respuesta 4 incorrecta).
- Debemos administrar **hidrocortisona intravenosa en pacientes con shock séptico y un requerimiento continuo de terapia vasopresora** (respuesta 3 correcta).
- El objetivo de la reanimación es **normalizar el lactato.**

Pregunta (11979): (200) Varón de 83 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus e insuficiencia cardiaca que acude a urgencias del centro de salud por un cuadro de disnea de reposo, ortopnea, disnea paroxística nocturna y edemas maleolares de 24 horas de evolución. A su llegada el ECG muestra una fibrilación auricular a 126 lpm y se objetiva TA 79/47 mmHg, SatO₂ 89 %, temperatura 36,7°C y frecuencia respiratoria 26 rpm. En la auscultación se aprecian crepitantes bibasales bilaterales. Se administra oxígeno con mascarilla Venturi al 50 %, furosemida 20 mg IV y morfina 2 mg IV. Se le va a trasladar al hospital en un soporte vital avanzado donde se administrará ventilación no invasiva con presión positiva continua en la vía aérea (CPAP). ¿Cuál es la razón por la que aplicaría la CPAP en este caso?:

1. Incrementa la capacidad residual funcional de sistema respiratorio.
2. Es especialmente eficaz en el paciente con hipotensión y alteraciones del ritmo cardíaco.
3. Produce un aumento de la presión intratorácica que aumenta la precarga cardíaca.
4. Ocasiona un aumento de la presión transmural del ventrículo izquierdo.

300899 URGENCIAS Difícil 19%

Solución: 1

La **CPAP mejora el intercambio gaseoso** porque produce un aumento del volumen pulmonar al final de la espiración logrando un **aumento de la capacidad residual funcional** y disminución del shunt (abre y mantiene abiertos alveolos que no estaban ventilados y sí perfundidos) (respuesta 1 correcta).

Los efectos cardiovasculares de la CPAP son importantes y todos ellos vienen derivados de un aumento de la presión intratorácica por el aumento del volumen de aire:

- El aumento de la presión intratorácica comprime directamente las cavidades más depresibles del corazón, que son las derechas, esto hace que no se puedan llenar adecuadamente y el volumen de sangre que finalmente llega al ventrículo izquierdo al final de la diástole (**precarga**) **esté disminuido** (respuesta 3 incorrecta).
- La disminución de la precarga ocasionará una disminución del gasto cardíaco por la ley de Frank-Starling. Pacientes de por sí **hipotensos o con alteraciones del ritmo cardíaco sufrirán aún más las consecuencias y su gasto cardíaco descenderá aún más** (respuesta 2 incorrecta).
- No todo es malo, el aumento de la presión intratorácica generará una **disminución de la presión transmural del VI (presión dentro de VI – presión fuera del VI)** por lo que se producirá una disminución de la postcarga y por lo tanto **un aumento del volumen sistólico** (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta (11980): (201) Señale de entre los siguientes aquel factor etiológico NO relacionado o implicado en la etiopatogenia de la miocardiopatía por estrés o síndrome de tako-tsubo:

1. Disfunción microvascular.
2. Mayor susceptibilidad de los receptores catecolaminérgicos en el miocardio.
3. Espasmo coronario.
4. Enfermedad coronaria obstructiva significativa.

300900 CARDIOLOGÍA Fácil 86%

Solución: 4

Aunque la fisiopatología de la **Miocardiopatía de Estrés** o Tako-tsubo es todavía desconocida, está claro que para considerarla **no puede existir enfermedad coronaria obstructiva** (respuesta 4 correcta). Es prácticamente criterio de exclusión porque se basa en pacientes con síntomas anginosos, disfunción ventricular, pero sin asociar enfermedad coronaria en el estudio. Se cree que es debido a una **disfunción microvascular por un espasmo coronario** en pacientes (habitualmente mujeres) con una **susceptibilidad a los receptores simpáticos** (respuestas 1, 2, 3 incorrectas) que generaría una hiperactividad muscular en un territorio con isquemia microvascular, pero realmente no existe certeza de la causa de esta enfermedad.

Pregunta (11981): (202) ¿Cuál de estos síntomas NO va a favor de un vértigo de origen central por lesión en el tronco cerebral?:

- 1. La presencia de hipoacusia y acúfenos acompañando al vértigo.
- 2. La aparición de diplopia acompañando al vértigo
- 3. La descripción del vértigo como una sensación de inestabilidad, siendo menos frecuente que sea un vértigo rotatorio
- 4. Que en la exploración se objetive un nistagmo vertical.

300901 NEUROLOGÍA Normal 60%
Solución: 1

La presencia de **hipoacusia** y **acúfenos** es sugestiva de un **vértigo de origen periférico**, no central (respuesta 1 correcta). La presencia de síntomas como **diplopía** o signos como un **nistagmus** vertical orientan a un vértigo central (respuestas 2 y 4 incorrectas). La descripción del vértigo como sensación de inestabilidad, mareo u oscilación (no rotatorio), orienta más a un origen central, sin ser del todo propio de este (respuesta 3 incorrecta).

Pregunta (11982): (203) La distrofia fascioescapulohumeral:

- 1. Se transmite con carácter autosómico recesivo.
- 2. Afecta más frecuentemente a mujeres.
- 3. Afecta al músculo pectoral mayor en estadios precoces.
- 4. Acorta significativamente la esperanza de vida.

300902 NEUROLOGÍA Difícil -11%
Solución: 3

La **distrofia facioescapulohumeral (FSHD)** es una enfermedad hereditaria **autosómica dominante** (respuesta 1 y 2 incorrectas) que **no afecta la esperanza de vida de la mayoría de los pacientes** (respuesta 4 incorrecta). Presenta una penetrancia variable, y solo en un 5% afecta a musculatura respiratoria. **Suele afectar de manera precoz a la cara y a la cintura escapular, sobre todo al trapecio, al latissimus dorsi y al pectoral mayor** (respuesta 3 correcta).

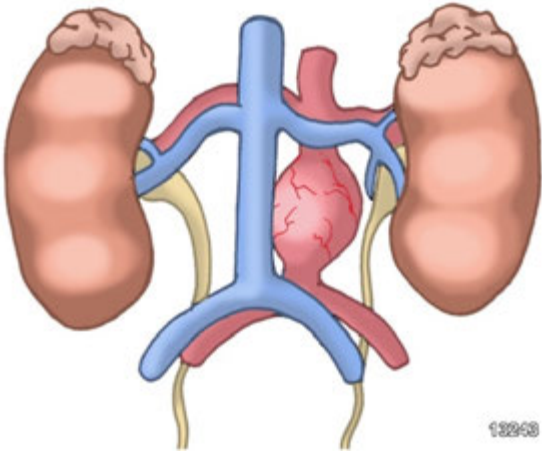
Pregunta (11983): (204) En relación con los aneurismas de aorta abdominal, señale la respuesta FALSA:

- 1. Está indicada su reparación quirúrgica cuando el diámetro aneurismático supera los 5-5,5 cm de diámetro.
- 2. Suelen ser asintomáticos y de diagnóstico casual en el transcurso de pruebas de imagen hechas por otros motivos.
- 3. La complicación más frecuente es la trombosis aneurismática.
- 4. En caso de rotura está indicado el tratamiento quirúrgico urgente mediante cirugía abierta o endovascular.

300903 C. VASCULAR Fácil 69%
Solución: 3

Los aneurismas de aorta abdominal tienen **indicación quirúrgica si son sintomáticos o si son asintomáticos y tienen un diámetro mayor de 55 mm** (respuesta 1 incorrecta). En general, **suelen ser asintomáticos** y se diagnostican tras objetivar una masa pulsátil abdominal o de forma incidental al realizar una ecografía abdominal o un TC por otros motivos (respuesta 2 incorrecta). Suelen verse con más frecuencia en varones mayores de 60 años, hipertensos y fumadores. **La complicación más frecuente es la rotura aneurismática** (respuesta 3 correcta). Todos los aneurismas tienen a crecer hasta que se rompen. Por ese motivo los intervenimos estando asintomáticos, para evitar la rotura.

En caso de rotura, está indicado el tratamiento quirúrgico que puede hacerse abierto o mediante implante de una endoprótesis, según las características clínicas y anatómicas del paciente (respuesta 4 incorrecta).

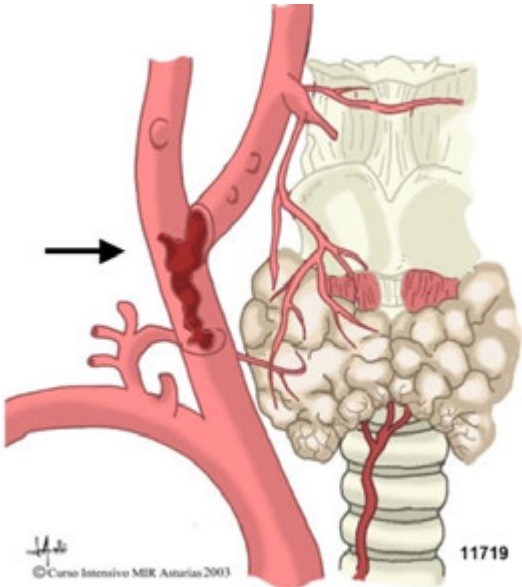


Pregunta (11984): (205) Varón de 61 años, fumador e hipertenso, que acude a urgencias por pérdida súbita de fuerza y sensación de hormigueo en la mano derecha de unos 15 minutos de duración, con recuperación posterior casi completa. ECG: ritmo sinusal a 93 lpm. En relación con el diagnóstico más probable, señale la respuesta FALSA:

- 1. Una causa probable es una embolia arterioarterial por desprendimiento de una placa carotídea.
- 2. El ecografía-doppler de troncos supraaórticos es poco útil para el diagnóstico.
- 3. Es necesario realizar una TC craneal para evaluar la repercusión sobre el parénquima cerebral.
- 4. El tratamiento quirúrgico está indicado si las pruebas de imagen revelan una estenosis carotídea >70%.

300904 C. VASCULAR Fácil 87%
Solución: 2

El paciente sufre un **ataque isquémico transitorio (AIT)**, probablemente por una **embolia originada en una placa carotídea** que se desprende (respuesta 1 incorrecta). En el estudio diagnóstico **está indicado realizar un eco-doppler de troncos supraaórticos** (respuesta 2 correcta), precisamente para valorar la presencia o no de estenosis a dicho nivel. Dada la clínica neurológica, **está indicado el escáner craneal** para evaluar el parénquima cerebral (respuesta 3 incorrecta). La **endarterectomía carotídea** está indicada en pacientes **sintomáticos** (con ACV o AIT) y **estenosis carotídea igual o mayor al 70%** (respuesta 4 incorrecta).



Pregunta (11985): (206) Ante un derrame pleural derecho con los siguientes parámetros: pH 7,49; proteínas en líquido pleural 3,8 g/dl; LDH en líquido pleural 360 UI/L; proteínas en suero 5,9 g/dl; LDH en suero 210 UI/L. Podemos afirmar que nos encontramos ante un:

1. Derrame pleural tipo trasudado, por tanto es necesario tratar la causa subyacente.

2. Derrame pleural tipo exudado, probablemente secundario a insuficiencia cardíaca.

3. Derrame pleural tipo exudado del que se debe investigar la causa.

4. Los valores medidos no son creíbles y se requiere la toma de una nueva muestra.

300905

NEUMOLOGÍA

Fácil

72%

Solución: 3

Los **criterios de Light** permiten diferenciar un trasudado de un exudado. Se considera **exudado** si cumple los siguientes datos:

- Proteínas >3 g/dL.
- LDH >200 UI/L.
- Cociente proteínas pleura/plasma >0,5.
- Cociente LDH pleura/plasma >0,6.

El enunciado muestra un líquido con proteínas 3,8 g/dL, LDH 360 UI/L y cocientes superiores a 0,5 y 0,6 para proteínas y LDH, respectivamente. Por tanto, **se trata de un exudado** (respuestas 1 y 4 incorrectas).

La insuficiencia cardiaca es la causa más frecuente de trasudado (no de exudado) (respuesta 2 incorrecta).

El trasudado no requiere un tratamiento específico (únicamente se debe tratar la causa subyacente que lo produce). Sin embargo, el exudado sí requiere un tratamiento concreto que, frecuentemente, pasa por el drenaje del mismo (siempre que sea de una cuantía suficiente como para realizar la técnica de forma segura, sin riesgo de neumotórax). **Resulta fundamental identificar la causa del exudado** para optimizar el tratamiento (respuesta 3 correcta).

Pregunta (11986): (207) En una crisis de asma bronquial, en la fase inicial la gasometría arterial suele mostrar:

1. pH y PaCO2 normales con descenso de la PaO2.

2. PaO2 normal con descenso de la PaCO2 y aumento del pH.

3. Disminución de la PaCO2 y la PaO2 con aumento del pH.

4. Aumento de la PaCO2 con descenso de la PaO2 y del pH.

300906

NEUMOLOGÍA

Normal

45%

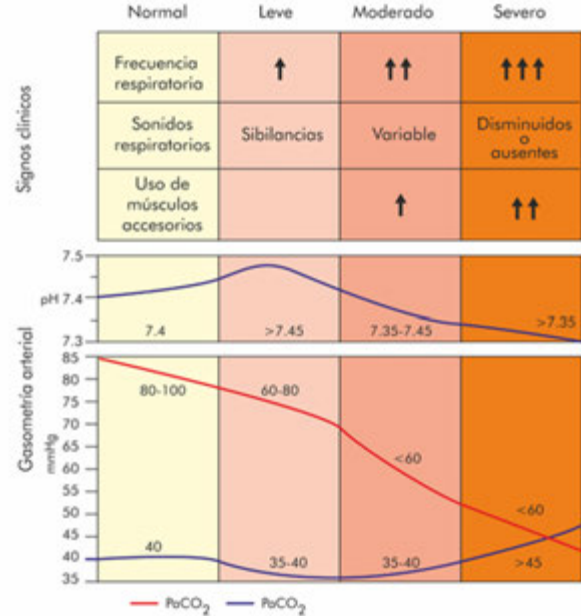
Solución: 2

En la fase más inicial de la crisis asmática, la hiperventilación consigue mantener unas **cifras normales de PaO2** en sangre. No obstante, la propia hiperventilación genera una mayor eliminación de CO2, de forma que **la PaCO2 desciende**. Como consecuencia de este proceso, **el valor del pH se eleva** (alcalosis respiratoria) (respuesta 2 correcta).

Posteriormente, se produce un mayor broncoespasmo que limita el intercambio de O2 (de forma que éste **empieza a descender**), a pesar de la hiperventilación (**manteniendo valores de PaCO2 bajos y pH elevado**) (respuesta 3 incorrecta).

Transcurridas más de 48 horas (**status asmático**), el paciente comienza a presentar un agotamiento que implica la aparición de una hipoventilación, con **aumento de la PaCO2, descenso de la PaO2 y descenso del pH** por acidosis mixta (respuesta 4 incorrecta).

En ninguna fase de la crisis asmática se apreciarán **valores de pH y PaCO2 normales con PaO2 bajo** (respuesta 1 incorrecta), puesto que la hipoxemia genera, como medida de compensación, una hiperventilación (que cursa con alteración de la presión de CO2 arterial y del pH).



Fases del asma según el grado de la obstrucción: leve, moderada y severa.

Pregunta (11987): (208) Varón de 53 años sin antecedentes de interés que tras un mal movimiento en el gimnasio nota un dolor lumbar que al pasar las horas se irradia hacia la pierna derecha por la parte posterior y llega al borde lateral del pie. Presenta en la exploración maniobra de Lasègue positiva a 40º, reflejo aquileo abolido y no se puede poner de puntillas. El diagnóstico etiológico más probable es:

1. Hernia discal L2-L3 derecha.

2. Hernia discal L3-L4 derecha.

3. Hernia discal L4-L5 derecha.

4. Hernia discal L5-S1 derecha.

300907

TRAUMATOLOGÍA

Fácil

84%

Solución: 4

Una hernia discal L5-S1 va a comprimir la raíz S1 (respuesta 4 correcta).

La compresión de la raíz S1 se caracteriza por:

- **Clínica inespecífica:**
 - Lumbalgia.
 - Irradiación al miembro inferior.
 - El dolor aumenta con las maniobras de valsalva.
 - Los test de **Lesègue**, Bragard y Valleix son positivos.
- **Clínica específica:**
 - **Irradiación por la cara posterior del miembro inferior, región aquilea y borde externo del pie.**
 - **Dificultad para realizar la flexión plantar del tobillo (no puede andar de punteras).**
 - **Abolición del reflejo aquileo.**

La **hernia discal L4-L5** comprime L5 y tiene como clínica específica: irradiación por la cara lateral del miembro inferior, dorso del pie y primer dedo del pie y dificultad para andar sobre los talones (respuesta 3 incorrecta).

Las **hernias discales L2-L3** (comprime la raíz L3) y **L3-L4** (comprime la raíz L4) son excepcionales (respuestas 1 y 2 incorrectas).



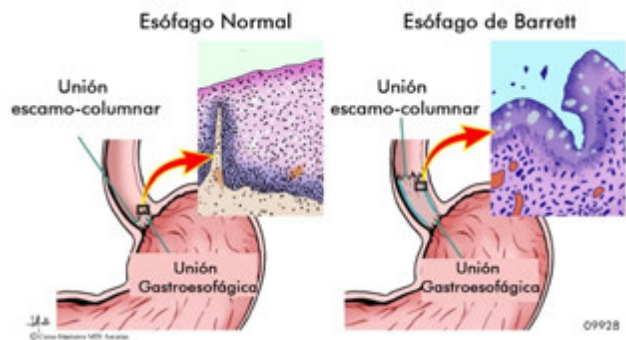
Pregunta (11988): (209) En la endoscopia oral de un paciente con pirosis de larga evolución se aprecia una mucosa rosada ascendente en llamas, sin erosiones ni úlceras. Se toman biopsias esofágicas que demuestran la presencia de epitelio metaplásico, con 3-4 eosinófilos por campo y sin displasia. El diagnóstico más probable es:

1. Esófago de Barrett.
2. Esofagitis eosinofílica.
3. Enfermedad por reflujo gastro-esofágico no erosiva.
4. Esofagitis grado B de Los Ángeles.

300908 DIGESTIVO Normal 64%

Solución: 1

En el caso de esta pregunta, nos dan un paciente con pirosis de larga evolución (por lo que sospechamos una ERGE), donde además en la endoscopia se ve una mucosa rosada ascendente en llamas (típica imagen de un Esófago de Barret, ya preguntada en el examen MIR 2016). La presencia en la biopsia de un epitelio metaplásico en la mucosa esofágica nos diagnostica un **Esófago de Barret** (respuesta 1 correcta, resto incorrectas).



Pregunta (11989): (210) Señale cuál de las siguientes **NO** es una manifestación usual de las metástasis leptomeníneas de los carcinomas:

1. Radiculopatía cervical.
2. Hemiparesia.
3. Neuropatía de pares craneales.
4. Encefalopatía por hidrocefalia.

300909 NEUROLOGÍA Difícil 16%

Solución: 2

Las **metástasis leptomeníneas** producen con frecuencia **afectación de los pares craneales y las raíces espinales** (respuestas 1 y 3 incorrectas), y pueden producir **hidrocefalia** (respuesta 4 incorrecta) por la alteración del LCR que produce la inflamación meníngea, pero es **poco frecuente que afecten al parénquima encefálico o medular** como para provocar una **hemiparesia** (respuesta 2 correcta).



Conceptos clave MIR 2021

1. La **presencia de granulomas y células gigantes multinucleadas** son propias de la reacción granulomatosa.
2. El **síndrome de Marfan** es una enfermedad autosómica dominante debida a un defecto de una proteína estructural -fibrilina- y que cursa con alteraciones esqueléticas con una estatura sorprendentemente alta (longilineo), oculares y del sistema cardiovascular (2MIR+).
3. La **asociación de ictericia, edad avanzada y lesión pancreática** debe hacer sospechar un adenocarcinoma de páncreas.
4. La **presencia de fibrosis y nódulos de regeneración** es la definición anatomopatológica de cirrosis hepática.
5. **Queratoacantoma**: carcinoma de células escamosas de rápido crecimiento e invasivo (puede doler) (2MIR+).
6. **Micosis fungoide**: linfoma no Hodgkin de células T. Histología diagnóstica (epidermotropismo de linfocitos atípicos con núcleos cerebriformes) en la fase infiltrativa (placas eritematosas infiltradas) (8MIR+).
7. **Divertículo de Meckel**: cuadro clínico con hemorragia digestiva + anemia en menor de 2 años. Prueba diagnóstica: Gammagrafía con Tc99 (4MIR+).
8. La **amiloidosis senil o por transtirretina** se diagnostica con gammagrafía 99mTC.
9. En el **diagnóstico inicial de ACG** los hallazgos radiológicos están presente al menos en el 70%.
10. **REM > 3 millones y al menos una trompa permeable**: Inseminación artificial.
11. **Pérdida de visión + venas dilatadas y hemorragias superficiales** = oclusión venosa (3MIR+).
12. El **tumor de seno piriforme** tiene una manifestación típica con odinofagia y con adenopatía laterocervical metastática.
13. La **hernia de hiato** se ve en la radiografía de tórax como una burbuja a nivel del mediastino.
14. **La radiografía de tórax más frecuente en el TEP es**: placa normal (o imagen triangular similar a condensación, en caso de infarto pulmonar). El diagnóstico de TEP se realiza mediante angio-TC de arterias pulmonares (6MIR+) (9MIR+).
15. **Hematoma subdural agudo**: semiluna hiperdensa, no cruza línea, cruza suturas (3MIR+).
16. **Absceso hepático**: dolor abdominal, fiebre, leucocitosis + lesión ocupante de espacio en el hígado.
17. Una **neoplasia antro pilórica** puede producir síntomas de obstrucción de la salida gástrica (vómitos y masa a nivel del píloro).
18. La **angina de Ludwig** es una celulitis del suelo de la boca generalmente de origen dentario, potencialmente mortal debido al riesgo de compromiso de la vía aérea (5MIR+).
19. El **linfoma cerebral primario** supone un 20% de los linfomas en los pacientes con SIDA. Imagen típica: masa con extensión en alas de mariposa a través del cuerpo calloso.
20. El **tratamiento de la IM aguda** es quirúrgico (3MIR+).
21. El **signo de Gottron** es característico de la dermatomiositis (4MIR+).
22. **Hipotensión y PVC alta asociado a IAM inferior** = IAM de Ventrículo derecho (4MIR+) (6MIR+).
23. **Disnea + Síncope + Ángor + Muerte Súbita en paciente con HVI** = M. Hipertrofica (12MIR+).
24. **Penetrancia incompleta**: habiendo heredado el genotipo no expresar el fenotipo (3MIR+).
25. **Hipopnea**: disminución del flujo aéreo comprendida entre un 30% y un 90% durante, al menos, 10 segundos, que suele llevar asociado microdespertares y un descenso de la saturación de O₂ >3%
26. El **factor VII** se encuentra en la vía extrínseca de la coagulación (la cual se valora con el TPT) (3MIR+).
27. **Toxicidad por etanol**: inhibición de la gluconeogénesis por elevado cociente NADH/NAD (2MIR+).
28. **Citrulina**: ciclo de la urea.
29. **Óxido nítrico**: vasodilatador, aumenta el filtrado glomerular (4MIR+).
30. **Despolarización de ondas lentas**: entrada y salida de cationes del interior de la célula muscular lisa.
31. **Hipoxia**: vasoconstricción pulmonar por el reflejo arterial alveolo-hipóxico (2MIR+).
32. **Flujo de corriente en la profundidad de la fibra muscular**: mayor que en la motoneurona.
33. La **IgG** es la UNICA inmunoglobulina capaz de atravesar la placenta (6MIR+).
34. Los **fármacos que inhiben los checkpoints del sistema inmune** potencian el funcionamiento del sistema inmune (2MIR+).
35. El **gen AIRE** se expresa en las células tímicas permitiendo la expresión de antígenos específicos de otros tejidos para que pueda tener lugar la selección negativa.

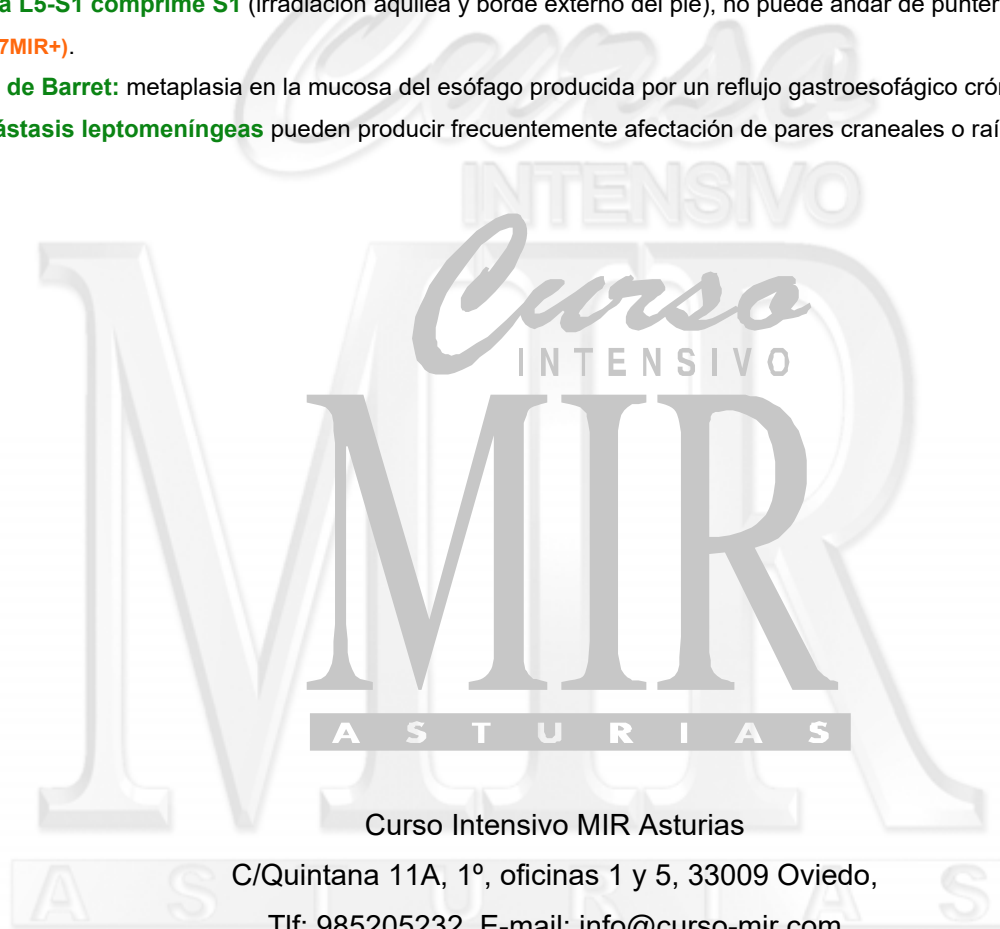
36. Los **interferones de tipo I** (alfa y beta) tiene efecto antiviral **(3MIR+)**.
37. Los **linfocitos T reguladores** suprimen las respuestas autoinmunes a través del CTLA-4 y de la IL10.
38. **Anafilaxia**: Tratamiento de elección es la Adrenalina. Prueba diagnóstica: Triptasa sérica **(6MIR+)**.
39. **Alergia a Anisakis simplex**: La recomendación dietética sería comer pescado ultracongelado comercialmente.
40. **Rinitis alérgica**: El único tratamiento etiológico es inmunoterapia específica (sublingual o subcutánea) durante mínimo 3 años.
41. Los **estudios ecológicos** son estudios observacionales que analizan grupos formados por criterios geográficos o temporales **(6MIR+)**.
42. **Legionella pneumophila** no produce contagio inter-humanos.
43. El **estimador combinado del metaanálisis** es una media ponderada de los resultados de los estudios analizados **(5MIR+)**.
44. **Especificidad**: capacidad de una prueba diagnóstica para obtener un verdadero negativo en pacientes sanos **(13MIR+)**.
45. Las **pérdidas de seguimiento** (sesgo de atrición) es un tipo de sesgo que puede haber en los ensayos clínicos.
46. **Número necesario para (NNT)**: se calcula como la inversa de la diferencia absoluta de incidencias entre grupos.
47. La **transmisión de los virus causantes de fiebres hemorrágicas** es directa por contacto y por gotas.
48. **Cohortes**: estudios observacionales, analíticos, longitudinales y prospectivos **(23MIR+)**.
49. Los **Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)** son la mejor medida de carga de enfermedad en una población **(2MIR+)**.
50. Los **ISGLT2** pueden disminuir la mortalidad cardiovascular **(2MIR+)**.
51. **Gastroparesia diabética**: tratamiento con procinéticos como la metoclopramida.
52. **Clozapina**: agranulocitosis **(3MIR+)**.
53. **Síndrome muscarínico**: hipersecreción mucosa, hipermotilidad gastrointestinal, miosis. Tratamiento: atropina +/- oximas **(4MIR+)**.
54. **Omeprazol**: profármaco.
55. **Efecto adverso de la metformina**: déficit de B12.
56. **Niños alérgicos a penicilinas**: macrólidos vía oral.
57. **Pupilas características de la muerte cerebral**: midriasis media areactiva.
58. **Factores de riesgo de delirium postoperatorio**: edad avanzada, deterioro cognitivo, déficits sensoriales, institucionalizados.
59. **ASA I**: paciente sano (sin alteraciones fisiológicas, físicas ni psicológicas).
60. **Le Fort 2**: Fractura con línea de fractura piramidal que alcanza el suelo y reborde orbitario, en la que el enoftalmos es una complicación típica **(4MIR+)**.
61. El **complejo areola-pezones** es inervado mayoritariamente por las ramas laterales de los nervios intercostales (T3-T4).
62. La **complicación más frecuente de los implantes mamarios** es el desarrollo de una cápsula periprotésica.
63. **Adenopatía preauricular en conjuntivitis vírica**, por clamidias y en Sd. oculoglandular.
64. **Disminución de visión con dolor ocular** en penumbra sospechar glaucoma por cierre angular.
65. **Disminución de visión + metamorfopsia** = maculopatía **(8MIR+)**.
66. El **VPPB** se caracteriza por vértigo giratorio desencadenado con ciertas posiciones de la cabeza (mirar hacia arriba o abajo, rotar en la posición de decúbito). El VPPB de conducto posterior se diagnostica con la maniobra de Dix-Hallpike, y el tratamiento por maniobras de liberación, como la de Epley **(6MIR+)**.
67. La **principal forma de presentación del carcinoma de cavum**, es la adenopatía cervical metastática, y se suele acompañar de otitis serosa **(8MIR+)**.
68. Para **descartar complicaciones intracraneales de una sinusitis aguda** se recomienda una RMN craneal con gadolinio.
69. **Cribado de preeclampsia en el 1T (4 Ps)**: presión arterial materna, pulsatilidad de arterias uterinas, PIGF y PAPPa.
70. **THS en paciente con útero**: estrógenos (oral, gel) y gestágenos (oral, intrauterino, subcutáneo).
71. **Cribado combinado del primer trimestre**: bioquímica (PAPPa y B-HCG) + ecografía (TN) + edad materna.
72. **Parto vaginal en pelviana**: nalgas puras o completas, peso < 4000 g, cabeza flexionada.
73. **Sangrado postmenopáusico + endometrio por ecografía >3 mm**: biopsia por aspiración **(13MIR+)**.
74. **Preeclampsia grave**: finalizar la gestación a partir de la semana 34+0 **(4MIR+)**.
75. **Durante la lactancia se recomiendan los métodos anticonceptivos hormonales sólo gestágenos** porque no interfieren con la producción de la leche **(2MIR+)**.
76. **BIRADS 3**: probablemente benigno, seguimiento por técnicas de imagen cada 6-12 meses hasta 2 años.
77. **Cribado del cáncer de cérvix**: inicio con 25 años (citología), test VPH 30-65 años y fin con 65 años.
78. **Herencia autosómica dominante, heterocigoto Aa**: 50% afectados en cada embarazo independientemente del sexo **(3MIR+)**.

79. **Infección VHS-1:** clínica más frecuente infección bucal. En lactantes y niños pequeños es muy frecuente la estomatitis herpética (2MIR+).
80. El **tratamiento de elección en bronquiolitis por VRS** es la oxigenoterapia (5MIR+).
81. **CIV:** Cardiopatía congénita más frecuente de tipo membranosa (4MIR+).
82. **EMH:** Déficit de surfactante que produce sdr. respiratorio severo en el RN (3MIR+).
83. **Fenilcetonuria; AR,** requiere dieta baja en fenilalanina para evitar daño neurológico (2MIR+).
84. **Distrofia miotónica de Steinert:** causada por expansión de tripletes CTG (8MIR+).
85. **Neuroblastoma:** tumor sólido extracraneal más frecuente en la infancia.
86. **Profilaxis para VRS:** Palivizumab im meses de invierno en niños de riesgo.
87. **SMSL:** Muerte súbita e inesperada de un niño de menos de un año de edad, que ocurre aparentemente durante el sueño y que permanece sin explicación.
88. **Meningitis bacteriana:** tratamiento con cefalosporina de 3ª generación (6MIR+).
89. **Enfermedad de Kawasaki:** vasculitis con fiebre más: adenopatía, lengua aframbuesada, afectación palmas y plantas con desca-
mación de dedos, inyección conjuntival bilateral (6MIR+).
90. **Tetralogía de Fallot:** CIV, Dextroposición aórtica, Estenosis pulmonar e Hipertrofia VD (6MIR+).
91. **Criterios DSM-5:** Para el diagnóstico de patologías psiquiátricas graves hay que descartar organicidad.
92. **Enfermedad de Alzheimer:** La alteración principal es el **trastorno de memoria**, que suele ser la manifestación inicial. Cambios
en el humor. Sd. afasia-apraxia-agnosia. En fases avanzadas puede aparecer clínica psicótica.
93. **Tratamiento abstinencia alcohólica:** Benzodiacepinas de vida media larga. También son útiles Tiapride y Clometiazol (3MIR+).
94. **Reacción de duelo:** Reacción ante la pérdida de una persona querida. Generalmente no precisa tratamiento farmacológico.
95. **Trastorno de pánico (T. de angustia):** Aparición de crisis de angustia recidivantes e inesperadas (al menos 2), no asociadas a
situaciones o circunstancias particulares (8MIR+).
96. **Suicidio:** Más frecuente en varones mayores de 55-60 años. 95% de los pacientes que se suicidan tienen un trastorno mental
(sobre todo T. afectivos) (8MIR+).
97. **Tratamiento manía:** litio / valproato +/- antipsicóticos atípicos. TEC en casos resistentes/graves.
98. **Estimulación magnética transcraneal (EMT):** Indicada en la depresión mayor resistente al tratamiento farmacológico.
99. **Depresión secundaria:** Enfermedad de Parkinson e hipotiroidismo. Tóxicos.
100. **Afasia Wernicke:** fluente con parafasias, comprensión y repetición conservadas (2MIR+).
101. **Histopatología de la enfermedad de parkinson:** acúmulos de alfa-sinucleína.
102. **Crisis complejas del lóbulo temporal:** sensaciones epigástricas, miedo, deja vú, automatismos, desconexión del medio sin pér-
dida de conciencia (6MIR+).
103. **Tratamiento preventivo para cefalea en racimos:** corticoides y verapamilo (4MIR+).
104. La **lesión del facial** no produce hipoestesia (3MIR+).
105. **Cadasil:** enfermedad AD con mutación NOTCH 3.
106. **Evitar punciones lumbares** si hay hipertensión intracraneal.
107. **Hidrocefalia:** complicación tardía de la HSA, con curso progresivo (3MIR+).
108. La **hipercapnia y la acidosis** aumentan el flujo sanguíneo cerebral (2MIR+).
109. Las **benzodiacepinas** se relacionan con una mayor duración de la ventilación mecánica.
110. La **localización más frecuente del osteosarcoma** es la metáfisis distal del fémur (5MIR+).
111. El **síndrome del túnel carpiano** produce parestesias en 1,2,3 y mitad de 4º dedos sobre todo por las noches (5MIR+).
112. La **principal causa de dolor lumbar por debajo de los 70 años** es la lumbalgia/lumbociatalgia.
113. El **tratamiento inicial de la cervico-braquialgia** es conservador.
114. El **tratamiento inicial de la rotura del ligamento cruzado anterior** es conservador (7MIR+).
115. Los **síndromes compartimentales** se diagnostican por medición de la presión en el compartimento.
116. El **tratamiento de elección de la fractura de cadera en sujetos ańosos** es la prótesis parcial de cadera (2MIR+).
117. Las **fracturas de epitroclea** se producen por una valgo forzado o una luxación. Puede lesionarse el nervio cubital.
118. El **test de Thessaly** indica una lesión meniscal.
119. El **tratamiento de elección de la escoliosis de 20 a 50º** son los corsés (3MIR+).
120. La **fascitis plantar** produce dolor en la zona del talón, y además puede asociar espolón calcáneo.

121. La **vitamina D en monoterapia** NO es eficaz en la reducción de las fracturas de cadera en personas mayores no institucionalizadas.
122. **Paciente anciano con soplo sistólico en foco aórtico** = 1ª sospecha Estenosis Aórtica (9MIR+).
123. **Tratamiento de elección de QT largo congénito** = betabloqueantes (4MIR+).
124. **BAV completo + FA** = marcapasos VVI.
125. **Frenadores del NAV como betabloqueantes/Antagonistas del calcio/Digoxina** = contraindicados en FA + WPW.
126. En caso de **confirmación bioquímica de hiperaldosteronismo** hay que usar el TAC o RMN en búsqueda del adenoma suprarrenal.
127. **Medida más eficaz en prevención secundaria** = abandono de tabaco.
128. **Tratamiento crónica de IC con FEVI reducida**: IECA/ARNI + BB + AntiALD + iSGLT2.
129. **Aneurisma de aorta torácica descendente**: si > 55 mm, endoprótesis (TEVAR) (5MIR+).
130. **Isquemia aguda de MMII**: si déficit parcial motor y de sensibilidad, cirugía urgente (tromboembolotomía con Fogarty) (4MIR+).
131. **Neumotórax**: disnea, dolor torácico de características pleuríticas, disminución o abolición de vibraciones vocales y timpanismo a la percusión.
132. La **acidosis respiratoria** cursa con pH < 7,35 y PCO₂ >45 mmHg. Se debe a hipoventilación. Se compensa mediante el aumento del bicarbonato (acidosis respiratoria crónica) (6MIR+).
133. **Síndrome de agudización de la EPOC**: Prednisona oral 5 días en agudizaciones moderadas, 14 días en graves y por vía intravenosa en muy graves.
134. Ante un caso **leve de apnea obstructiva del sueño** (Epworth < 10) el tratamiento será higiénico-dietético (2MIR+).
135. **Fibrosis Pulmonar Intersticial**: quistes y aplanamiento en bases pulmonares y periferia (9MIR+).
136. Ante una **sospecha de afectación pulmonar relacionada con la exposición al asbesto**, se debe analizar el líquido pleural mediante toracentesis o toroscopia con visión directa y toma de biopsia.
137. Antes de plantear el **tratamiento del cáncer hepatocelular** necesitamos realizar un estudio de extensión.
138. El **espasmo esofágico distal** puede cursar con actividad vigorosa y ausencia de peristalsis en el cuerpo esofágico con EEI normal.
139. **Íleo biliar**: niveles hidroaéreos + cálculo en FID + aerobilia (5MIR+).
140. La **herida quirúrgica de una enterotomía por una obstrucción intestinal** es una herida contaminada.
141. **Clínica de un absceso**: dolor + masa + fiebre en picos (2MIR+).
142. El **tratamiento del bocio tóxico de la enfermedad de Graves** es la cirugía si se rechaza el radioyodo o hay recidiva tras tratamiento médico.
143. En **pacientes con diverticulitis** que provoque una obstrucción intestinal es indicación de realizar una sigmoidectomía electiva.
144. **Tratamiento adyuvante**: dirigido a aumentar la supervivencia libre de enfermedad y la supervivencia global.
145. La **esplenectomía** no tiene indicación de vacunación frente al tétanos (3MIR+).
146. El **VIPoma** cursa con diarrea, hipopotasemia y rubicundez facial (2MIR+).
147. La **calprotectina fecal** se eleva en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal y sus niveles tienen correlación con la actividad de la enfermedad.
148. En la **ecografía de la ERC** es habitual la pérdida de la diferenciación corticomedular renal.
149. En la **ERC** el FG < 15 ml/min supone estadio V y la necesidad de considerar tratamiento renal sustitutivo (3MIR+).
150. La **presencia de FRA + rash tras el consumo reciente de un fármaco** debe hacernos pensar en una nefritis intersticial aguda (14MIR+).
151. La **nefropatía IgA** cursa con episodios de hematuria tras infecciones banales, con breve periodo de latencia (11MIR+).
152. La **hematuria recurrente en edades precoces** asociado a sordera neurosensorial, lenticono y antecedentes familiares de ERC debe hacernos pensar en síndrome de Alport (4MIR+).
153. El **SHU atípico** se caracteriza por uremia, paquetopenia y anemia con esquistocitos pero sin antecedente de diarrea enterohemorrágica.
154. La **intensidad del dolor** se correlaciona con la velocidad de distensión secundaria a una obstrucción urinaria.
155. **Frecuencia de complicaciones metabólicas en cáncer**: hiperCa (10-30%), hiperNa (3-5%), hiperU e hiperP (< 1%).
156. **Compresión medular**: dolor, paraparesia e hiposensibilidad distal al segmento comprimido, dx (RM), tratamiento: dexametasona, radioterapia +/- cirugía (3MIR).

157. **Carcinoma adenoide quístico de paladar duro T4aN0M0:** cirugía y radioterapia.
158. **Braquiterapia,** indicada en cáncer de próstata I-II. Cervix IB3/IIA2/IIB/III/IVA, endometrio IB G2, mama con margen próximo.
159. La **trombocitopenia** es la principal complicación no hemorrágica del uso de heparinas **(5MIR+)**.
160. La **PPT** cursa con anemia hemolítica de causa vascular con la presencia de esquistocitos, coombs – **(10MIR+)**.
161. El **linfoma del manto** se acompaña de la traslocación 11;14, y alteraciones de la ciclina D1 o CCND1 **(2MIR+)**.
162. **Escala clínica de fragilidad (Clinical Frailty Scale) (CFS):** Se basa en el juicio clínico del profesional sanitario y es la más subjetiva.
163. **Sarcopenia:** Se caracteriza por pérdida de la masa y la fuerza de la musculatura esquelética.
164. **Incontinencia urinaria de urgencia:** Iniciar medidas higiénicas miccionales con terapia conductual vesical.
165. **Delirium (síndrome confusional):** Descartar factores precipitantes (impactación fecal).
166. **Criterio STOPP:** Necesidad de suspender prescripciones potencialmente inadecuadas.
167. **Programas de valoración geriátrica integral:** Intervención intensa de forma continuada.
168. **Dos determinaciones basales de glucemia por encima de 126 mg/dl** es diagnóstico de diabetes mellitus **(2MIR+)**.
169. Las **neoplasias endocrinas múltiples tipo 2A y 2B** cursan con feocromocitoma **(7MIR+)**.
170. La **corrección de la hiponatremia** debe ser lenta para evitar la mielinosis central pontina **(2MIR+)**.
171. Para el **diagnóstico de insuficiencia suprarrenal primaria** es necesaria la realización del test de estímulo con ACTH **(5MIR+)**.
172. El **síndrome de Klinefelter** es un hipogonadismo hipergonadotrópico **(2MIR+)**.
173. La **agranulocitosis** es un efecto grave del tratamiento con tionamidas **(2MIR+)**.
174. El **zóster oftálmico** aparece en la zona de inervación de la primera rama del trigémino (n. oftálmico), que incluye el ala nasal, y es el que más complicaciones presenta.
175. La **rifampicina** es un **potente inductor enzimático de microsomas hepáticos (P450)**. Puede interferir con otros fármacos al inducir su metabolismo, y por tanto disminuye los efectos de: anticoagulantes orales, anticonceptivos orales, antidepresivos tricíclicos, antidiabéticos orales, benzodiazepinas, esteroides, ciclosporina, digitoxina, metadona, inhibidores de proteasa de VIH, teofilina... **(8MIR+)**
176. En un **paciente ingresado por neumonía bilateral por SARS-CoV2**, que requiere escalada a oxigenoterapia de alto flujo está indicado añadir tocilizumab al tratamiento.
177. El **tratamiento de las formas cutáneas de leishmanias** son los antimoniales pentavalentes como el antimonio de meglumina.
178. La **Enfermedad de Chagas** cursa con una fase aguda, y otra crónica en la que aparece miocardiopatía y afectación gastrointestinal (megacolon y megaesófago).
179. El **metronidazol se utiliza como anti-anaerobio de infecciones infradiafragmáticas**, pero en abscesos pulmonares se utiliza en combinación con otro antibiótico por alta tasa de fracaso terapéutico **(3MIR+)**.
180. Ante la **presencia de anemia en una paciente con LES** solicitar test de Coombs **(9MIR+)**.
181. En la **granulomatosis con poliangeitis existe afectación ORL**, pulmonar y renal **(20MIR+)**.
182. La **crioglobulinemia** es un signo de mal pronóstico en el Síndrome de Sjögren.
183. EL **SAF** se caracteriza por trombosis arteriales y venosas con elevación del TTPA **(11MIR+)**.
184. En la **PMR** hay dolor de cintura escapular y pelviana. El tratamiento se realiza con corticoides **(4MIR+)**.
185. **Asistencia compartida:** No es a demanda, ya que va dirigida a todos los pacientes del servicio.
186. **Obligación moral de actuar en beneficio de los demás:** Principio de beneficencia.
187. **Dolor neuropático, tratamiento:** opioide + coadyuvante: gabapentina y nortriptilina.
188. **Síntomas en enfermedad terminal:** intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
189. **En caso de muerte violenta**, no se debe cumplimentar el certificado de defunción; avisar de inmediato al médico forense.
190. **Heridas con intención autolítica:** Son heridas lineales con disposición paralela y diferente profundidad, en zonas accesibles.
191. La **hipercolesterolemia poligénica** es la hipercolesterolemia primaria más frecuente.
192. Si **no hay cambio de tratamiento** y hay **buen control la determinación de hemoglobina glicosilada** se hará cada 6 meses.
193. El **cribado de hipertensión arterial en mayores de 40 años** se recomienda de manera anual.
194. El **galope es la presencia de S3-S4** y no es imprescindible su presencia en pacientes con síndrome cardiorrenal.
195. La **enfermedad renal crónica** se estatifica según el FG y la albuminuria.
196. En la **cirrosis biliar primaria** es frecuente el prurito y la hipercolesterolemia.
197. **Causa más frecuente de distrés respiratorio:** infecciosa.

198. En un **TCE leve (ECG 13-15) sin signos de riesgo** NO es necesaria ninguna prueba de imagen **(2MIR+)**.
199. **Shock séptico, soporte hemodinámico:** lograr TAM>65mmHg con bolo de cristaloides y si no con noradrenalina.
200. La **CPAP** produce un aumento de la capacidad residual funcional **(2MIR+)**.
201. **Miocardopatía de estrés o Tako-Tsubo** = Arterias coronarias sin lesiones obstructivas.
202. La **presencia de síntomas** como **diplopía** o un **nistagmus** vertical orientan a un vértigo central.
203. La **distrofia facioescapulohumeral (FSHD)** es una enfermedad hereditaria AD que afecta a la musculatura facial y cintura escapular en fases precoces **(3MIR+)**.
204. **AAA:** la rotura es la complicación más frecuente. Asintomáticos se intervienen si diámetro > 55 mm **(2MIR+)**.
205. **AIT:** hacer eco-doppler carotídeo. Si estenosis > 70%, indicada la endarterectomía **(4MIR+)**.
206. **Exudado:** Proteínas >3 g/dL, LDH > 200 UI/L, cociente proteínas pleura/plasma >0,5 y cociente LDH pleura/plasma >0,6.
207. **Crisis aguda asmática:** PaO2 normal con PaCO2 bajo y pH elevado (alcalosis respiratoria) **(6MIR+)**.
208. **La hernia L5-S1 comprime S1** (irradiación aquilea y borde externo del pie), no puede andar de punteras, abolición del reflejo aquileo **(7MIR+)**.
209. **Esófago de Barret:** metaplasia en la mucosa del esófago producida por un reflujo gastroesofágico crónico.
210. Las **metástasis leptomenígeas** pueden producir frecuentemente afectación de pares craneales o raíces espinales.



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