



PRUEBAS SELECTIVAS MIR 2019

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

- Escriba con BOLIGRAFO sobre superficie dura y lisa.
- NO utilice lápiz, rotulador o pluma de tinta que se pueda borrar.
- Indique la respuesta que crea correcta en forma claramente legible, utilizando las cifras 1, 2, 3, o 4.
- Las equivocaciones deben subsanarse tachando íntegramente la respuesta errónea, sin que ésta quede visible, y escribiendo al lado la respuesta elegida.
- 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
1	3	2	4	1	2	1	4	3	A

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

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

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

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

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

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

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

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

181	182	183	184	185
4	2	3	1	4

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

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

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

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

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

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

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

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

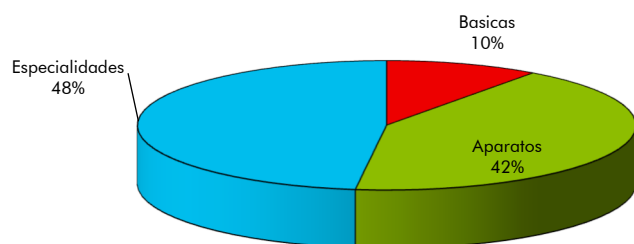
171	172	173	174	175	176	177	178	179	180
1	1	2	A	1	2	3	4	3	1

SELLO DE LA MESA DE EXAMEN

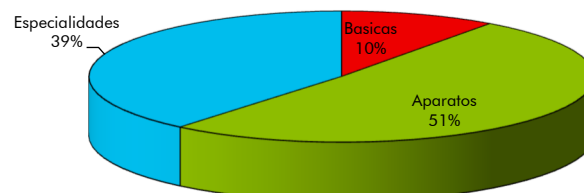
A		Pregunta anulada en el MIR oficial
(A)		Pregunta <u>no</u> anulada en el MIR oficial, pero anulada para el curso, por haber quedado obsoleta o no válida.

DISTRIBUCIÓN DE ASIGNATURAS

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



MIR 2019



Media de preguntas en el MIR 90 a 19

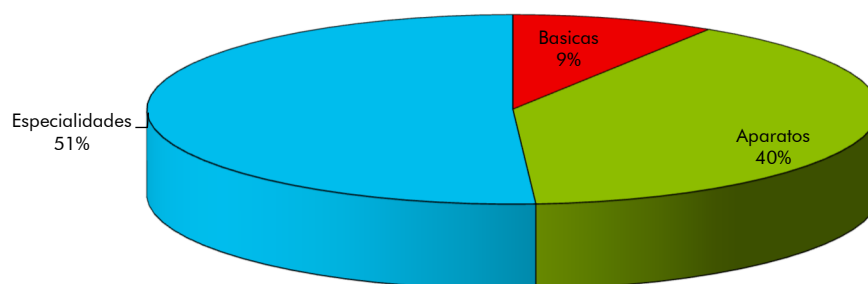
Figura 1. Distribución de preguntas por bloques de asignaturas en el examen MIR 2019

PREGUNTAS REPETIDAS POR ASIGNATURAS

ASIGNATURA	Número	Código de Pregunta	Código de Pregunta años anteriores
1. Medicina Preventiva	6	11439 (21 MIR) 11440 (3 MIR) 11441 (3 MIR) 11443 (8 MIR) 11446 (3 MIR) 11563 (2 MIR)	11295, 1150, 10416, 9943, 9708, 9473, 9239, 9244, 9005, 9013, 8476, 8219, 7954, 7696, 7177, 7178, 6696, 6410, 3805, 3563 4327, 527 5881, 4591 10415, 9945, 7700, 5630, 4879, 3562, 1743 10195, 9253 11380
2. Digestivo y C. General	7	11425 (5 MIR) 11431 (4 MIR) 11506 (3 MIR) 11539 (2 MIR) 11540 (8 MIR) 11541 (4 MIR) 11591 (4 MIR)	11015, 9061, 7780, 4439 8035, 6216, 3306 4122, 3605 8237 11226, 10448, 9741, 9500, 8940, 8785, 8155 9098, 5429, 1879 10076, 9767, 8772
3. Infecciosas y Microbiología	2	11518 (5 MIR) 11518 (6 MIR)	11233, 8925, 5017, 1823 11233, 10455, 8407, 7757, 6781
4. Cardiología y C. Cardíaca	8	11436 (3 MIR) 11502 (7 MIR) 11503 (7 MIR) 11503 (9 MIR) 11504 (3 MIR) 11561 (6 MIR) 11565 (2 MIR) 11588 (6 MIR)	10462, 8587 9850, 9574, 6760, 5706, 4427, 4163 10528, 9580, 7491, 5659, 5201, 4949 11402, 11010, 10767, 10070, 7523, 7266, 5659, 1078 11180, 8831 8638, 7600, 5246, 4983, 4729 9849 9887, 9102, 9152, 7983, 4675
5. Neumología y C. Torácica	6	11423 (5 MIR) 11424 (25 MIR) 11524 (13 MIR) 11525 (2 MIR) 11527 (6 MIR) 11542 (17 MIR)	9774, 4409, 4153, 3007 10960, 10612, 10349, 9869, 9743, 9353, 9077, 8883, 8103, 7006, 7065, 6747, 6223, 5965, 5580, 4643, 4410, 4625, 4270, 3039, 1836, 1487, 600, 488 10575, 10137, 9593, 8329, 7805, 7545, 7008, 5446, 3888, 3630, 2808, 593 5280 10295, 10132, 9814, 9352, 7801 10935, 10114, 9821, 9641, 9118, 8588, 8069, 7885, 6045, 5444, 5189, 4934, 3897, 3629, 2520, 1403
6. Pediatría	6	11485 (7 MIR) 11486 (8 MIR) 11489 (4 MIR) 11490 (8 MIR) 11491 (4 MIR) 11492 (3 MIR)	10953, 7338, 5813, 5667, 1342, 1215 10459, 8985, 8205, 6903, 6375, 2618, 847 11353, 9667, 8201 11024, 10516, 8283, 6319, 6178, 5721, 5421 10546, 4384, 4070 11266, 9828
7. Nefrología	2	11429 (4 MIR) 11523 (9 MIR)	11099, 5565, 2951 11083, 10123, 9398, 7855, 6785, 5561, 4238, 3732
8. Neurología y Neurocirugía	4	11430 (11 MIR) 11529 (3 MIR) 11544 (12 MIR) 11579 (2 MIR)	9834, 8600, 7815, 7033, 4790, 3977, 3453, 2523, 2218, 611 10151, 7552 10308, 10149, 8339, 7819, 7038, 6265, 6007, 4231, 3272, 1209, 876 8855
9. Endocrino y C. Endocrina	3	11487 (2 MIR) 11488 (2 MIR) 11510 (4 MIR)	10882 4186 3191, 2721, 871
10. Ginecología y Obstetricia	4	11469 (2 MIR) 11471 (2 MIR) 11473 (2 MIR) 11475 (6 MIR)	11185 7665 11041 9683, 8190, 7144, 6414, 5137
11. Reumatología	3	11434 (19 MIR) 11566 (7 MIR) 11567 (2 MIR)	11370, 8881, 8617, 8105, 7845, 7585, 6843, 6168, 5812, 5450, 5257, 5264, 4196, 3671, 3433, 2855, 1527, 1195 10312, 9600, 8388, 7869, 7609, 3411 4470
12. Hematología	3	11514 (4 MIR) 11515 (5 MIR) 11516 (12 MIR)	10019, 6572, 3244 7878, 7089, 6825, 5290 10107, 9862, 9746, 8650, 7872, 7612, 6179, 5666, 4504, 864, 444
13. Psiquiatría	7	11494 (12 MIR) 11495 (4 MIR) 11497 (2 MIR) 11498 (12 MIR) 11499 (2 MIR) 11552 (8 MIR) 11553 (12 MIR)	11553, 11363, 11122, 9931, 9686, 9125, 8599, 8703, 6864, 6365, 4770 6870, 6368, 96 8760 10889, 10384, 9728, 8960, 8699, 8175, 7915, 5329, 5065, 1256, 317 3895 11333, 10148, 9608, 9361, 9443, 8078, 6770 11494, 11363, 11122, 9931, 9686, 9125, 8599, 8703, 6864, 6365, 4770

ASIGNATURA	Número	Código de Pregunta	Código de Pregunta años anteriores
14. Traumatología	10	11426 (2 MIR) 11432 (2 MIR) 11500 (2 MIR) 11532 (4 MIR) 11546 (7 MIR) 11547 (5 MIR) 11548 (2 MIR) 11549 (9 MIR) 11550 (5 MIR) 11551 (2 MIR)	11372 1605 5416 8364, 7752, 2036 9319, 7328, 5524, 5251, 3009, 2252 10736, 10609, 8363, 7321 7592 10158, 9789, 8887, 8624, 7235, 5656, 1971, 743 10159, 9843, 8856, 8341 10699
15. Anatomía Patológica	2	11411 (4 MIR) 11412 (3 MIR)	10944, 10540, 10084 9124, 4474
16. Dermatología	3	11414 (9 MIR) 11415 (2 MIR) 11458 (2 MIR)	7377, 7239, 6183, 5569, 2658, 2505, 2038, 837 11248 8683
17. Otorrinolaringología	1	11483 (2 MIR)	9201
18. Farmacología	2	11449 (2 MIR) 11450 (3 MIR)	1500 10939, 10443
19. Genética	3	11453 (7 MIR) 11477 (7 MIR) 11454 (9 MIR)	11477, 11227, 10752, 10513, 9545, 7292 11453, 11227, 10752, 10513, 9545, 7292 10750, 10883, 9464, 8199, 566, 676, 276, 58
20. Oncología	2	11480 (5 MIR) 11481 (2 MIR)	8899, 8639, 7866, 7346 339
21. C. Vascular	1	11535 (2 MIR)	990
22. C. Maxilofacial	2	11463 (4 MIR) 11589 (5 MIR)	8170, 7909, 3461 11062, 9694, 9433, 9187
23. Urgencias	4	11460 (3 MIR) 11580 (3 MIR) 11581 (2 MIR) 11582 (2 MIR)	11580, 7793 11460, 7793 10532 11399
24. Anestesiología	1	11461 (2 MIR)	9902
25. Bioética	1	11462 (2 MIR)	11134
26. Fisiología	1	11452 (3 MIR)	5156, 1710

Total de preguntas repetidas: 92

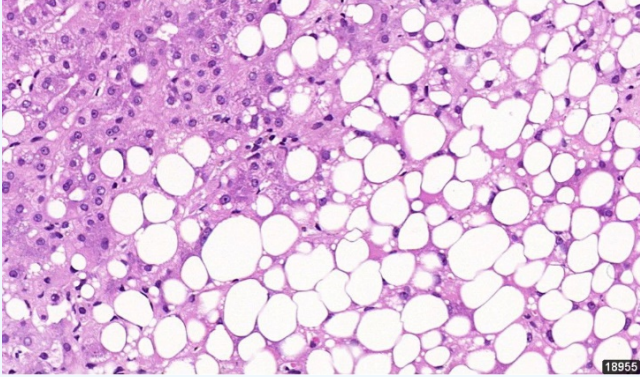


MIR 2019

Figura 2. Distribución de preguntas repetidas por asignaturas en el examen MIR 2019

PREGUNTAS COMENTADAS

Pregunta 11410: (1) Pregunta vinculada a la imagen nº1. Mujer de 40 años con obesidad mórbida, que se somete a cirugía bariátrica. Durante la intervención quirúrgica se realiza también una biopsia hepática. ¿Qué tipo de lesión histológica observamos?:



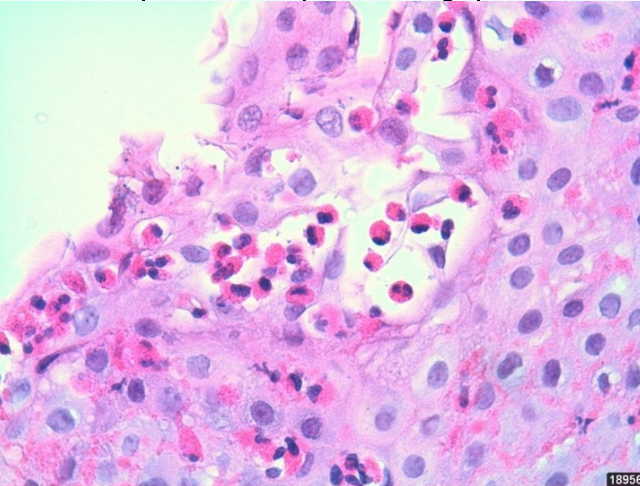
1. Esteatosis.
2. Esteatohepatitis.
3. Cirrosis.
4. Hepatitis crónica.

300300 ANATOMÍA PATOLÓGICA Fácil 91% 18955

Solución: 1

El contexto clínico ayuda un poco a orientar el diagnóstico ya que nos dice que la paciente es obesa y la obesidad suele cursar con algún grado de esteatosis hepática y sobre todo nos descarta un origen alcohólico y/o infeccioso que en caso de presentarse podríamos pensar en una esteatohepatitis. La imagen presenta esteatosis hepática de gota gruesa predominante y aun cuando en un principio parece observarse la presencia de un ligero componente inflamatorio en la interfase con el parénquima hepático mejor conservado MIR no le ha dado mayor trascendencia y se ha centrado el patrón de esteatosis predominante.

Pregunta 11411: (2) Pregunta vinculada a la imagen nº2. Hombre de 20 años con antecedentes de asma, que consulta por disfagia e impactación alimentaria. Se le realiza una endoscopia digestiva alta con toma de biopsias esofágicas. ¿Con qué diagnóstico es compatible esta biopsia de esófago proximal?:



1. Esofagitis por reflujo.
2. Esófago de Barrett.
3. Esofagitis eosinofílica.
4. Esofagitis por Cándida.

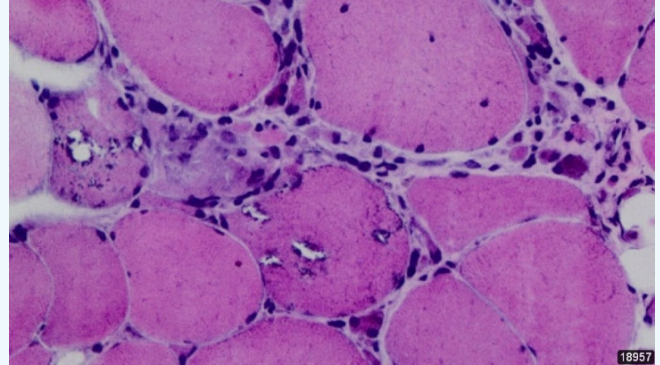
300301 ANATOMÍA PATOLÓGICA Fácil 98% 18956

Solución: 3

Es de observar, como en la pregunta anterior que el contexto clínico algo ayuda, no nos habla de reflujo gástrico, que haría pensar en un Barrett (*respuesta 2 incorrecta*) o en una esofagitis por reflujo (*respuesta 1 incorrecta*) que también cursa con eosinófilos en el epitelio de revestimiento, tampoco no habla de una imagen endoscópica con placas blanquecinas o un antecedente de tratamiento quimioterápico, radioterápico o algún tipo de inmunodeficiencia que nos haría pensar en una candidiasis (*respuesta 4 incorrecta*). La presencia en la descripción de una

historia de asma/procesos alérgicos junto con los abundantes eosinófilos de la imagen que forman microabscesos son indicativos de esofagitis eosinofílica (*respuesta 3 correcta*).

Pregunta 11412: (3) Pregunta vinculada a la imagen nº3. Hombre de 67 años con debilidad muscular proximal de extremidades inferiores de 9 meses de evolución. No refiere ingesta de fármacos ni antecedentes familiares de enfermedades neuromusculares. En la exploración física se observa debilidad muscular asimétrica de ambos cuádriceps (3/5 izquierdo, 4/5 derecho) y de los músculos flexores de los dedos de ambas manos. En la analítica destaca una CK de 750 UI/L (valor normal <150 UI/L). Se realiza una biopsia del músculo cuádriceps derecho. Marque la opción correcta:



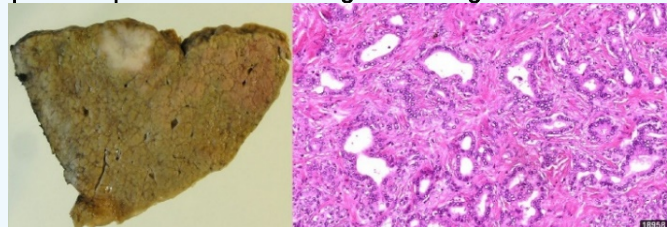
1. Infiltrado inflamatorio perimisial, ragged-red fibers (fibras rojo-rotas) y atrofia perifascicular: Dermatomiositis.
2. Infiltrado inflamatorio endomisial y vacuolas ribeteadas: Miositis con cuerpos de inclusión.
3. Necrosis coagulativa, inclusiones lipídicas y regeneración de fibras musculares: Miopatía necrosante autoinmune.
4. Atrofia de fibras tipo II, infiltrado inflamatorio endomisial y regeneración de fibras musculares: Distrofia miotónica de Steinert.

300302 ANATOMÍA PATOLÓGICA Normal 48% 18957

Solución: 2

La miositis por cuerpos de inclusión comienza con una afectación de los músculos distales y de carácter asimétrico (indicado en el enunciado de la pregunta). El hallazgo de vacuolas bien delimitadas en el interior de los miocitos (zona central de la imagen) junto con depósitos de amiloide (ausentes en la imagen) son característicos de esta entidad (*respuesta 2 correcta*). En el caso de la miositis secundaria a la dermatomiositis, la afectación es típicamente proximal (*respuesta 1 incorrecta*). En la imagen no se observa una necrosis de coagulación ni inclusiones lipoides evidentes (*respuesta 3 incorrecta*). La distrofia miotónica de Steiner afecta a sujetos desde la infancia es una alteración autosómica dominante y presenta aumento notable del número de núcleos y fibras en anillo o anulares -ausentes en la imagen- (*respuesta 4 incorrecta*).

Pregunta 11413: (4) Pregunta vinculada a la imagen nº4. Mujer de 55 años intervenida quirúrgicamente por lesión tumoral hepática. Se muestra una imagen macroscópica del tumor y del parénquima no tumoral, y una imagen microscópica del tumor, que corresponde a uno de los siguientes diagnósticos:



1. Hepatocarcinoma sobre hígado normal.
2. Hepatocarcinoma sobre hígado cirrótico.
3. Colangiocarcinoma sobre hígado normal.
4. Colangiocarcinoma sobre hígado cirrótico.

300303 ANATOMÍA PATOLÓGICA Difícil 0% 18958

Solución: 4

Esta es una pregunta muy interesante ya que MIR nos da 4 opciones agrupadas dos a dos, sin datos clínicos, esto es, solo la imagen. Presenta dos imágenes la de la derecha es una imagen macro de un hígado -cirrótico- de superficie irregular, abollonada y con presencia de nodulaciones, ósea, lo característico, por lo tanto descartamos la opción 1 y la opción 2 ya que en ellas el hígado es normal. Únicamente nos queda por decidir si es un hepatocarcinoma o un colangiocarcinoma. La imagen de la derecha nos muestra un crecimiento tumoral de aspecto glandular con glándulas irregulares y con REACIÓN DESMOPLÁSICA, es decir FIBROSIS entre los grupos glandulares; este NO es el aspecto que debería tener un hepatocarcinoma (respuesta 2 incorrecta) y SI el aspecto que tiene un colangiocarcinoma (respuesta 4 correcta).

Pregunta 11414: (5) Pregunta vinculada a la imagen nº5. Mujer de 50 años, sin antecedentes de interés, que presenta desde hace 3 meses unas lesiones dolorosas en la boca (lengua, paladar, mucosa oral) que no han mejorado a pesar de haber realizado múltiples tratamientos tópicos. Las lesiones le dificultan la ingesta y refiere haber perdido 7 kg de peso. En las últimas semanas le han aparecido unas lesiones en el tronco y en la exploración se observan varias erosiones y alguna costra. Al frotar alrededor de las erosiones la piel vecina se despega fácilmente ¿Cuál de los siguientes hallazgos NO encontraríamos en esta paciente?:



1. Depósitos de IgG y C3 en la membrana basal.
2. Depósitos de IgG y C3 intercelulares.
3. Anticuerpos frente a la desmogleína 1.
4. Anticuerpos frente a la desmogleína 3.

300304 DERMATOLOGÍA Normal 34% 18959

Solución: 1

Las lesiones mucosas que nos muestran en la fotografía en el contexto clínico que nos describen nos orientan a una paciente con un **penfigo vulgar**. Esta enfermedad ampollosa suele comenzar a los 50-60 años. Las lesiones iniciales más frecuentes aparecen en mucosa oral (erosiones dolorosas que nos muestran en la imagen. Posteriormente aparecen ampollas flácidas y de contenido claro que se rompen rápidamente (ampollas intraepidérmicas) originando erosiones y costras. El signo de Nikolski es positivo. Por lo general no existe prurito. Ante la sospecha de una enfermedad ampollosa autoinmune se debe realizar una biopsia de las lesiones para inmunofluorescencia directa, donde se comprueban depósitos de IgG y C3 intercelulares, sobre la superficie de los queratinocitos o, lo que es lo mismo, en el espacio intercelular epidérmico. Estos anticuerpos patógenos van dirigidos contra la desmogleína, glucoproteína transmembrana presente en los desmosomas que actúa como molécula de adhesión: los Acs anti-desmogleína 3 son marcadores de clínica mucosa; los Acs anti-desmogleína 1 son marcadores de clínica cutánea. Lo que NO encontraríamos sería depósitos de IgG y C3 en la membrana basal (respuesta 1 correcta), que sería lo que hallaríamos si se tratase de un penfigoide ampollosa (ampolla subepidérmica).

Pregunta 11415: (6) Pregunta vinculada a la imagen nº6. Paciente de 25 años con crisis epilépticas desde hace 1 año, en tratamiento con carbamazepina y fenitoína, que por falta de respuesta se cambió hace dos semanas a lamotrigina. Consulta por lesiones cutáneas que comenzaron hace 24 horas con edema facial, y que posteriormente se generalizaron en forma de rash eritematoso máculopapular. Presenta mal estado general, poliadenopatías y fiebre de 38,5°C. En la analítica destaca GOT 230 U/L, GPT 253 U/L, GGT 145 U/L y eosinofilia de 1200 /µL. El diagnóstico más probable es:



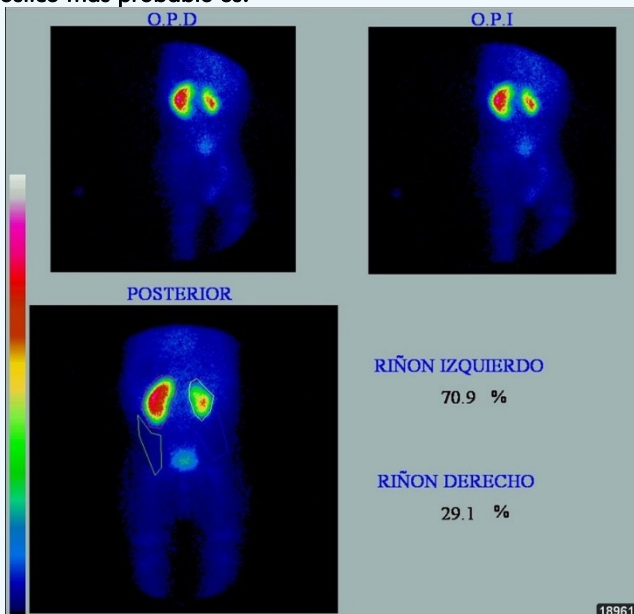
1. Sarampión.
2. Síndrome DRESS.
3. Síndrome de Stevens Johnson.
4. Angioedema.

300305 DERMATOLOGÍA Fácil 82% 18960

Solución: 2

El **síndrome DRESS** (Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms) (respuesta 2 correcta) o síndrome de hipersensibilidad a fármacos es una reacción adversa idiosincrásica que comienza de forma aguda dentro de los dos primeros meses después de iniciar la administración de un fármaco. Se caracteriza por fiebre, malestar general y edema de la cara o una dermatitis exfoliativa. Las lesiones iniciales son una erupción morbiliforme generalizada (tronco y extremidades) que puede avanzar hacia una eritrodermia exfoliativa generalizada, sobre todo si no se suspende el fármaco. El edema facial (sobre todo periorbitario) es característico. La linfadenopatía es frecuente y suele deberse a hiperplasia linfoidea benigna. Se acompaña de eosinofilia (30%), leucocitosis con linfocitos atípicos similares a los de la mononucleosis y signos de hepatitis y nefritis. Los fármacos más frecuentemente implicados son los antiepilépticos y las sulfonamidas (dapsona, sulfasalazina), y con menos frecuencia: alopurinol, sales de oro, sorbinil, minociclina, zalcitabina, antagonistas del calcio, ranitidina, talidomida y mexiletina. Concepto novedoso preguntado por primera vez en el MIR anterior (2018).

Pregunta 11416: (7) Pregunta vinculada a la imagen nº7. Niño de 9 meses con antecedentes de tres episodios de infección del tracto urinario (a los 14 días de vida, 1 mes y 2 meses) y en tratamiento antibiótico profiláctico. Los estudios diagnósticos realizados muestran reflujo vésicoureteral bilateral (grado V derecho y II izquierdo) y disminución del tamaño del riñón derecho con leve dilatación pielocalicial (II/V) en la ecografía. Con estos datos y la imagen gammagráfica renal que se muestra, el diagnóstico más probable es:



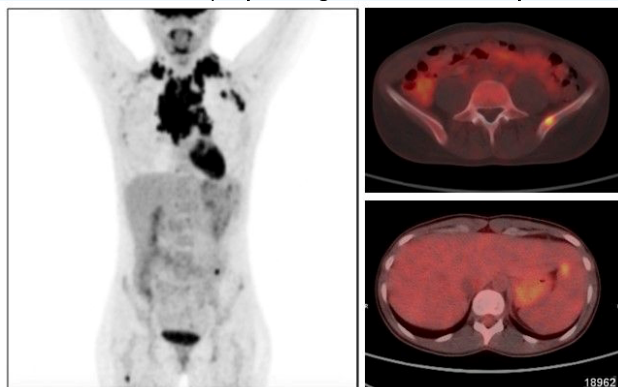
1. Nefropatía cicatricial derecha postpielonefritis.
2. Estenosis de la unión pieloureteral derecha.
3. Pielonefritis aguda derecha.
4. Displasia multiquística del riñón derecho.

300306 NEFROLOGÍA Fácil 71% 18961

Solución: 1

El caso clínico muestra un niño con infecciones urinarias de repetición y reflujo vesicoureteral bilateral predominando el derecho. Nos insisten además en **atrofia renal derecha** visible por ecografía. En ese contexto se muestra una gammagráfica que muestra una **falta de captación de radioisótopo por parte del riñón derecho** y por tanto un déficit de actividad. Todo ello sugiere daño estructural del riñón derecho cicatricial tras los procesos infecciosos y el propio reflujo derecho grado I (respuesta correcta 1).

Pregunta 11417: (8) Pregunta vinculada a la imagen nº8. Mujer de 28 años sin antecedentes personales ni familiares de interés, que consulta por aparición de una masa supraclavicular izquierda, sin otra sintomatología acompañante. Se le realiza analítica básica en la que únicamente destaca una LDH de 373 UI/L. Considerando los datos clínicos y la prueba de imagen (PET-TC con 18F-FDG) ¿qué diagnóstico es el más probable?:



1. Carcinoma tístico con diseminación a distancia.
2. Enfermedad asociada a IgG4.
3. Sarcoidosis.
4. Síndrome linfoproliferativo estadio IV.

300307 HEMATOLOGÍA Fácil 72% 18962

Solución: 4

Ante una persona joven con masa supraclavicular sin sintomatología acompañante uno de los diagnósticos a descartar es el linfoma Hodgkin. Para su tratamiento ha de realizarse el estadiaje de Ann Arbor (mediante pruebas de imagen PET-TAC como nos comentan en este caso), cuyo estadio IV recoge entre otros, la afectación ósea. La LDH es un marcador analítico que suele elevarse en estos tumores, aunque en este caso nos ponen unas cifras prácticamente dentro de la normalidad si bien es cierto que pocos parámetros tienen valores más variables que la LDH... (algunos ejemplos: 115 -225 UI/L, 190-390 UI/L). Con todo ello ha de sospecharse un síndrome linfoproliferativo estadio IV (respuesta 4 correcta).

Pregunta 11418: (9) Pregunta vinculada a la imagen nº9. Mujer de 39 años que consulta por hemorragia genital desde hace 24 horas. Su última regla fue hace 7 semanas. No tiene dolor, aunque presenta náuseas y vómitos persistentes desde hace 4 días. La exploración ginecológica muestra sangrado escaso procedente de la cavidad uterina. El test de embarazo es positivo y la determinación de β -HCG en plasma es de 105.000 UI/L. Se aporta imagen de la ecografía transvaginal. ¿Qué indicaría en ese momento?:



1. Repetir seriadamente cada 2 días la ecografía y la β -HCG.
2. Tranquilizar a la paciente, indicar reposo, antieméticos y repetir la ecografía en una semana.
3. Legrado uterino.
4. Tratamiento con misoprostol por vía sistémica.

300308 GINECOLOGÍA Fácil 82% 18963

Solución: 3

Nos presentan el caso clínico de una paciente gestante con metrorragia del primer trimestre (7 semana de amenorrea). Como clínica concomitante tiene náuseas y vómitos. La B-HCG se encuentra extremadamente elevada y en la imagen adjuntada se observa una masa intrauterina abigarrada con regiones quísticas (vesículas) sugestiva de mola. En las pacientes en que la **mola hidatidiforme** sea sospechada se recomienda la realización de una ecografía, determinación de B-HCG, hemograma con bioquímica y radiografía de tórax antes de la evacuación quirúrgica del útero. Las complicaciones médicas aparecen en el 80% de pacientes con gestación >14-16 semanas, por lo que **se recomienda la evacuación precoz mediante legrado** para evitar su aparición (respuesta 3 correcta, repuesta 2 incorrecta).

La aspiración previa dilatación es el método de elección para la evacuación de las molas gestacionales. En las pacientes que no desean fertilidad se puede practicar una histerectomía que se asocia con un marcado descenso de la proporción de secuelas malignas. **La inducción médica con oxitocina o prostaglandinas y la histerotomía no deben ser recomendadas** para la evacuación porque puede dar lugar a un incremento de la pérdida sanguínea y puede aumentar también el riesgo de secuelas malignas comparado con la dilatación y succión (respuesta 4 incorrecta).

La determinación de **B-HCG cada dos días con seguimiento ecográfico se recomienda para la gestación de localización desconocida** (respuesta 1 incorrecta).

Pregunta 11419: (10) Pregunta vinculada a la imagen nº10. Lactante de 25 días que presenta lesiones en la cara desde hace 2 días que se van acentuando. En la exploración se observan máculas eritematosas confluyentes, descamativas, con secreción serosa amarillenta, localizadas en ambas mejillas, surco nasogeniano, orejas y región retroauricular, frente y mentón. Resto de la exploración normal. ¿Qué diagnóstico es más probable?:



1. Eritema toxoalérgico del recién nacido.
2. Dermatitis atópica.
3. Dermatitis seborreica.
4. Impétigo neonatal.

300309 PEDIATRÍA Normal 50% 18964

ANULADA

En el recién nacido existen múltiples alteraciones a nivel cutáneas que pueden traducir enfermedades importantes o por el contrario ser normales y fisiológicas.

El diagnóstico diferencial comprende numerosos cuadros como:

- **Eritema toxoalérgico del RN:** Las lesiones afectan, sobre todo, a cara, cuello, espalda y, en menor intensidad, a los miembros. Son máculas eritematosas extensas con lesiones pápulo-pustulosas en su superficie. Suelen respetarse las palmas de las manos y las plantas de los pies. Las lesiones pueden ir variando de lugar durante su evolución. (respuesta 1 incorrecta).



- **Dermatitis atópica:** Suele empezar hacia los cinco meses de vida, pero puede hacerlo antes. La localización más habitual es en la cara, respetando las zonas alrededor de los ojos, la nariz y la boca. Son también frecuentes en el cuero cabelludo, las orejas, el dorso de las manos y las zonas de extensión de las extremidades. Las lesiones suelen ser pápulas o placas eritematosas y edematosas, muchas veces con erosiones, exudación y costras. Es muy raro que se aprecien las vesículas características del eccema. El prurito es un síntoma constante. (respuesta 2 incorrecta).

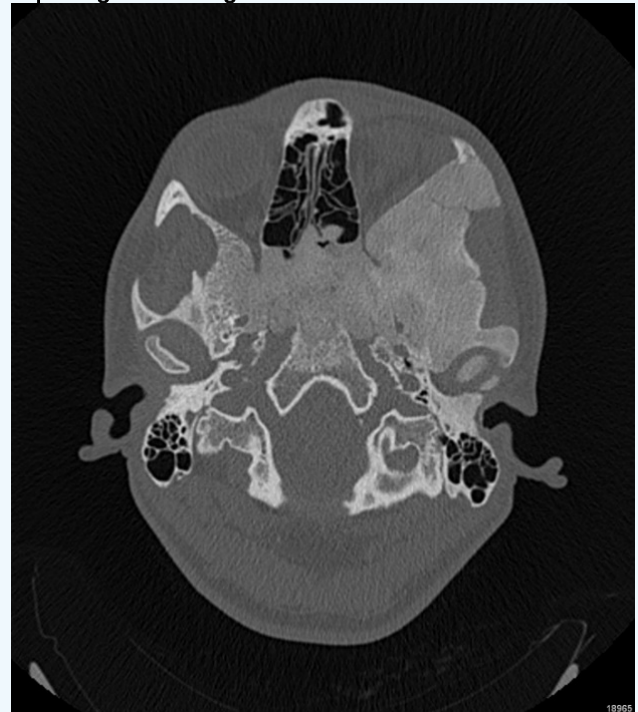


- **Dermatitis seborreica RN:** las lesiones de DSI consisten en placas eritematosas de tinte rosado, con morfología redondeada o incluso circinada, con bordes bien definidos, aisladas o confluyentes, que se cubren de una descamación amarillenta de aspecto grasiento, que merece la denominación de 'seborreica'. La DSI no se acompaña de síntomas generales ni prurito. Para muchos autores, la forma más precoz de aparición de la DSI es la costra láctea. Las lesiones clásicas de DSI suelen afectar, además del cuero cabelludo, a la frente, pabellones auriculares, cejas, pliegues retroauriculares y nasogenianos, párpados y cuello. (respuesta 3 incorrecta).
- **Impétigo neonatal:** Las lesiones características son pequeñas pápulas eritematosas que rápidamente evolucionan a una vesícula de pared delgada y base eritematosa, se rompen rápidamente y forman un exudado que se seca formando costras amarillentas melicéricas (Figura1). Las lesiones suelen propagarse por autoinoculación dando lesiones satélites. No es infrecuente la presencia de adenopatías locales. (respuesta 4 incorrecta)



Inicialmente, el texto de la pregunta da por correcta la opción 3, que concuerda plenamente con el caso clínico. Sin embargo, la fotografía del caso clínico da lugar a dudas por no afectar al surco nasogeniano y corresponder a una dermatitis atópica. Es por ello que la pregunta finalmente es ANULADA

Pregunta 11420: (11) Pregunta vinculada a la imagen nº11. Joven de 15 años sin antecedentes de interés. Presenta tumoración ósea malar izquierda deformante con afectación orbitaria externa de años de evolución. ¿Cuál es el diagnóstico más probable que sugiere la imagen mostrada?:



1. Granuloma eosinófilo.
2. Metástasis ósea.
3. Displasia fibrosa.
4. Hiperparatiroidismo.

300310 C. MAXILOFACIAL Difícil 13% 18965

Solución: 3

En la imagen se ve un corte axial de una TAC craneal en la que se ve una imagen "en vidrio esmerilado" en la base del cráneo y el hueso malar, compatible con una displasia fibrosa (respuesta 3 correcta). La **displasia fibrosa** es una lesión fibroósea

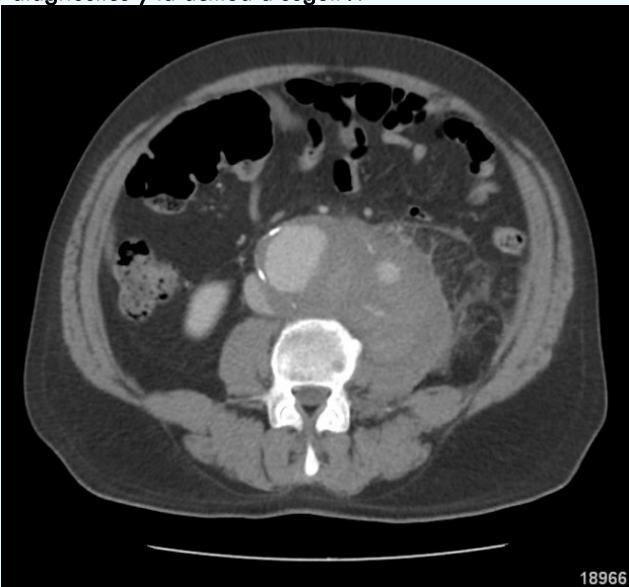
benigna, caracterizada por la progresiva sustitución del tejido óseo normal por tejido fibroso, en el que se intercalan cantidades variables de tejido osteoide y hueso inmaduro. La ausencia de una clara interfase entre la lesión y el hueso sano permite diferenciarla del fibroma osificante. Existen dos formas de presentación: monostótica, en la que se afecta un solo hueso o varios estrechamente agrupados, y poliostótica (síndrome de McCune-Albright y displasia tipo Jaffe). La forma monostótica es mucho más frecuente que la poliostótica, y las localizaciones más frecuentes de la misma son las costillas, el fémur y la tibia. Afecta a pacientes de menos de 20 años. La forma monostótica suele presentar un crecimiento lento, indoloro y simétrico, pero puede terminar generando deformidades faciales severas, con exoftalmos, diplopía, alteraciones oclusales, anosmia y alteraciones de pares craneales. Radiográficamente, se pueden objetivar dos estadios evolutivos: el primero se caracteriza por una imagen radiolúcida (uni o multilocular), en el segundo se adopta un patrón "mixto", tras el depósito de hueso anormal, dando una imagen típica en "vidrio esmerilado". En general la patología suele autolimitarse con el final del crecimiento, por lo que se aconseja esperar a ese momento para aplicar la cirugía. En la actualidad se tiende, si es posible (no en el caso de la paciente de la pregunta), a la eliminación en bloque de la displasia para evitar recidivas y malignizaciones posteriores (1% de transformación sarcomatosa).

El **granuloma eosinófilo** es la forma más benigna de la histiocitosis de células de Langerhans. Radiológicamente se manifiestan como lesiones destructivas óseas, radiolúcidas, redondeadas u ovaladas, de bordes marcados (*respuesta 1 incorrecta*).

Las **metástasis óseas** pueden dar imágenes líticas, blásticas o mixtas, dependiendo del tipo de tumor primario (mama, riñón, tiroides y pulmón líticas; próstata, blásticas) (*respuesta 3 incorrecta*).

La imagen radiográfica craneal típica en el **hiperparatiroidismo** es la imagen "en sal y pimienta" (*respuesta 4 incorrecta*).

Pregunta 11421: (12) Pregunta vinculada a la imagen nº12. Paciente de 72 años remitido a urgencias tras padecer un síncope. Presenta hipotensión y dolor abdominal con irradiación lumbar. Se realiza TC abdominal con contraste intravenoso. ¿Cuál sería su diagnóstico y la actitud a seguir?:



1. Absceso de psoas izquierdo. Realizaría tratamiento sintomático y lo mantendría en observación a la espera de analíticas y otras pruebas complementarias.
2. Aneurisma de aorta abdominal roto. Es una emergencia y la primera opción es tratamiento quirúrgico o endovascular.
3. Completaría el estudio con una ecografía abdominal para realizar el diagnóstico diferencial entre absceso de psoas y aneurisma de aorta abdominal roto.
4. Tumorción hipervascular del psoas. Realizaría resonancia magnética para una mejor caracterización.

300311 C. VASCULAR Fácil 82% 18966

Solución: 2

Se trata de un TC abdominal a nivel de la segunda o tercera vértebra lumbar, en el polo inferior del riñón derecho. El estudio se ha realizado con contraste intravenoso en fase arterial (angioTC). La imagen muestra una masa ocupando el espacio retroperitoneal adyacente a la aorta abdominal. A esta altura en el espacio retroperitoneal lo más característico son los músculos psoas, la aorta abdominal y los uréteres (por delante de las vértebras lumbares).

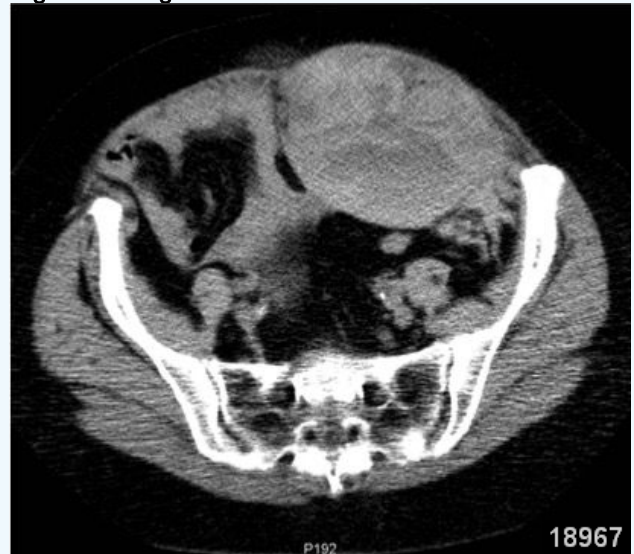
En la pregunta nos piden el diagnóstico diferencial de las masas a este nivel: Absceso en el psoas (normalmente relacionado con una espondilodiscitis), aneurisma de aorta abdominal y tumores retroperitoneales. En ocasiones es difícil diferenciar entre un absceso y un aneurisma. El absceso suele ser más lateral, tener un centro hipodenso y captar contraste en anillo. Además, se suele asociar a la presencia de una lesión en columna vertebral.

En la imagen mostrada se observa como la masa presenta dos zonas más blancas (con contraste), la luz de la aorta y un punto de sangrado activo (flechas). Esto nos indica que la estructura que vemos presenta contraste en fase arterial (por lo tanto, es una arteria, la aorta), esta se encuentra aumentada de tamaño (aneurisma) y rota por el foco de sangrado, la clínica compatible y la estructura irregular y en capas alrededor de la misma (*respuesta 2 correcta*).

La prueba radiológica para diagnosticar un aneurisma de aorta abdominal es el AngioTC (no se precisa una ecografía) y es una urgencia quirúrgica (*respuesta 3 incorrecta*).

Los tumores retroperitoneales son muy raros (suelen ser sarcomas). Algunos tumores retroperitoneales que debemos conocer son los primarios de los niños como el neuroblastoma de los niños (y su diagnóstico diferencial con el tumor de Wilms) y las neoplasias secundarias con adenopatías retroperitoneales (*respuesta 4 incorrecta*).

Pregunta 11422: (13) Pregunta vinculada a la imagen nº13. Mujer de 72 años con antecedentes de fibrilación auricular en tratamiento con anticoagulantes orales. Presenta dolor abdominal focalizado en hipogastrio y fosa ilíaca izquierda. INR 5. Hemoglobina 8,7 g/dl, hematocrito 25 %. ¿Cuál es el diagnóstico que le sugiere la imagen?:



1. Hernia complicada de pared abdominal.
2. Seroma post-quirúrgico.
3. Absceso en la vaina del recto anterior izquierdo del abdomen.
4. Hematoma en la vaina del recto anterior izquierdo del abdomen.

300312 DIGESTIVO Fácil 93% 18967

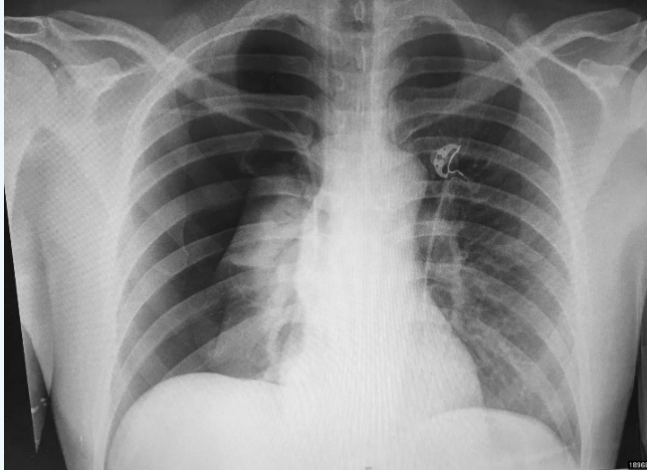
Solución: 4

En esta pregunta nos indican un caso clínico de una paciente anticoagulada que comienza con dolor abdominal en hipogastrio y fosa ilíaca izquierda, además de una hemoglobina baja. La clave está en la imagen del TC donde vemos una masa a nivel del músculo recto anterior del abdomen izquierdo compatible con un **hematoma en la vaina del recto** (*respuesta 4 correcta*). El hematoma en la vaina de los rectos es una patología más frecuente en mujeres, sobre todo con antecedentes de toma de anticoagulantes.

La imagen descarta totalmente una **hernia complicada** (respuesta 1 incorrecta) y también un **seroma postquirúrgico** (respuesta 2 incorrecta); además de que no tenemos antecedentes de ninguna intervención quirúrgica.

El **absceso en la vaina del recto** (respuesta 3 incorrecta) es una entidad muy rara a menos que haya un antecedente traumático, y además en la clínica no dan ningún dato de infección (fiebre, leucocitosis, etc.).

Pregunta 11423: (14) Pregunta vinculada a la imagen nº14. Joven de 16 años sin antecedentes previos, que es traído a urgencias por sus familiares por dificultad respiratoria aguda y dolor torácico. A su llegada muestra intenso trabajo respiratorio, frecuencia cardíaca 120 lpm, tensión arterial 75/40 mmHg y SatO₂ 86 % con aire ambiente. Considerando la radiografía de tórax, ¿cuál es la medida a tomar más apropiada?:



1. Realizar una TC torácica de alta resolución.
2. Repetir la radiografía añadiendo una proyección lateral.
3. Realizar fibrinólisis urgente con 100 mg de tenecteplasa.
4. Colocar un drenaje torácico en la cavidad pleural derecha.

300313 NEUMOLOGÍA Fácil 93% 18968

Solución: 4

La imagen muestra un neumotórax derecho con colapso pulmonar completo. Sin embargo, la imagen no se corresponde con el enunciado de la pregunta. En el texto se habla de un joven de 16 años sin ningún antecedente. En la imagen se puede ver una vía subclaviana derecha cuya colocación, probablemente, haya ocasionado el neumotórax (es decir, que podría tratarse de un neumotórax yatrogénico).

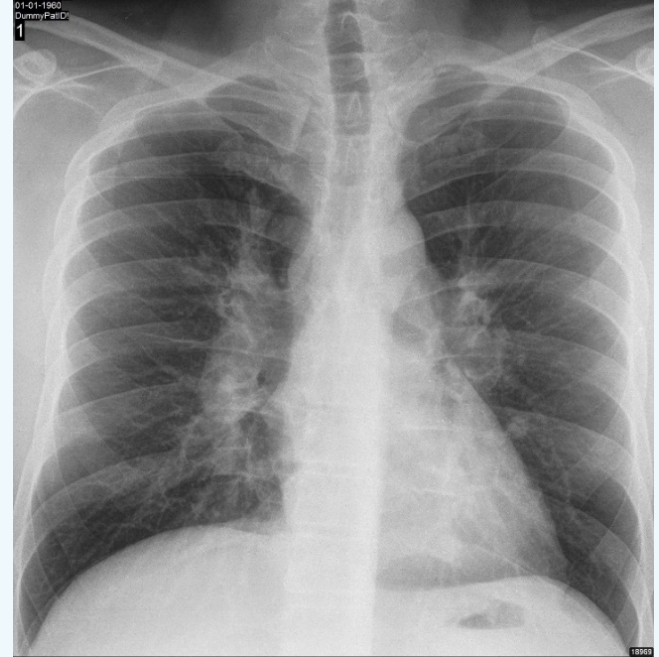
En cualquier caso, ya sea un neumotórax espontáneo o yatrogénico, requiere un **tratamiento con tubo de drenaje pleural** (respuesta 4 correcta).

El neumotórax no precisa una **placa de tórax lateral**. Únicamente, en caso de neumotórax pequeños, se solicitará una **placa en espiración forzada** para apreciarlo con mayor claridad (respuesta 2 incorrecta).

El **TC torácico** podría servir para diagnosticar un neumotórax pequeño de localización anterior. Sin embargo, en este caso no es necesario, puesto que se puede apreciar con total claridad en la placa PA de tórax. Además, ante un paciente inestable (hipotensión arterial, desaturación, taquicardia...) no se debe perder tiempo en realizar este tipo de técnicas diagnósticas. Requiere un tratamiento inmediato (respuesta 1 incorrecta).

La **fibrinólisis con tenecteplasa** es el tratamiento de elección para el infarto con elevación del segmento ST que no puede ser tratado con angioplastia primaria. No se aplica a un neumotórax (respuesta 3 incorrecta).

Pregunta 11424: (15) Pregunta vinculada a la imagen nº15. Hombre de 37 años no fumador y sin antecedentes médicos de interés que presenta un cuadro de más de tres semanas de evolución de tos seca persistente, febrícula y dolores articulares erráticos. Entre las pruebas que le solicita su médico se incluye una radiografía de tórax. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos sospecha en primer lugar?:



1. Tuberculosis.
2. Artritis reumatoide.
3. Hipertensión arterial pulmonar secundaria a insuficiencia cardíaca izquierda.
4. Sarcoidosis.

300314 NEUMOLOGÍA Fácil 95% 18969

Solución: 4

La muestra una radiografía de tórax postero-anterior en la que se ven adenopatías hiliares bilaterales.

Esta imagen radiológica, junto con la clínica (cuadro subagudo, con febrícula y artralgias) sugiere el diagnóstico de **sarcoidosis** (respuesta 4 correcta), que es más frecuente en no fumadores.

La **tuberculosis** también cursa con un cuadro subagudo, pero debería mostrar astenia, mal estado general, adelgazamiento, hemoptisis, febrícula... Además, la placa de tórax no es compatible con una enfermedad activa tuberculosa (no se ve un patrón miliar ni cavernas) (respuesta 1 incorrecta).

La **artritis reumatoide** puede producir patología pulmonar. Sin embargo, en la placa de tórax no se aprecia un patrón intersticial que sugiera una fibrosis pulmonar (respuesta 2 incorrecta).

La placa de tórax no es compatible con **insuficiencia cardíaca aguda** (no existe cardiomegalia, ni hay pinzamiento de senos costofrénicos, derrame pleural o redistribución vascular a campos superiores). Tampoco hay datos de **hipertensión pulmonar** (no tiene un cono de la arteria pulmonar prominente ni dilatación de la arteria pulmonar inferior derecha) (respuesta 3 incorrecta).

Pregunta 11425: (16) Pregunta vinculada a la imagen nº16. Mujer de 94 años que acude a urgencias por dolor abdominal difuso e intenso de 12 horas de evolución y defensa abdominal. Entre sus antecedentes destaca cardiopatía isquémica crónica, fibrilación auricular persistente y enfermedad renal crónica. A raíz de los hallazgos de la radiografía de abdomen indique la actitud a seguir:

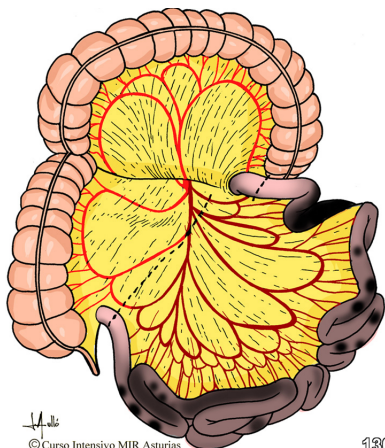


1. Ecografía urgente como test de cribado inicial, si es normal no son necesarios más estudios radiológicos.
2. Radiografía de abdomen en bipedestación o decúbito lateral izquierdo para valorar presencia de gas ectópico.
3. TC abdominopélvico con contraste intravenoso con protocolo de angio-TC por sospecha de isquemia mesentérica.
4. Arteriografía para descartar oclusión aguda de arteria mesentérica.

300315 DIGESTIVO Difícil 32% 18970

Solución: 3

La clínica que nos presentan en esta pregunta es de una paciente con una **fibrilación auricular** y un **dolor abdominal súbito**. Esto nos debe hacer sospechar que se trate de una **isquemia intestinal aguda**. La imagen nos muestra una radiografía simple de abdomen donde se puede visualizar gran dilatación de asas intestinales (intestino delgado y grueso) debido a un íleo paralítico secundario a la isquemia intestinal. Para confirmar nuestra sospecha diagnóstica, debemos de solicitar un **angio-TC** (respuesta 3 correcta). No es indicación de solicitar una **nueva radiografía** (respuesta 2 incorrecta) ni una **ecografía abdominal** (respuesta 1 incorrecta). La **arteriografía** no es la prueba de elección en la actualidad (respuesta 4 incorrecta); estaría indicada de manera intraoperatoria en pacientes inestables.

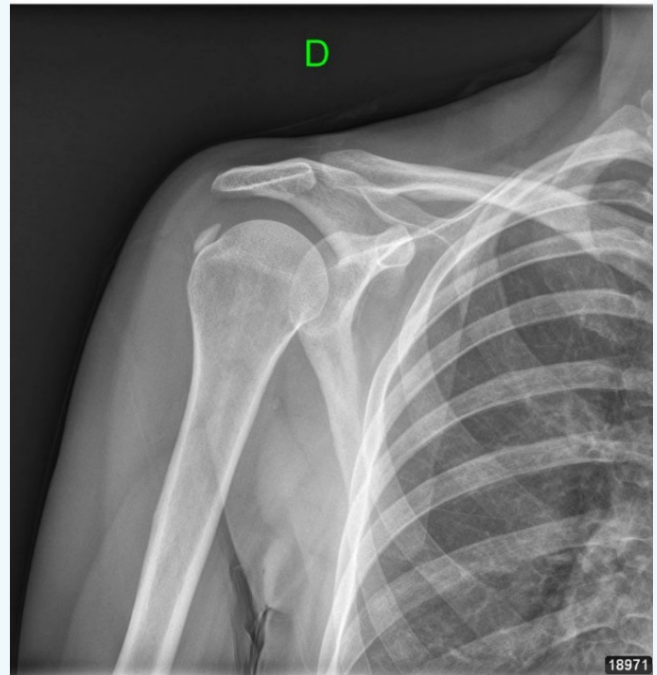


©Curso Intensivo MIR Asturias

Isquemia mesentérica

13005

Pregunta 11426: (17) Pregunta vinculada a la imagen nº17. Mujer de 42 años, peluquera de profesión, que refiere omalgia al elevar el brazo. Tras una semana de evolución el dolor se presenta también en reposo y por las noches. ¿Cuál es el diagnóstico más probable según la radiografía del hombro?:



1. Capsulitis adhesiva.
2. Lesión del labrum
3. Bursitis subacromial.
4. Tendinitis cálcica.

300316 TRAUMATOLOGÍA Normal 60% 18971

Solución: 4

La **tendinitis cálcica** del supraespinoso se caracteriza por:

- Edad media de la vida.
- -Dolor al iniciar la separación del hombro (dolor mecánico).
- Posteriormente dolor inflamatorio: en reposo y nocturno.
- Los movimientos del hombro sólo están limitados por el dolor.

Se indican como pruebas de imagen:

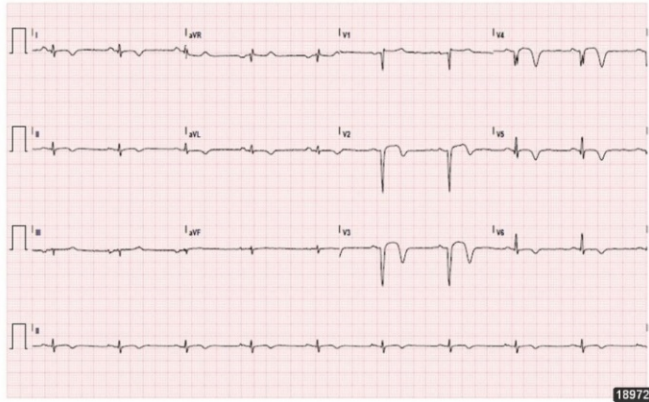
- Rx simple: puede verse una calcificación correspondiente al tendón del músculo supraespinoso (respuesta 4 correcta)
- Ecografía
- RNM si hay dudas con las pruebas anteriores.

La **capsulitis adhesiva** es característica de mujeres mayores y sobre todo en diabéticas. Produce limitación muy importante de los movimientos activos y pasivos del hombro con escaso o nulo dolor. También puede ser consecuencia de un traumatismo de hombro no rehabilitado (respuesta 1 incorrecta).

La **lesión del labrum** (fibrocartilago que rodea la superficie articular) puede producir dolor especialmente con los movimientos por encima de la cabeza, chasquidos e inestabilidad. Se confirma mediante RNM o artroscopia. (respuesta 2 incorrecta)

La **bursitis subacromial** es la inflamación de la bolsa sinovial que se localiza sobre los tendones del manguito de los rotadores. Puede ser secundaria a una tendinosis/tendinitis cálcica. El diagnóstico se confirma por ecografía o/y RNM (respuesta 3 incorrecta)

Pregunta 11427: (18) Pregunta vinculada a la imagen nº18. Hombre de 56 años, fumador activo, no hipertenso ni dislipémico, que consulta porque hace 7 días presentó malestar general con dolor centrotorácico y disnea de esfuerzo, encontrándose asintomático en el momento de la consulta. ¿Cuál es el diagnóstico más probable, según el trazado electrocardiográfico?:



1. Tromboembolismo pulmonar.
2. Miocardiopatía hipertrofica.
3. Necrosis e isquemia subepicárdica anterior.
4. Miopericarditis aguda.

300317 CARDIOLOGÍA Fácil 74% 18972

Solución: 3

Se trata de un paciente que presentó clínica hace una semana, en el momento actual asintomático. En el ECG observamos ondas Q de necrosis de V1-V4 y T negativa y profunda (sugestivo de isquemia subepicárdica) anterior (respuesta 3 correcta).

En el TEP, encontraríamos S1Q3T3 (datos de sobrecarga de cavidades derechas) (respuesta 1 incorrecta).

En la miocardiopatía hipertrofia, veríamos dato de hipertrofia ventricular izquierda (R altas V5-V6, S profundas V1-V2), en el caso de la miocardiopatía hipertrofica apical sí podríamos ver T negativas y profundas en cara anterior pero no Q en precordiales (respuesta 2 incorrecta)

En la miopericarditis aguda, podríamos ver inversión de la onda T (normalmente no tan profunda) pero nunca veríamos ondas Q (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta 11428: (19) Pregunta vinculada a la imagen nº19. Hombre de 41 años que consulta por diplopía, ptosis palpebral y dolor ocular derechos de dos días de evolución. Se muestra el estudio de resonancia nuclear magnética (corte coronal). El diagnóstico más probable es:



1. Compresión tumoral del quiasma óptico.
2. Hemorragia intraparenquimatosa.
3. Infiltración tumoral del seno cavernoso derecho.
4. Esclerosis múltiple.

300318 NEUROLOGÍA Fácil 74% 18973

Solución: 3

La presencia de diplopía y ptosis, con dolor ocular derecho es sugestiva de afectación del **seno cavernoso**, donde se suelen lesionar III, IV y VI par, las primeras dos ramas del trigémino y las fibras simpáticas orbitarias. Las causas pueden ser múltiples: infecciones, cuadros inflamatorios como el Tolosa-Hunt, tumores como meningiomas o linfomas, aneurismas... (respuesta 3 correcta).

En la imagen (RM T1 coronal con contraste) se observa una masa en seno cavernoso derecho que desplaza la carótida interna derecha hacia abajo y con un realce heterogéneo.

La compresión de **quiasma óptico** no causa diplopía sino déficit visual campimétrico bitemporal bilateral (respuesta 1 incorrecta). Aunque es una localización poco frecuente, una **hemorragia intraparenquimatosa** podría causar diplopía con ptosis si se localizara en el tronco, pero la imagen por RM no sugiere esta localización (respuesta 2 incorrecta).

En la **esclerosis múltiple** puede haber diplopía por afectación del tronco del encéfalo a nivel de los núcleos o fascículos de los motores oculares o por afectación del fascículo longitudinal medial. La imagen sin embargo no es de lesiones inflamatorias desmielinizantes en el tronco sino una masa en el seno cavernoso (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta 11429: (20) Pregunta vinculada a la imagen nº20. Mujer de 32 años con antecedentes de epilepsia desde la infancia, retraso mental, angiofibromas faciales y manchas hipomelánicas. Por un cuadro de dolor abdominal se le realiza una tomografía computarizada abdominal donde se aprecian lesiones renales. ¿De qué tipo de lesión se trata y que enfermedad padece?:



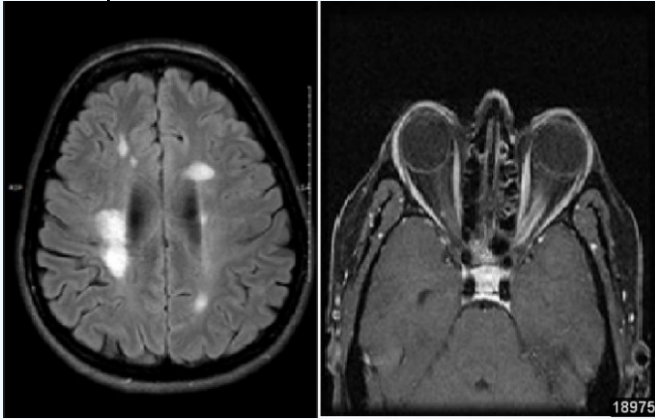
1. Quiste renal / poliquistosis renal autosómica dominante.
2. Carcinoma renal de células claras / enfermedad de Von Hippel Lindau.
3. Angiomiolipoma renal / esclerosis tuberosa.
4. Neurofibroma / neurofibromatosis.

300319 NEFROLOGÍA Fácil 95% 18974

Solución: 3

La **esclerosis tuberosa produce epilepsia, angiofibromas faciales, lesiones periungueales y lesiones cutáneas hipopigmentadas**. Por todo ello, dada la descripción del cuadro clínico y sin necesidad de la imagen, podíamos deducir que se trataba de esclerosis tuberosa (respuesta 3 correcta). A nivel renal, esta entidad produce **angiomiolipomas renales bilaterales**, y así, en la imagen se aprecia una lesión de densidad grasa en la cara anterior del riñón izquierdo, compatible con un angiomiolipoma (respuesta 3 correcta). La poliquistosis renal se descarta por el contexto clínico, por ser una lesión de densidad grasa, y por ser unilateral; en esta entidad suelen aparecer riñones de gran tamaño llenos de quistes (respuesta 1 incorrecta). Así mismo, el Von Hippel Lindau tiene hemangioblastomas en cerebro y retina, y a nivel renal presenta tumores malignos (respuesta 2 incorrecta).

Pregunta 11430: (21) Pregunta vinculada a la imagen nº21. Hombre de 22 años que consulta por dolor ocular izquierdo desde hace 48 h. En las últimas horas se añade pérdida visual ipsilateral, con agudeza visual 0,6/1 en ojo izquierdo y 1/1 en ojo derecho. Aporta la resonancia magnética de la imagen. Señale la respuesta correcta:



1. Tiene en torno al 85 % de probabilidades de presentar bandas oligoclonales en el líquido cefalorraquídeo.
2. No necesita pruebas adicionales para establecer el diagnóstico.
3. Lo importante es tratar el cuadro y luego ya completaremos el estudio.
4. Posiblemente se trata de una neuromielitis óptica.

300320 NEUROLOGÍA Difícil 7% 18975

Solución: 1

Lo siento, no hay respuesta fácil para comentar esta pregunta: La inmensa mayoría (>75%) de los pacientes con EM presentan **bandas oligoclonales en LCR (BOC)**. ¿Tiene el paciente EM? No. Tiene una Neuritis óptica (NO) con lesiones periventriculares en la RM. No cumple criterios de diseminación en el espacio ni en el tiempo (el nervio óptico no cuenta en los criterios de RM). ¿Cuál es la prevalencia de BOC en LCR en pacientes con NO de cualquier causa? La respuesta a esta pregunta no está en ningún manual general de Neurología. Publicaciones con series de pacientes que no pasan de 200 pacientes nos dicen que el porcentaje de BOC es más bajo que en pacientes con EM, pero hay muchas diferencias entre pacientes: aquellos que tienen NO con lesiones en MRI tienen porcentajes de BOC más altos (muchos de ellos serán NO relacionadas con EM), mientras que los que tienen NO con RM normal tienen porcentajes por debajo del 40% (serán NO aisladas o relacionadas con otras patologías) (respuesta 1 correcta pero shame on you Ministerio, shame on you).

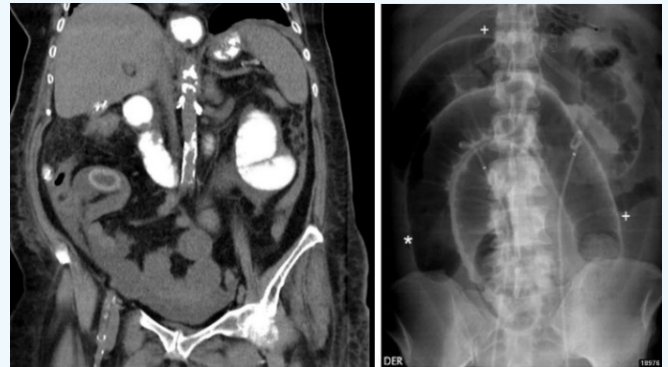
El paciente presenta una neuritis óptica clínica. La RM muestra una lesión en el nervio óptico y otras lesiones periventriculares. No se observan lesiones yuxtacorticales, en fosa posterior o médula espinal. Dado que el nervio óptico no cuenta como localización radiológica no cumple criterios de diseminación en el espacio por RM (solo hay periventriculares). **Necesitaría por tanto pruebas adicionales** para establecer el diagnóstico (respuesta 2 incorrecta).

Es importante tratar el cuadro con corticoides pero también es importante el diagnóstico (y sobre todo descartar otras patologías), que no debería retrasarse (respuesta 3 incorrecta).

La **neuromielitis óptica** puede dar síntomas y lesiones que pueden parecerse a las de EM, pero suele presentar característicamente lesiones muy extensas, tumefactivas y bilaterales, que en la NO por EM es menos frecuente. De todas formas, la imagen que nos aportan (FLAIR y T1 con contraste) tampoco es la imagen típica de neuritis óptica por EM (aunque no la descarta), donde la lesión es más central en el nervio y con un realce nodular (aquí vemos un patrón con realce periférico en vías de tren, patrón que puede verse también en perineuritis o tumores de la vaina neural) (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta muy mal hecha. Qué es importante aquí: ¿el paciente cumple criterios de diseminación en el espacio? NO. Clínicamente solo tiene una NO. Por RM no cumple criterios DIS, solo tiene lesiones periventriculares (las lesiones del nervio óptico no cuentan en RM). ¿Cumple criterios de diseminación en el tiempo? NO. Sólo ha tenido una NO. Este paciente no cumple criterios de EM.

Pregunta 11431: (22) Pregunta vinculada a la imagen nº22. Mujer de 85 años que acude a urgencias por náuseas, vómitos y distensión abdominal. No refiere cirugías abdominales previas pero sí varios episodios de colecistitis. En la analítica urgente se evidencia discreta leucocitosis con desviación izquierda y PCR elevada. Se aporta radiografía simple de abdomen y TC abdominal. ¿Cuál de las siguientes actuaciones considera más recomendable?:

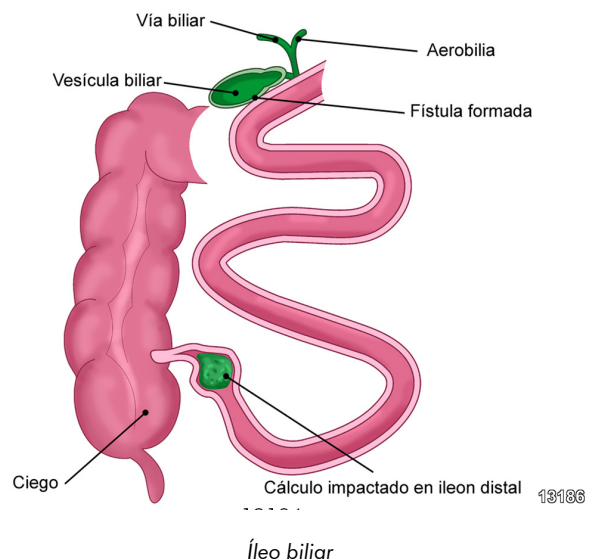


1. Colecistectomía laparoscópica.
2. Sonda nasogástrica descompresiva.
3. Enterolitotomía quirúrgica.
4. Resección segmentaria de ileon terminal.

300321 DIGESTIVO Normal 36% 18976

Solución: 3

Nos preguntan por una mujer con antecedentes de colecistitis previas y un cuadro de obstrucción intestinal. La clave de esta pregunta es ver las imágenes asociadas, ya que en la radiografía podemos ver la dilatación de asas intestinales (un cuadro de obstrucción intestinal) y en el TC vemos aerobilia (gas en la vía biliar) y una imagen calcica en el interior del intestino que está provocando la obstrucción. Esta es la tríada típica del **íleo biliar**. El tratamiento del íleo biliar consiste en la extracción del cálculo quirúrgicamente, es decir, la **enterolitotomía quirúrgica** (respuesta 3 correcta). No es preciso realizar una **resección intestinal** por dicho motivo (respuesta 4 incorrecta). Lo prioritario en un íleo biliar es la extracción del cálculo que está provocando la obstrucción y no realizar la **colecistectomía** (respuesta 1 incorrecta) ni colocar una **sonda nasogástrica** (respuesta 2 incorrecta).



Pregunta 11432: (23) Pregunta vinculada a la imagen nº23. Un paciente presenta una fractura cerrada cuya radiografía en proyección ántero-posterior puede revisar en la imagen adjunta. ¿Cuál de las siguientes opciones de tratamiento le parece correcta?:



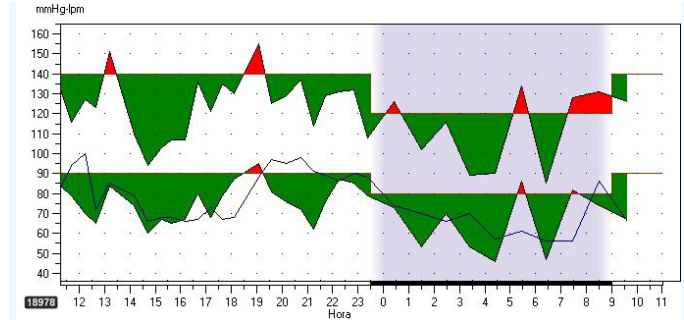
1. Clavo intramedular acerrojado proximal y distal.
2. Ortesis de tipo PTB (*patellar tendon bearing*) y deambulación desde el momento inicial.
3. Fijador externo circular y deambulación precoz.
4. Reducción abierta y placa y tornillos bloqueados.

300322 TRAUMATOLOGÍA Normal 27% 18977

Solución: 1

Se trata de una fractura conjunta de la diáfisis de la tibia y el peroné cerrada, con **poco desplazamiento y un tercer fragmento no desplazado**. La **ortesis PTB** permite realizar una inmovilización funcional de la pierna dejando libres las articulaciones. Está indicada en el tratamiento de fracturas incompletas o no desplazadas o como tratamiento complementario de otras técnicas (*respuesta 2 incorrecta*). El **fijador externo con deambulación precoz** se utiliza en el tratamiento de fracturas abiertas de tipo III de Gustilo, fracturas muy conminutas que no permiten el uso de otra técnica o como tratamiento temporal hasta que pueda realizarse otra inmovilización (*respuesta 3 incorrecta*). La **reducción abierta en inmovilización con placas y tornillos** está indicada en las fracturas de los extremos de los huesos largos o cuando no es posible el uso de otra técnica más adecuada (*respuesta 4 incorrecta*). El tratamiento más adecuado de esta fractura es el **enclavado endomedular con clavo encerrojado** para evitar las rotaciones y deambulación precoz. (*respuesta 1 correcta*).

Pregunta 11433: (24) Pregunta vinculada a la imagen nº24. A un paciente de 55 años se le solicita una MAPA (Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial) de 24 horas, por presentar en consulta valores de presión arterial en la categoría normal-alta, para descartar una hipertensión arterial enmascarada. El resultado del estudio se observa en la imagen. Los promedios de presión arterial fueron: media de 24 horas 121/73 mmHg, media en el periodo diurno 124/75 mmHg, media en el periodo nocturno 111/65 mmHg. La presión arterial sistólica nocturna descendió un 10,4 % de la media de los valores diurnos y la presión arterial diastólica nocturna descendió un 13,9 % de la media de los valores diurnos. De las siguientes opciones ¿cuál se corresponde mejor con la MAPA realizada?:



1. Normotensión y patrón dipper.
2. Normotensión y patrón no dipper.
3. Hipertensión y patrón dipper.
4. Hipertensión y patrón no dipper.

300323 CARDIOLOGÍA Normal 62% 18978

Solución: 1

Nos aportan un registro de monitorización ambulatoria de la presión arterial, aunque nos den la imagen, toda la información que necesitamos nos la dan en el texto.

Presenta cifras de tensión arterial < 140 y/o < 90 = Normotensión. El descenso nocturno es mayor al 10% = Patrón Dipper.

Pregunta 11434: (25) Pregunta vinculada a la imagen nº25. Hombre de 47 años que acude por presentar desde hace 48 horas fiebre y dolor torácico de características pleuríticas en hemitórax izquierdo, a pesar de estar recibiendo tratamiento desde hace 15 días con amoxicilina/clavulánico por una sinusitis de evolución tórpida. En la exploración la temperatura es de 37,8°C, la tensión arterial 180/100 mmHg, destaca el aspecto postrado del paciente. En la exploración cardiorrespiratoria y abdominal únicamente destacan unos crepitantes audibles en hemitórax izquierdo. Exploración neurológica normal. En la analítica destaca hemoglobina 10,5 g/dL y VCM 89 fL, 12.000 leucocitos/mm³ con discreta neutrofilia y plaquetas de 450.000/mm³. La creatinina es de 1,7 mg/dL. Una tira reactiva urinaria muestra 5-10 leucocitos, 5-10 hematíes y proteínas +. Se muestra la radiografía de tórax pósterioanterior. Indique cuál de las siguientes determinaciones analíticas solicitaría para confirmar el diagnóstico:



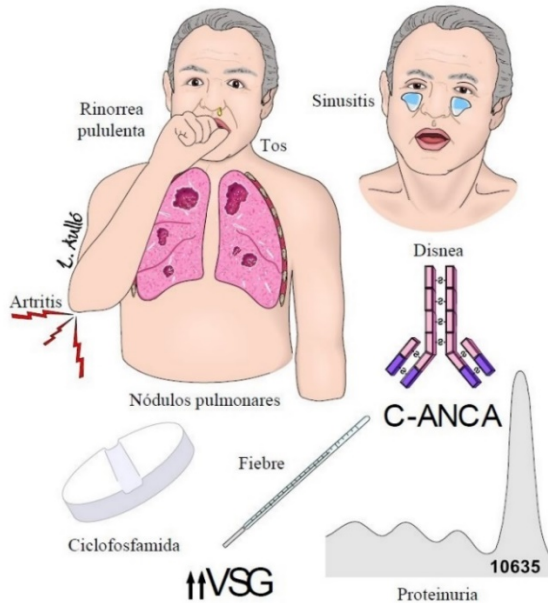
1. Anticuerpos anti-proteína 3.
2. Enzima convertidor de la angiotensina.
3. Galactomanano.
4. Anticuerpos anti-membrana basal glomerular.

300324 REUMATOLOGÍA Normal 55% 18979

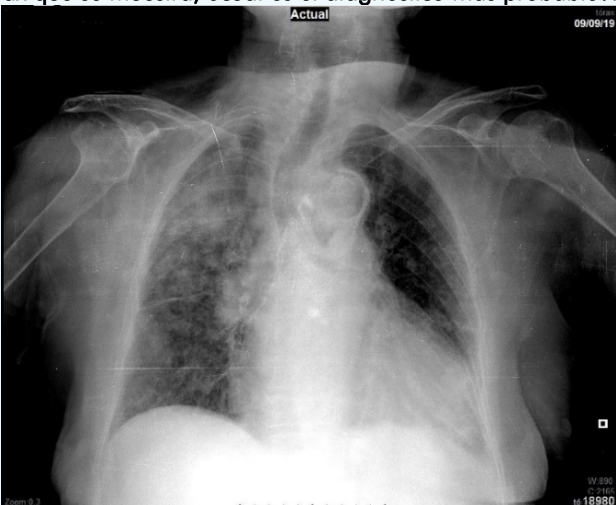
Solución: 1

Nos encontramos ante un caso clínico de **Granulomatosis con poliangeítis o enfermedad de Wegener** donde nos presentan una radiografía PA de tórax con la presencia de múltiples infiltrados bilaterales, alguno de ellos cavitado. La **sinusitis** suele ser la manifestación clínica más frecuente en el 51% de los casos apareciendo en su evolución hasta en un 85%. La **afectación pulmonar** se puede manifestar por infiltrados asintomáticos o

expresar clínicamente en forma de tos, hemoptisis, disnea y dolor retroesternal, apareciendo en el 85-90% de los pacientes. La **afectación renal** (77% de los pacientes) 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. Podría 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. La **trombocitosis** se puede observar como un reactivo de fase aguda. **En promedio, el 90% de los pacientes con granulomatosis y poliangeítis activa tienen ANCA contra proteinasa 3. Es muy grande la especificidad de la existencia o positividad de ANCA contra proteinasa 3, en particular si existe nefritis activa** (respuesta 1 correcta, respuestas 2, 3 y 4 incorrectas).



Pregunta 11435: (26) Pregunta vinculada a la imagen nº26. Mujer de 90 años con antecedentes de enfermedad de Alzheimer en estadio terminal (*Global Deterioration Scale 7*), dependencia para todas las actividades básicas de la vida diaria y disfagia ocasional a líquidos. Acude a urgencias por presentar en las últimas horas delirium hipoactivo, taquipnea, taquicardia rítmica y temperatura axilar de 37,3°C. La exploración física es dificultosa y no aporta más datos destacables. Ante la radiografía de tórax que se muestra, ¿cuál es el diagnóstico más probable?:



1. Tromboembolismo pulmonar.
2. Edema agudo de pulmón.
3. Neumonía intersticial aguda.
4. Neumonía broncoalveolar aguda.

300325 INFECCIOSAS Normal 50% 18980

Solución: 4

La radiografía de tórax muestra cardiomegalia, aterosclerosis del cayado aórtico y una condensación en la parte superior del pulmón derecho (que podría corresponder al segmento 6 -segmento superior del lóbulo inferior- o al lóbulo superior). Para averiguar si la lesión está en el lóbulo superior o inferior se necesitaría una proyección lateral (el lóbulo superior está por delante del inferior).

En el contexto clínico de la pregunta (mujer de 90 años con Alzheimer terminal y dependiente para actividades básicas, junto con disfagia y fiebre), sugiere una **neumonía bronco-alveolar aguda**, que suele localizarse en el segmento 6 del pulmón derecho (neumonía por bronco-aspirado) (respuesta 4 correcta).

El **tromboembolismo pulmonar** mostraría disnea brusca. Además, en el enunciado no aparece ningún factor pro-coagulante, que suele estar de forma constante en todos los enunciados de las preguntas del TEP (respuesta 1 incorrecta).

El **edema agudo de pulmón** mostraría un patrón alveolar bilateral con hilos prominentes, pinzamiento de senos costofrénicos, derrame cisural y redistribución vascular a campos superiores (respuesta 2 incorrecta).

Las **neumonías intersticiales** se muestran con patrón intersticial (no alveolar). Además, siempre que preguntan por este tipo de patologías suelen acompañar los resultados de una espirometría (con patrón restrictivo) (respuesta 3 incorrecta).

Pregunta 11436: (27) Pregunta vinculada a la imagen nº27. Hombre de 56 años con antecedentes de hipertensión arterial y cáncer de colon con metástasis hepáticas, actualmente en tratamiento quimioterápico. Acude a urgencias por disnea. Constantes: frecuencia cardíaca 110 lpm, tensión arterial 115/55 mmHg, frecuencia respiratoria 29 rpm, SatO2 89 %. Exploración: uso de musculatura respiratoria accesoria, murmullo vesicular conservado en todos los campos. La primera prueba diagnóstica de la que se dispone es el electrocardiograma. ¿Cuál es la sospecha clínica más probable?:



1. Fibrilación auricular.
2. Tromboembolismo pulmonar.
3. Síndrome coronario sin elevación del segmento ST (SCASEST).
4. Infarto agudo de miocardio de cara diafragmática.

300326 CARDIOLOGÍA Fácil 85% 18981

Solución: 2

El electrocardiograma presenta un **bloqueo de rama derecha**, con **sobrecarga de ventrículo derecho** (ondas T negativas V1-V4) y **S1QIII**. Estos hallazgos, junto con la clínica (disnea, taquicardia, taquipnea y desaturación), sugiere el diagnóstico de **tromboembolismo pulmonar** (respuesta 2 correcta). Además, en este tipo de preguntas siempre aparece un factor pro-coagulante (en este caso, la neoplasia).

El electrocardiograma presenta ondas P (más visibles en las derivaciones II y V1), por lo que se trata de un ritmo sinusal y no una **fibrilación auricular** (respuesta 1 incorrecta).

El **Síndrome Coronario Agudo Sin Elevación del Segmento ST (SCASEST)** hace referencia a una angina inestable o un infarto agudo de miocardio sin onda Q. En ambos casos, el síntoma "princeps" es el dolor torácico (y no la disnea). La onda T negativa en V1-V4 es "demasiado picuda"; no sugiere isquemia subepicárdica (en este caso se trata de sobrecarga del ventrículo derecho) (respuesta 3 incorrecta).

La "cara diafragmática" es la cara inferior. En un **infarto agudo de miocardio de cara diafragmática** o cara inferior debería estar elevado el segmento ST en las derivaciones II, III y aVF (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta 11437: (28) En relación con las proteínas plasmáticas, señale la afirmación INCORRECTA:

1. La albúmina se sintetiza en el hígado y se metaboliza en numerosos tejidos, permitiéndoles a los mismos aprovechar los aminoácidos provenientes de su degradación.
2. La albúmina es la proteína mayoritaria del plasma, por ello participa en el mantenimiento de la presión oncótica.
3. La albúmina interviene en el transporte de bilirrubina directa o conjugada, como así también de ácidos grasos, calcio, y algunas vitaminas, hormonas y fármacos.
4. Al existir numerosas variantes genéticas de la albúmina, es posible observar una doble banda de albúmina en un proteinograma, que se conoce como bisalbuminemia, pero que carece de significación clínica.

300327 FISIOLÓGÍA Normal 40%

Solución: 3

La **albúmina** es la **proteína mayoritaria del plasma**, siendo la principal responsable de la **presión coloidosmótica** del mismo (respuesta 2 incorrecta). Es de **síntesis hepática** y se degrada en varios tejidos, que pueden utilizar los aminoácidos obtenidos en su catabolismo en la síntesis de otras proteínas (respuesta 1 incorrecta).

Debido a su importante presencia en el plasma, la albúmina es una de las principales **proteínas de transporte**. Algunos de los principales compuestos transportados por la misma son los fármacos ácidos, el calcio o la **bilirrubina indirecta o no conjugada** (respuesta 3 correcta).

En el **proteinograma** la albúmina suele aparecer al inicio y como el pico más alto del mismo (después de la prealbúmina y antes de las alfa globulinas). Debido a las variantes genéticas de la albúmina, es posible observar una **doble banda** de albúmina en el proteinograma (**variante de la normalidad**) llamada **bisalbuminemia** (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta 11438: (29) En relación con la vía de las pentosas fosfato (conocida también como derivación de la hexosa monofosfato), indique la respuesta correcta:

1. La primera reacción de la rama no oxidativa de esta vía es la transformación de la glucosa 6-fosfato por la glucosa 6-fosfato deshidrogenasa.
2. Cuando la célula sólo requiere NADPH (forma reducida de nicotinamida adenina dinucleótido fosfato), la pentosa 5-fosfato de la vía se recicla a glucosa 6-fosfato mediante una carboxilación dependiente de biotina.
3. Las formas anormales de glucosa 6-fosfato deshidrogenasa con menor actividad catalítica afectan gravemente a los tejidos porque carecen de mecanismos alternativos para sintetizar NADPH o para inducir la síntesis del enzima.
4. La obtención de NADPH por esta vía protege particularmente a los eritrocitos de la agresión oxidativa.

300328 BIOQUÍMICA Normal 48%

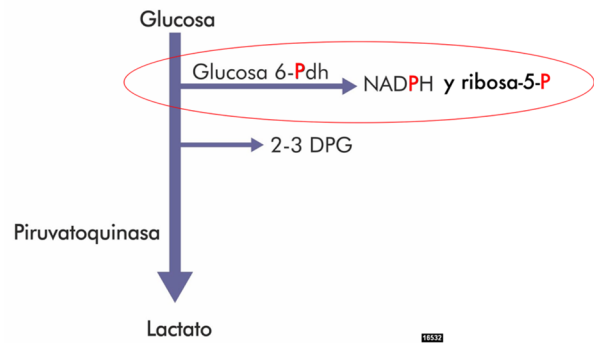
Solución: 4

La vía de las pentosas fosfato es una ruta oxidativa de la glucosa gracias a la cual se obtiene poder reductor en forma de NADPH y ribosa-5-P.

La **glucosa-6-fosfato deshidrogenasa** es el primer enzima y más importante de la rama **oxidativa** (respuesta 1 incorrecta).

Cuando la célula sólo requiere NADPH la pentosa 5-P se recicla a glucosa-6-P mediante una serie de reacciones que involucran **epimerasas, transcetolasas y aldolasas** (respuesta 2 incorrecta). El déficit o formas menos activas de glucosa-6-P deshidrogenasa disminuyen la capacidad de **generación de NADPH**, pero ésta es posible gracias a otras rutas como la **descarboxilación oxidativa del isocitrato** por la isocitrato deshidrogenasa (IDH) dependiente de NADP⁺ que también da lugar a este coenzima reducido (respuesta 3 incorrecta).

Los **eritrocitos**, células muy especializadas que no disponen de organelas y carecen de gran parte de la maquinaria enzimática, son especialmente **sensibles a** los agentes **oxidantes**, por lo que la regeneración del glutatión reducido gracias al NADPH conseguido en la **vía de las pentosas fosfato** es **esencial** para los mismos (respuesta 4 correcta).



Pregunta 11439: (30) Para conocer si el uso habitual de ácido acetilsalicílico se asocia a un mayor riesgo de hipertensión se selecciona un grupo de sujetos, se averigua cuántos están tomando ácido acetilsalicílico y se les sigue durante 5 años para identificar los casos nuevos de hipertensión. Señale la respuesta correcta sobre 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 aspirina 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.

300329 MEDICINA PREVENTIVA Fácil 97%

Solución: 4

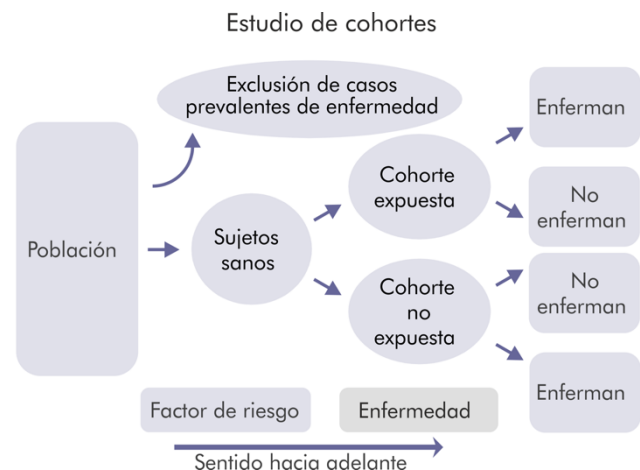
Para clasificar un estudio epidemiológico debemos fijarnos en 4 características: asignación (experimental/observacional), finalidad (descriptivo/analítico), seguimiento (transversal/longitudinal) y momento de inicio (prospectivo/retrospectivo).

La asignación de la exposición (en este caso ácido acetilsalicílico) es típica de los estudios experimentales (**ensayos clínicos**). En el enunciado nos dicen que los pacientes ya están tomando el ácido acetilsalicílico por lo que estaríamos ante un estudio observacional (respuesta 1 incorrecta).

Los **estudios ecológicos** son aquellos que estudian grandes poblaciones (ciudades, países, continentes), usando para ello datos agregados o secundarios extraídos de encuestas poblacionales o registros (respuesta 2 incorrecta).

Los **casos y controles** son estudios en los que los grupos de comparación se crean en función de la presencia o no de enfermedad al inicio del estudio. En el enunciado nos dicen que los grupos que están comparando dependen de si toman o no ácido acetilsalicílico, es decir, de si están expuestos o no (respuesta 3 incorrecta).

El estudio que nos presentan es observacional, analítico, longitudinal y prospectivo, lo que define a una **cohorte** (respuesta 4 correcta).



Pregunta 11440: (31) En una población se produjeron 2.000 accidentes mortales de tráfico desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2019. ¿Qué medida de frecuencia de accidentes se ha utilizado?:

1. Prevalencia puntual.
2. Prevalencia de periodo.
3. Letalidad.
4. Incidencia.

300330 MEDICINA PREVENTIVA Dificil 12%

Solución: 4

La **prevalencia** es una medida de frecuencia de enfermedad que tiene en cuenta el número total de casos presentes de una enfermedad entre la población total. Puede ser en un momento determinado (**prevalencia de punto**) o en un plazo de tiempo concreto (**prevalencia de periodo**). Tiene sentido hablar de prevalencia para enfermedades crónicas o que tengan una duración concreta en el tiempo. No se aplica para hablar de mortalidad (*respuestas 1 y 2 incorrectas*).

La **letalidad** de una enfermedad es una medida del número de muertes en población enferma, por lo que no se aplica en este caso (*respuesta 3 incorrecta*).

La **incidencia** como medida de frecuencia de enfermedad tiene en cuenta el número de casos nuevos de un evento que se producen en la población susceptible. En este caso nos presentan el número de nuevos accidentes de tráfico que se produjeron en un año, por lo que nos están hablando de casos incidentes (*respuesta 4 correcta*).

Pregunta 11441: (32) De los siguientes criterios de causalidad en una asociación estadística entre una exposición y un resultado, ¿cuál es el único necesario?:

1. Plausibilidad o coherencia biológica.
2. Consistencia.
3. Relación temporal adecuada.
4. Fuerza de la asociación.

300331 MEDICINA PREVENTIVA Fácil 87%

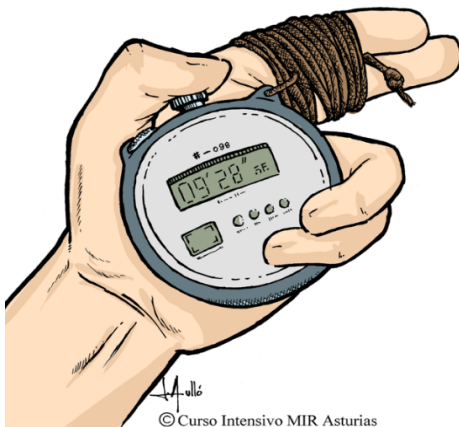
Solución: 3

Dentro de los criterios de causalidad o criterios de Bradford-Hill, la adecuada **secuencia temporal** (que la exposición a un factor de riesgo sea previa al desenlace) es considerada por algunos autores el criterio de causalidad más importante (*respuesta 3 correcta*).

La **plausibilidad biológica** como criterio de causalidad se define como ser capaces de explicar el mecanismo fisiopatológico que subyace a una relación causal, como puede ser el consumo de tabaco, capaz de producir alteraciones en el ADN de las células y el desarrollo de tumores (*respuesta 1 incorrecta*).

La **consistencia** de una relación causal se da cuando diferentes estudios realizados en distinto momento y lugar obtienen resultados similares (*respuesta 2 incorrecta*).

La **fuerza de la asociación** se expresa a través de las medidas de asociación (riesgo relativo, odds ratio) de tal modo que, a mayor valor en las medidas de asociación, existiría una mayor evidencia a favor de la relación causal.



Pregunta 11442: (33) Referido a los sesgos que afectan a la evaluación de las pruebas diagnósticas, señale la respuesta INCORRECTA:

1. El sesgo de adelanto diagnóstico se caracteriza porque la prueba, a pesar de no mejorar el pronóstico, parece mejorar la supervivencia de los pacientes.
2. El sesgo del voluntario sano se debe a que estos sujetos suelen ser más responsables de su salud, por lo que tendrían una mayor supervivencia independientemente del cribado.
3. El sesgo de duración se produce por seleccionar casos más graves y más letales.
4. El mejor método para eliminar estos sesgos es la aleatorización de los participantes; un grupo se someterá al cribado y otro no.

300332 MEDICINA PREVENTIVA Normal 36%

ANULADA

El **sesgo de duración de la enfermedad** es un sesgo del cribado que se produce cuando los casos más graves y agresivos de una enfermedad escapan al cribado, falleciendo en el intervalo que hay entre un cribado y otro. Por lo tanto, el cribado sólo permitiría detectar los casos más leves produciendo un falso aumento de supervivencia (*respuesta 3 correcta*).

El **sesgo de adelanto diagnóstico**, también llamado de supervivencia, se produce cuando el cribado lo único que consigue es adelantar el momento del diagnóstico de enfermedades sin llegar a modificar la supervivencia final. Se da sobre todo cuando se hace cribado de enfermedades que, de no ser por el cribado, no darían síntomas ni comorbilidad (*respuesta 1 incorrecta*).

El **sesgo del voluntario sano** se produce cuando hay una mayor participación en el cribado por parte de gente muy concienciada con su salud y que siguen hábitos de vida saludables, siendo por tanto menos susceptibles de enfermedad y con mayor supervivencia (*respuesta 2 incorrecta*).

La **aleatorización** o asignación aleatoria de la exposición, permite crear grupos que sean comparables y por tanto eliminar así posibles sesgos. En el caso del cribado, se aleatoriza en los ensayos de campo, asignando a los pacientes a distintas técnicas de cribado y repartiendo por igual los factores que puedan influir en la supervivencia (*respuesta 4 incorrecta*).

Finalmente, el Ministerio decidió **anular esta pregunta**. Quizás la duda puede surgir con la opción 4 de respuesta, que hace referencia a la aleatorización. Si bien es cierto que la aleatorización es el mejor método para controlar los sesgos en general, los sesgos mencionados en la pregunta (voluntario sano, adelanto diagnóstico y duración) son sesgos de selección y de información y no tanto sesgos de confusión, que son los que más se benefician de la aleatorización. El Ministerio no justifica los motivos de anulación de las preguntas y, en este caso, era esencialmente correcta.

SESGO	TIPO	EFEECTO
Voluntario sano	Selección	Parece que el cribado es mejor
Adelanto diagnóstico	Información	Parece que el cribado es mejor
Duración de la enfermedad	Selección	Parece que el cribado es mejor

Pregunta 11443: (34) Con respecto al riesgo relativo, señale la respuesta INCORRECTA:

1. Es la razón entre la incidencia acumulada en los expuestos y la incidencia acumulada en los no expuestos.
2. Sus valores varían entre 0 y 1.
3. No tiene unidades.
4. Para su correcta interpretación es necesario conocer su intervalo de confianza.

300333 MEDICINA PREVENTIVA Fácil 77%

Solución: 2

El riesgo relativo (RR) es una medida de asociación que se obtiene como un **cociente de incidencias acumuladas**, la de expuestos entre la de no expuestos (*respuesta 1 incorrecta*).

Es una razón y como tal sus **límites van de 0 a infinito** (*respuesta 2 correcta*) y **carece de unidades** (*respuesta 3 incorrecta*).

Valores del RR por encima de 1 indican aumento de riesgo y por debajo de 1, se consideran protectores. El valor nulo del RR es 1 y, por tanto, para poder ser considerado estadísticamente significativo, el **intervalo de confianza** del RR tendrá que excluir dicho valor nulo (*respuesta 4 incorrecta*).

Pregunta 11444: (35) De los cinco momentos recomendados en la higiene de manos, señale la respuesta INCORRECTA:

1. Antes del contacto con el paciente.
2. Después del contacto con el paciente.
3. Antes del contacto con el entorno del paciente.
4. Después del contacto con el entorno del paciente.

300334 MEDICINA PREVENTIVA Fácil 67%

Solución: 3

De acuerdo con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), existen 5 momentos para una correcta higiene de manos:

1. **Antes de tocar al paciente** (*respuesta 1 incorrecta*);
2. antes de realizar una tarea limpia/aséptica;
3. después del riesgo de exposición a líquidos corporales;
4. **después de tocar al paciente** (*respuesta 2 incorrecta*) y
5. **después del contacto con el entorno** del paciente (*respuesta 4 incorrecta*).

No está indicado el lavado de manos antes del contacto con el entorno del paciente (*respuesta 3 correcta*).

Pregunta 11445: (36) Entre las precauciones a tomar en el aislamiento por gotas se EXCLUYE:

1. Habitación individual.
2. Mascarilla de partículas (N95).
3. La puerta de la habitación puede permanecer abierta.
4. Poner al paciente una mascarilla quirúrgica si es preciso trasladarlo fuera de la habitación.

300335 MEDICINA PREVENTIVA Difícil -14%

Solución: 2

La transmisión por gotas supone el contacto con partículas de gotas de gran tamaño (mayores de 5 micras). Las medidas de prevención en el aislamiento por gotas incluyen:

- **Habitación individual** siempre que sea posible (*respuesta 1 incorrecta*), sin necesidad de ventilación de presión negativa **ni mantener siempre la puerta cerrada** (*respuesta 3 incorrecta*).
- Al entrar en la habitación, uso de mascarilla quirúrgica
- Al salir de la habitación, desechar la mascarilla
- Realizar el **transporte del paciente con mascarilla quirúrgica** (*respuesta 4 incorrecta*)

A diferencia del contagio por gotas, la transmisión aérea a distancia por gotículas (menos de 5 micras) es la típica de la M. tuberculosis. En este contagio se requiere habitación con sistema de ventilación de presión negativa y puerta cerrada. Además, al entrar en la habitación es necesario el **uso de mascarilla FFP2 o N95** (*respuesta 2 correcta*).



Las medidas de aislamiento pretenden evitar la transmisión de enfermedades contagiosas a partir de enfermos o infectados durante el periodo de contagiosidad

Pregunta 11446: (37) Informamos a la gerencia de nuestro hospital de que la densidad de incidencia de infección en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es de 15 por mil y nos preguntan qué significa esa cifra. Nuestra contestación debería ser:

1. Si hubiera 1.000 pacientes ingresados en la UCI, cada día habría 15 infecciones nuevas.
2. De cada 1.000 ingresos en el hospital, 15 se infectan en la UCI.
3. El riesgo diario de ingresar en la UCI es de 15 cada 1.000 habitantes en la población de referencia.
4. Se infectan 15 pacientes de cada 1.000 que ingresan en la UCI.

300336 MEDICINA PREVENTIVA Normal 42%

Solución: 1

La **densidad de incidencia** es una tasa que tiene en cuenta el número de casos nuevos que se producen para un determinado evento dividido entre la suma de personas-tiempo en observación. Por eso, su interpretación adecuada **debe tener en cuenta el tiempo de observación considerado**, que en este caso correspondería a un día (*respuesta 1 correcta*).

La incidencia acumulada, en cambio, se define como número de casos nuevos que se producen entre la población susceptible, lo que correspondería a las definiciones de las opciones 2 y 4 (incorrectas). El riesgo individual de enfermar se puede interpretar en la incidencia acumulada pero no en la densidad de incidencia, cuya interpretación es poblacional (*respuesta 3 incorrecta*).

INCIDENCIA (CASOS NUEVOS)		
	INCIDENCIA ACUMULADA	DENSIDAD DE INCIDENCIA
CONCEPTO	Probabilidad o riesgo individual de enfermar	Fuerza de morbilidad o velocidad de enfermar
COCIENTE	Proporción	Tasa
CARACTERÍSTICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Cohorte fija • Seguimiento completo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cohorte dinámica • Interpretación en grupo
INDICACIONES	<ul style="list-style-type: none"> • Estudios etiológicos • Cuantificación epidemias 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades con período de latencia largos • Tiempos observación diferentes
UNIDADES	No tiene	Tiempo ⁻¹
LÍMITES	0-1 (0-100%)	0- infinito

Pregunta 11447: (38) Una mujer embarazada acude a la consulta por una hipercolesterolemia. ¿Qué fármaco estará contraindicado por el riesgo elevado de anomalías fetales demostrado en humanos, que excede a su posible beneficio terapéutico?:

1. Ácido nicotínico.
2. Gemfibrozilo.
3. Simvastatina.
4. Colestiramina.

300337 FARMACOLOGÍA Difícil 26%

Solución: 3

El **ácido nicotínico** o su amida la nicotinamida son formas de vitamina B3 que pueden utilizarse como **complemento vitamínico** (normalmente a dosis menores que como antilipemiente) (*respuesta 1 incorrecta*). En el caso de la **simvastatina**, se han recibido, aunque raramente, informes de **anomalías congénitas después de la exposición intrauterina** a estos inhibidores de la HMG-CoA reductasa (estatinas) (*respuesta 3 correcta*). No se recomienda usar el **gemfibrozilo** (fibrato) ni la **colestiramina** (resina) en el embarazo por **no existir datos referentes a la seguridad** en el mismo (*respuestas 2 y 4 incorrectas*).

Pregunta 11448: (39) Ante un paciente con enfermedad de Parkinson que presenta náuseas al comienzo del tratamiento con agonistas dopaminérgicos, ¿qué fármaco utilizaría para mejorar dicho síntoma?:

1. Cleboprida.
2. Domperidona.
3. Metoclopramida.
4. Sulpirida.

300338 FARMACOLOGÍA Normal 25%

Solución: 2

La **sulpirida** es un antipsicótico típico que actúa como **antagonista dopaminérgico** sobre los receptores D₂ a nivel **central**. Este antagonismo puede **aumentar la afectación extrapiramidal**, por lo que está contraindicada en la enfermedad de Parkinson (*respuesta 4 incorrecta*).

La **metoclopramida** y la **cleboprida** son ortopramidas procinéticas y antieméticas que actúan como **antagonistas dopaminérgicos** a nivel del **SNC**. La diferencia entre éstas y la **domperidona** es que la última **no atraviesa fácilmente la barrera hematoencefálica**, actúa como antagonista dopaminérgico a nivel periférico y a nivel de los **quimiorreceptores** centrales, que se encuentran **fuera de la barrera hematoencefálica**, en el área postrema, por lo que no aumenta la afectación extrapiramidal en pacientes con Parkinson (*respuesta 2 correcta, 1 y 3 incorrectas*).

Pregunta 11449: (40) Uno de los siguientes fármacos es específico para prevenir la aparición de crisis epilépticas generalizadas no convulsivas, por bloquear los canales de calcio de tipo T. Indique cuál:

1. Levetiracetam.
2. Zonisamida.
3. Lamotrigina.
4. Etosuximida.

300339 FARMACOLOGÍA Dificil 12%

Solución: 4

El **levetiracetam** (actuando sobre la fijación de SV2A) y la **lamotrigina** (mediante la inhibición sobre todo de canales de Na) pueden utilizarse para **varios tipos de crisis** (*respuestas 1 y 3 incorrectas*). La **zonisamida** se utiliza para **crisis parciales** y actúa sobre canales de Ca y Na (*respuesta 2 incorrecta*). La **etosuximida** tiene una indicación muy particular ya que es **específica** para prevenir las **crisis de ausencias** (crisis epilépticas generalizadas no convulsivas), actuando sobre los **canales de calcio tipo T** (*respuesta 4 correcta*).

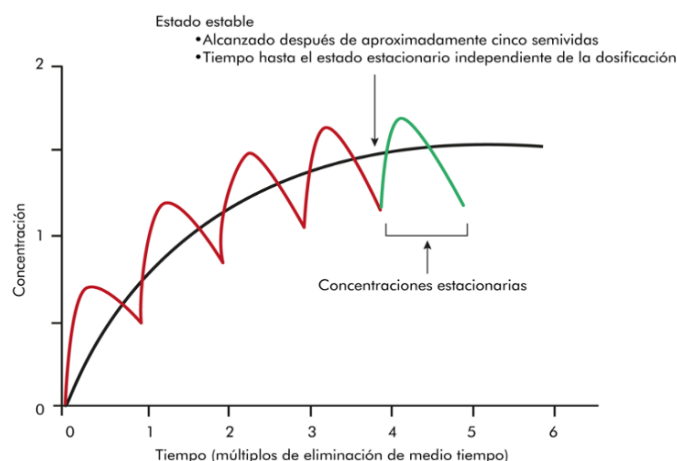
Pregunta 11450: (41) Si utilizamos una pauta de administración repetida con un fármaco que tiene una vida media de 8 horas, la concentración plasmática en equilibrio estacionario se alcanzará:

1. Tras 16 horas del comienzo de la administración.
2. Tras 24 horas del comienzo de la administración.
3. Tras 32 horas del comienzo de la administración.
4. Tras 40 horas del comienzo de la administración.

300340 FARMACOLOGÍA Normal 64%

Solución: 4

La **concentración plasmática en equilibrio estacionario** se alcanza mediante la administración de un fármaco de forma repetida tras **5 semividas del fármaco**. Si la vida media es de 8 horas, 5 semividas serán $8 \cdot 5 = 40$ horas (*respuesta 4 correcta, 1, 2 y 3 incorrectas*).



Pregunta 11451: (42) En relación con el control del flujo sanguíneo coronario, es FALSO que:

1. Si aumenta la fuerza de la contracción cardiaca, también aumenta la velocidad del flujo coronario.
2. En presencia de concentraciones muy bajas de oxígeno en los miocitos, aumenta la disponibilidad de adenosina.
3. El efecto directo de la activación simpática coronaria puede provocar tanto vasoconstricción como vasodilatación.
4. Los efectos directo e indirecto de la actividad parasimpática coronaria (vagal) provocan vasodilatación de las arterias coronarias.

300341 FISIOLÓGÍA Dificil 1%

Solución: 4

Pregunta difícil, sacada de manera literal del libro de fisiología. Si aumenta la fuerza de contracción hace que se incremente la velocidad del flujo coronario (sobre todo venoso por efecto de compresión de las venas coronarias) (*respuesta 1 incorrecta*).

Si baja la concentración de oxígeno aumenta la disponibilidad de la adenosina como mecanismo de defensa ya que esta produce vasodilatación de la microcirculación (*respuesta 2 incorrecta*).

La noradrenalina y la adrenalina (simpático) pueden producir tanto vasoconstricción como vasodilatación (*respuesta 3 incorrecta*).

Los efectos indirectos y directos de la estimulación parasimpática tienen efectos opuestos, mientras que los efectos directos de la acetilcolina producen dilatación de las arterias coronarias, el efecto indirecto es la vasoconstricción (*respuesta 4 correcta*).

Pregunta 11452: (43) Indique cuál de los siguientes factores provoca un aumento de la cantidad de oxígeno que libera la hemoglobina:

1. Disminución de los iones hidrógeno.
2. Disminución del CO₂.
3. Aumento de la temperatura.
4. Disminución del 2,3-bis-fosfoglicerato.

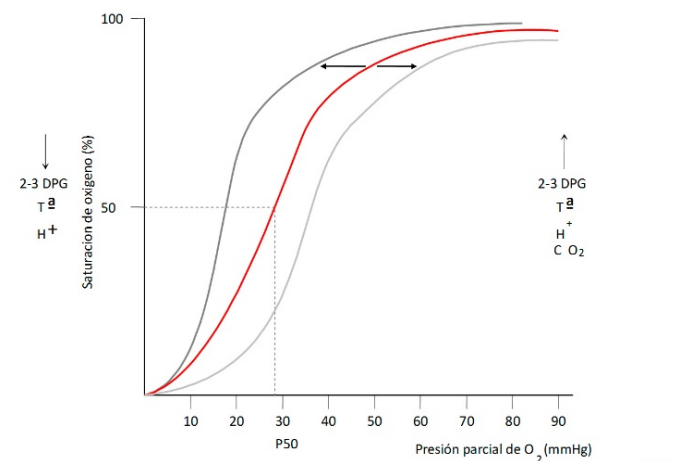
300342 FISIOLÓGÍA Fácil 93%

Solución: 3

La **función principal** de la hemoglobina es el transporte de oxígeno de los pulmones a los tejidos y del CO₂ de los tejidos a los pulmones.

Se denomina **efecto Bohr** a la disminución de la afinidad de la hemoglobina por el oxígeno (aumento de liberación del O₂) cuando aumentan los protones (H⁺) (*respuesta 1 incorrecta*).

El aumento del CO₂, del 2-3 DPG y de la temperatura aumentan la liberación de O₂ a los tejidos (*respuestas 2 y 4 incorrectas, respuesta 3 correcta*) al desplazar la curva de disociación de la Hb por el O₂ hacia la derecha.



Pregunta 11453: (44) El proceso de anticipación genética, por el que las manifestaciones clínicas de una enfermedad son más graves a medida que pasa de una generación a otra, es consecuencia habitualmente de:

1. Acumulación de mutaciones puntuales en un gen a medida que pasan las generaciones.
2. Acumulación de mutaciones puntuales en varios genes de la misma vía a medida que pasan las generaciones.
3. Mutaciones por expansión de tripletes.
4. Cambios transgeneracionales en la acetilación de la cromatina.

300343 GENÉTICA Fácil 76%

Solución: 3

Las **mutaciones dinámicas por expansiones de tripletes** son alteraciones en el número de repeticiones de secuencias de ADN (respuesta 3 correcta). En cada generación la secuencia repetitiva se altera más y los síntomas aparecen en edades más tempranas lo que se conoce como proceso de anticipación genética. Este concepto lo han preguntado en los mires 2017, 2018 y en este, 2019.

Los **cambios en la acetilación de histonas**, proteínas que junto con el ADN y ARN constituyen la **cromatina**, ocupan un lugar importante en las rutas de envejecimiento y de carcinogénesis en eucariotas (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta 11454: (45) Mujer de 15 años que presenta un retraso en la menarquia y una talla baja. No tiene discapacidad intelectual. ¿Cuál de las siguientes pruebas genéticas se utilizaría habitualmente para el diagnóstico de esta paciente?:

1. Secuenciación masiva (NGS).
2. FISH.
3. Microarrays de ADN y/o de ARN.
4. Cariotipo.

300344 GENÉTICA Fácil 95%

Solución: 4

Ante la triada retraso en la menarquia, talla baja y ausencia de discapacidad intelectual debes sospechar un síndrome de Turner y el diagnóstico de confirmación se realiza con el **cariotipo** al confirmar la presencia de un único cromosoma X y ausencia del otro (respuesta 4 correcta).

Las técnicas de **secuenciación masiva** del ADN o de segunda generación (next-generation sequencing o **NGS**) han contribuido a conocer, diagnosticar y establecer tratamientos dirigidos a las mutaciones genéticas en enfermedades hereditarias y en cáncer logrando lo que se denomina medicina de precisión (respuesta 1 incorrecta).

FISH o hibridación fluorescente *in situ* es una técnica de marcaje de **cromosomas** mediante la cual estos son hibridados con **sondas** que emiten fluorescencia y permiten el estudio de las anomalías cromosómicas (**aneuploidías**, microdeleciones, duplicaciones, inversiones). Podría usarse para estudiar el cromosoma X o su ausencia pero para el diagnóstico de síndrome de Turner se prefiere el cariotipo.

Pregunta 11455: (46) En el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal pueden utilizarse anticuerpos monoclonales humanizados dirigidos frente al TNF-alfa (como el adalimumab) o frente a la integrina $\alpha 4\beta 7$ (como el vedolizumab). En relación con la integrina $\alpha 4\beta 7$ (también llamada LPAM-1) es cierto que:

1. Se une a ICAM-1 y es responsable del paso de linfocitos desde la sangre periférica a los ganglios linfáticos.
2. Es un receptor para TNF- α en los linfocitos T CD4+ del sistema linfóide asociado a mucosas.
3. Se expresa en las células del epitelio gastrointestinal en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal.
4. Se une a la adhesina MadCAM-1 y favorece el paso de linfocitos desde la sangre periférica a la placa de Peyer y la lámina propia intestinal.

300345 INMUNOLOGÍA Difícil 31%

Solución: 4

Las integrinas son proteínas de la superficie celular que median la adhesión y migración celular, favoreciendo por ejemplo la llegada de los leucocitos al foco inflamatorio. Las dos integrinas

más importantes de los leucocitos son LFA-1 que se une a ICAM-1 (respuesta 1 incorrecta), y VLA-4 que se une a VCAM-1.

La **integrina $\alpha 4\beta 7$** o **LPAM-1** (lymphocyte Peyer's path adhesion molecule 1) se expresa sobre todo en linfocitos T cooperadores y su función es unirse a **MadCAM-1** (mucosal addressin cell adhesion molecule 1) que se expresa fundamentalmente en las células endoteliales de las placas de Peyer y de la pared intestinal, favoreciendo la migración de los linfocitos a dichos lugares (respuesta 4 correcta)

El bloqueo de la integrina $\alpha 4\beta 7$ a través de un anticuerpo monoclonal humanizado como el vedolizumab impide la correcta migración de los linfocitos al intestino y placas de Peyer, lo que ha demostrado ser de utilidad en la colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn activas moderadas / graves.

Pregunta 11456: (47) El Ministerio de Sanidad recomienda que durante el tercer trimestre del embarazo las mujeres sean revacunadas frente a Bordetella pertussis, causante de la tosferina. ¿Por qué?:

1. Para que el sistema inmune de la madre produzca anticuerpos de isotipo IgM, específicos contra el patógeno, que permitan que tanto ella como el feto se encuentren inmunizados.
2. Para que el sistema inmune de la madre produzca anticuerpos de isotipo IgG, específicos contra el patógeno, que permitan que, tras el nacimiento, el bebé se encuentre inmunizado de forma pasiva.
3. Para que el sistema inmune del feto produzca anticuerpos de isotipos IgM e IgG, específicos contra el patógeno, que permitan que, tras el nacimiento, el bebé se encuentre inmunizado de forma activa.
4. Para que el sistema inmune de la madre produzca linfocitos T memoria, que atraviesen la placenta y permitan que, tras el nacimiento, el bebé se encuentre inmunizado de forma pasiva.

300346 INMUNOLOGÍA Fácil 95%

Solución: 2

El calendario vacunal de la embarazada incluye la vacunación frente a **Bordetella pertussis** en la semana 27 de gestación con Tdpa con el objetivo de prevenir la tos ferina maligna del lactante. La vacunación se basa en la producción (por parte de la madre) de anticuerpos de tipo **IgG**, que son el único isotipo de inmunoglobulina capaz de cruzar la barrera placentaria e inmunizar así, de manera pasiva, al feto y, posteriormente, al recién nacido durante sus primeros meses de vida (respuesta 2 correcta).

VACUNACIÓN EN EL EMBARAZO

- **Recomendadas: Td, Tdpa y gripe.**
- Sin contraindicaciones: VHA, VHB, Haemophilus b, meningococo C y polio inactivada.
- No recomendadas, valorar riesgo/beneficio: rabia, VNP23, VNC13 y VPH.
- Contraindicadas: triple vírica, varicela, fiebre amarilla, fiebre tifoidea oral y BCG

Pregunta 11457: (48) En una mujer de 40 años, no embarazada y sin antecedentes patológicos de interés, diagnosticada de rinitis alérgica leve-moderada intermitente por sensibilización a pólenes de gramíneas, ¿cuál de los siguientes tratamientos sintomáticos es de elección?:

1. Hidroxicina oral y bromuro de ipratropio (aerosol nasal).
2. Bilastina oral y mometasona (aerosol nasal).
3. Dexclorfeniramina oral y cromoglicato tópico nasal.
4. Ketotifeno oral y oximetazolina tópica nasal.

300347 OTORRINOLARINGOLOGÍA Normal 51%

Solución: 2

En la pregunta nos describen un caso de **rinitis leve-moderada** (no grave) e **intermitente** (lo que tradicionalmente se llamaba "estacional"), es decir, **no persistente** (lo que antiguamente se llamaba "perenne"). Para esta situación la guía ARIA recomienda o bien una **combinación de corticoide intranasal con antihistamínico oral** (respuesta 2 correcta: mometasona + bilastina), o bien corticoide intranasal solamente.

El **bromuro de ipratropio** es un anticolinérgico, usado por ejemplo en la rinitis vasomotora (respuesta 1 incorrecta).

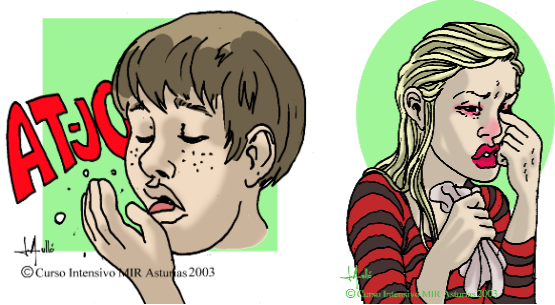
El **cromoglicato sódico** es un estabilizador de mastocitos (es decir, inhibe la liberación de mediadores de inflamación por parte de los mastocitos) (respuesta 3 incorrecta).

La **oximetazolina** es un agonista alfa adrenérgico con efecto vasoconstrictor, usado como descongestionante nasal (respuesta 4 incorrecta). Es importante no usarlo más allá de unos pocos días para prevenir la "rinitis medicamentosa" por habituación al descongestionante.

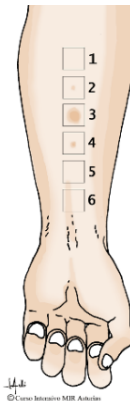
La **bilastina** (respuesta 2 correcta), es un antihistamínico H1 de segunda generación (que no atraviesa la barrera hematoencefálica), y que produce menos somnolencia que los otros antihistamínicos H1 de primera generación citados en las respuestas incorrectas (**hidroxizina**, **dexclorfeniramina** y **ketotifeno**, respuestas 1, 3 y 4 incorrectas), que atraviesan la barrera hematoencefálica y producen sedación.



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



Prick test: se considera como prueba cutánea positiva de alergia la aparición de eritema y pápula a los pocos minutos.

Pregunta 11458: (49) Hombre de 60 años en tratamiento con carbamazepina por padecer epilepsia y que presenta fiebre (38,8°C), odinofagia, conjuntivitis, lesiones cutáneas parduzcas extendidas en una gran parte de la superficie corporal, de aspecto similar a una diana y que se acompañan de desprendimiento epidérmico (superior al 30 %) al menor roce. Es muy probable que esté presentando un cuadro clínico de:

1. Urticaria aguda de causa farmacológica.
2. Eritema exudativo menor secundario a fármacos.
3. Síndrome de Stevens-Johnson farmacológico.
4. Necrolisis tóxica epidérmica.

300348 DERMATOLOGÍA Normal 42%

Solución: 4

El complejo Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) / Necrosis epidérmica tóxica (NET) es un cuadro tóxico producido por fármacos donde la clínica es similar pero varía la superficie corporal

afectada. Comienza con un cuadro prodrómico pseudogripal (fiebre), tras el que aparece un exantema maculo papular eritematoso y edematoso rápidamente confluyente y extenso con formación de vesículas y ampollas flácidas, que se rompen y dejan amplias superficies denudadas (despegamiento de amplias áreas de la piel). Además hay afectación de varias mucosas: erosiones en boca, genitales, faringe, conjuntiva ocular, laringe... El signo de Nikolski es positivo. Como la afectación cutánea es de > 30% se trata de una **necrosis tóxica epidérmica** (respuesta 4 correcta) o síndrome de Lyell. Si el despegamiento epidérmico fuese < 10% entonces estaríamos ante un Stevens-Johnson (respuesta 3 incorrecta). En los casos intermedios (10-30%) se habla de overlap, puesto que es todo un espectro. La lesión elemental de la urticaria son los habones o ronchas, que no nos describen (respuesta 1 incorrecta). En el eritema exudativo menor secundario a fármacos hay lesiones en diana como las que nos describen, pero de distribución acral, pero sin afectación del estado general y sin despegamientos epidérmicos (respuesta 2 incorrecta).

Pregunta 11459: (50) Son causa de calcificación metastásica todas las siguientes EXCEPTO:

1. Necrosis celular.
2. Enfermedad de Paget del hueso.
3. Metástasis ósea difusa.
4. Elevación de hormona paratiroidea.

300349 ANATOMÍA PATOLÓGICA Dificil 14%

Solución: 1

La calcificación metastásica se produce, POR DEFINICIÓN, en tejido viable (respuesta 1 correcta, y en el contexto de la pregunta opción correcta). Este tipo de calcificación se produce en tejidos normales siempre que exista -HIPERCALCEMIA- como en la enfermedad de Paget del hueso (respuesta 2 incorrecta), metástasis óseas difusas (respuesta 3 incorrecta) o alteraciones de las hormonas reguladores del metabolismo del calcio que llevan a elevación de la calcemia, como aumentos de la PTH (respuesta 4 incorrecta). Otras alteraciones que pueden llevar a la hipercalcemia serían: insuficiencia renal, intoxicación por vitamina D, inmovilización prolongada, sarcoidosis, diálisis crónica, síndrome de leche y alcalinos; entre muchas otras.

Incidentalmente decir que la calcificación DISTRÓFICA es la que afecta a tejidos NO VIABLES/NECRÓTICOS.

Pregunta 11460: (51) El vasopresor de elección para mantener la presión de perfusión en un enfermo con shock séptico es:

1. Dopamina.
2. Noradrenalina.
3. Dobutamina.
4. Fenilefrina.

300350 URGENCIAS Dificil 19%

Solución: 2

En el tratamiento de todo tipo de **shock** es fundamental conseguir restaurar una adecuada perfusión y aporte de oxígeno a los tejidos, así como controlar y mantener las funciones respiratorias y circulatorias. Los fármacos de elección son aquellos con acción vasoactiva, como son dopamina, noradrenalina, dobutamina y adrenalina.

La **noradrenalina** es, en la actualidad, el fármaco de elección en el tratamiento del **shock séptico**, ya que es un vasopresor ideal para mantener la presión de perfusión a expensas de vasoconstricción sin aumentar el gasto cardíaco ni el consumo de oxígeno, y al producir vasoconstricción preferentemente en la arteriola eferente glomerular aumenta la fracción de filtración y puede mejorar la diuresis.

La **dopamina** se utiliza de inicio a dosis baja o inotrópica positiva y según la evolución, a dosis elevadas por sus efectos vasoconstrictores. Es de utilidad en pacientes con función sistólica comprometida, pero provoca más taquicardia y es más arritmogénica; y en la actualidad, **NO** se recomienda en el tratamiento del shock séptico.

La **dobutamina** se utilizaría cuando **NO** se consiguen los objetivos terapéuticos a pesar de una correcta reposición de volumen y de la administración a dosis plenas de los anteriores vasopresores. Se puede considerar en pacientes con gasto cardíaco

bajo. La **vasopresina** también podría utilizarse en el **shock séptico refractario** a la expansión de volumen y otras aminas vasoactivas.

La **fenilefrina** (respuesta 4 incorrecta) no sería útil en el shock séptico. La **fenilefrina**, es un agonista α -1 selectivo usado principalmente como descongestivo nasal y como un agente para dilatar la pupila e incrementar la presión arterial. **NO** se utiliza en el shock séptico

La **adrenalina** es el tratamiento de elección para el **shock anafiláctico**.

Pregunta 11461: (52) Durante una anestesia general la temperatura del paciente ha ido aumentando progresivamente y usted llega a la conclusión de que sufre un cuadro de hipertermia maligna. Referente a esta complicación, una de las siguientes afirmaciones es cierta:

1. Está producida por el uso de anestésicos halogenados y relajantes musculares no despolarizantes. Debe tratarse con benzodiazepinas.
2. Está producida por el uso de barbitúricos y opioides. Debe tratarse con dantroleno.
3. Está producida por el uso de anestésicos halogenados y relajantes musculares despolarizantes. Debe tratarse con dantroleno.
4. Está producida por el uso de ketamina y anestésicos locales. No tiene tratamiento.

300351 ANESTESIOLOGÍA Fácil 88%

Solución: 3

Los **anestésicos halogenados** (*halotano, isoflurano, sevoflurano, etc*) y los **relajantes musculares despolarizantes** (*succinilcolina* como único representante de este grupo) son agentes desencadenantes de **hipertermia maligna** en pacientes predispuestos. Produce una alteración en la liberación del calcio a nivel del retículo sarcoplásmico que se traduce en una contracción muscular mantenida. El tratamiento general incluye detener los agentes desencadenantes y soporte vital mientras que el **tratamiento específico es el dantroleno** (respuesta 3 correcta).

Los relajantes musculares no despolarizantes (*rocuronio, cisatracurio*), barbitúricos, opioides, ketamina y los anestésicos locales son **fármacos seguros** en la hipertermia maligna (respuestas 1, 2 y 4 incorrectas).

Pregunta 11462: (53) ¿Cuál de las siguientes funciones NO corresponde a los Comités de Ética Asistencial?:

1. Realizar el asesoramiento ético preceptivo de un ensayo clínico con seres humanos.
2. Asesorar en casos clínicos con dilemas éticos complejos donde es recomendable una deliberación cuidadosa.
3. Explorar las necesidades formativas en el campo de la bioética de los profesionales de la institución.
4. Asesorar a pacientes o familiares que consultan sobre un problema ético en relación con la asistencia sanitaria.

300352 BIOÉTICA Difícil -1%

Solución: 1

El **Comité de Ética Asistencial (C.E.A)** es un órgano consultivo e interdisciplinar, al servicio de los profesionales y usuarios de los centros sanitarios (respuestas 2 y 4 incorrectas), constituido para analizar y asesorar en la resolución de conflictos éticos que puedan surgir como consecuencia de la labor asistencial.

Entre sus funciones se encuentran proteger los derechos de los pacientes, facilitar el proceso de decisión clínica en las situaciones que creen conflictos éticos entre el personal sanitario, el paciente o usuario y la Institución, colaborar en la formación en Bioética de los profesionales del hospital (respuesta 3 incorrecta) y proponer protocolos y guías de actuación para las situaciones en que surgen conflictos éticos de manera reiterada u ocasional. Por su parte, un **Comité Ético de Investigación con medicamentos (CEIm)**, anteriormente conocido como Comité Ético de Investigación Clínica) es un órgano que se encarga de la supervisión y el control continuado de los ensayos clínicos con fármacos. Por tanto, el asesoramiento ético en lo concerniente a los ensayos clínicos es función del CEIm y no del CEA (respuesta 1 correcta).

Pregunta 11463: (54) Respecto a los tumores de las glándulas salivales:

1. El carcinoma adenoide quístico es el tumor más frecuente de las glándulas salivales y asienta típicamente en la glándula parótida.
2. El carcinoma adenoide quístico es el tumor más frecuente de las glándulas salivales y asienta típicamente en la glándula submaxilar.
3. El adenoma pleomorfo es el tumor más frecuente de las glándulas salivales y asienta típicamente en la glándula parótida.
4. El adenoma pleomorfo es el tumor más frecuente de las glándulas salivales y asienta típicamente en la glándula submaxilar.

300353 C. MÁXILOFACIAL Fácil 72%

Solución: 3

El **adenoma pleomorfo** o tumor mixto benigno es el **tumor más frecuente de las glándulas salivales**. Más frecuentemente afecta las glándulas salivares mayores, especialmente la **parótida** (respuesta 3 correcta; respuestas 1, 2 y 4 incorrectas). Los tumores parotídeos suelen ser benignos. Los adenomas pleomorfos también son los tumores más frecuentes de glándula lagrimal.

Pregunta 11464: (55) Señale cuál de los siguientes es el colgajo locorreional indicado para la cobertura de un defecto cutáneo de la cara interna de la rodilla:

1. Colgajo de músculo recto abdominal transverso basado en la arteria epigástrica inferior profunda.
2. Colgajo de gastrocnemio medial, basado en la arteria sural media.
3. Colgajo anterolateral de muslo, basado en la rama descendente de la arteria circunfleja femoral lateral.
4. Colgajo radial fasciocutáneo, basado en ramas perforantes de la arteria radial.

300354 C. PLÁSTICA Difícil 7%

ANULADA

Un colgajo locorreional es una plastia pediculada que se transfiere en proximidad.

El **colgajo de músculo recto abdominal transverso (TRAM)** basado en la arteria epigástrica inferior profunda es un colgajo músculo-cutáneo que puede usarse pediculado (poco frecuente) para reconstrucciones del área ínguino-perineal o como colgajo libre sobre todo en la reconstrucción de la mama (respuesta 1 incorrecta). El **colgajo anterolateral de muslo**, basado en la rama descendente de la arteria circunfleja femoral lateral es un colgajo cutáneo que puede usarse pediculado (poco frecuente) para reconstrucción de la región de la cadera e inguino-perineal o como colgajo libre para cobertura en otras partes del cuerpo (respuesta 3 incorrecta). El **colgajo radial fasciocutáneo** es un colgajo axial basado en los vasos radiales (no es un colgajo de vasos perforantes). Puede usarse pediculado para reconstrucción en la mano (a flujo reverso) o libre (más frecuente) para reconstrucciones sobre todo en cabeza y cuello (respuesta 4 incorrecta). El **colgajo de músculo gastrocnemio medial**, basado en la arteria sural interna o medial se usa para cobertura de rodilla (cara anterior e interna) y de tercio superior de la tibia. Su uso libre es excepcional (respuesta 2 correcta).

NOTA:

Esta pregunta ha sido anulada por el Ministerio.

La causa más probable de anulación es por un error tipográfico. En la respuesta 2 se dice que el colgajo del músculo gastrocnemio medial se nutre por la arteria sural media. Debería decir medial. Aunque coloquialmente se entiende, pero en puridad la arteria sural media no existe.

Menos probable es la anulación al aceptar que el colgajo anterolateral de muslo puede usarse a pedículo inverso o basado en una perforante distal para la cobertura de la rodilla.

- El colgajo anterolateral de muslo a pedículo distal no está basado en la arteria descendente de la circunfleja externa sino en las comunicaciones que esta arteria tiene con el sistema arterial que rodea la rodilla.
- El colgajo de perforantes distales tipo "propeller" no permite la cobertura de la cara interna de la rodilla

Pregunta 11465: (56) En cuanto a la reconstrucción de la sonrisa en pacientes con parálisis facial, podemos afirmar que:

1. No se recomienda realizar una reconstrucción dinámica sin hacer previamente una reconstrucción estática.
2. La reconstrucción dinámica consiste en realizar una transferencia de músculo neurotizado.
3. La reconstrucción estática está indicada en casos en los que la parálisis facial lleva establecida menos de un año.
4. Las suturas nerviosas directas desde un nervio motor con el nervio facial dañado pueden ser realizadas en los primeros meses de producirse la lesión del nervio facial.

300355 C. PLÁSTICA Normal 55%

Solución: 4

Para la reconstrucción en pacientes con parálisis facial podemos utilizar 3 tipos de técnicas: actuaciones directas sobre el nervio y reconstrucciones estáticas o dinámicas. Las actuaciones directas sobre el nervio consisten en suturas directas (sólo posibles si se ha producido una sección del nervio tras una herida o una intervención quirúrgica), injertos nerviosos o neurotizaciones directas desde un nervio motor (por ejemplo, el nervio hipogloso). **Las actuaciones directas sobre el nervio deben realizarse durante el primer año tras la lesión (respuesta 4 correcta).** Las reconstrucciones estáticas permiten corregir las desviaciones faciales mejorando la estética facial en reposo. Son técnicas estáticas aquellas que "anclan" la comisura facial a puntos fijos (arco cigomático). **No permiten restaurar la sonrisa y están especialmente indicadas cuando no pueden utilizarse técnicas dinámicas o éstas han fracasado (respuesta 1 incorrecta) y ha transcurrido más de 1 año desde la instauración de la parálisis (respuesta 3 incorrecta).** Las reconstrucciones dinámicas se realizan mediante transposición de músculos faciales (temporal, bucinador...) o mediante transferencias musculares libres neurotizadas (colgajo músculo gracilis libre neurotizado); por consiguiente **tanto las transposiciones musculares como las transferencias libres neurotizadas son técnicas dinámicas (respuesta 2 incorrecta).**

Pregunta 11466: (57) En relación con los analgésicos opioides potentes que se utilizan habitualmente para tratar el dolor intenso en pacientes con enfermedad crónica avanzada irreversible, señale la respuesta INCORRECTA:

1. El fentanilo debe ajustarse en caso de insuficiencia renal.
2. La morfina presenta una vida media de 4 horas.
3. La oxidodona presenta menor incidencia de náuseas que la morfina.
4. La buprenorfina se puede administrar transdérmicamente.

300356 C. PALIATIVOS Difícil -19%

Solución: 2

El fentanilo debe ajustarse en caso de insuficiencia renal aunque, según ficha técnica, en paciente al final de la vida esto no es tan necesario (respuesta 1 incorrecta). Esta respuesta fue la que se dio inicialmente por falsa y tras las impugnaciones se modificó. **La vida media de la morfina es de 1,5-2 horas**, la analgesia suele durar 3-7 horas y por ello se suele administrar cada 4 horas (respuesta 2 correcta).

La oxidodona presenta menos toxicidad digestiva, **menos incidencia de náuseas que la morfina (respuesta 3 incorrecta).**

La buprenorfina y el fentanilo se pueden administrar por vía **transdérmica (respuesta 4 incorrecta).**

Morfina	Horas
Vida media	1,5-2
Duración efecto	3-7
Administración	Cada 4

Otros opiáceos	Característica
Buprenorfina, Fentanilo	Vía trasdérmica
Fentanilo (dolor irruptivo)	Vía trasmucosa
Oxidodona, oxidodona+naloxona	Menor toxicidad digestiva

Pregunta 11467: (58) Ante un paciente que se encuentra en situación terminal, con un pronóstico vital inferior a un mes, y que presenta un cuadro de anorexia intensa, señale cuál de los siguientes tratamientos le parece más apropiado para tratar este síntoma:

1. Acetato de megestrol (320 - 480 mg/día).
2. Paroxetina (10 - 20 mg/día).
3. Oxibutinina (2,5 - 10 mg/día).
4. Dexametasona (4 - 8 mg/día).

300357 C. PALIATIVOS Difícil -12%

Solución: 4

Esta es una de las preguntas más difíciles del MIR 2019.

El **acetato demegestrol (AM)**, dosis entre **160 y 480 mg/d**, es el fármaco indicado en el tratamiento del síndrome anorexia-caquexia por cáncer. Hasta la actualidad ningún fármaco ha demostrado superioridad frente al AM en eficacia y tolerabilidad (corticosteroides, dronabinol, nandrolona, cisaprida, ácidosw-3, ...) (respuestas 2 y 3 incorrectas).

En relación con los glucocorticoides, **dexametasona 4 mg/d**, un ensayo clínico randomizado concluyó que su eficacia es similar a la del AM. Sin embargo, su actividad es de corta duración (< 4 semanas) y provoca más efectos secundarios a largo plazo (resistencia a insulina, retención hídrica, miopatía esteroidea, gastritis) que AM. Por esta eficacia a corto plazo y los potenciales efectos secundarios graves con el uso prolongado, se prefiere la **dexametasona** cuando se prevé un tratamiento y una **esperanza de vida < 6 semanas**, el caso de este paciente con un pronóstico < 1 mes (respuesta 4 correcta). En el caso de los pacientes con mayor esperanza de vida, el **AM** es más apropiado (respuesta 1 incorrecta).

Caquexia-anorexia por cáncer	Acetato megestrol	Dexametasona
Eficacia	similar	similar
Toxicidad	menor	mayor
Se adquiere tolerancia	no	precoz, requiere aumentar dosis
Elección	SI, excepto al final de la vida	En las últimas 4-6 semanas de vida

Pregunta 11468: (59) De los siguientes métodos, ¿cuál es el más fiable para la estimación del intervalo post-mortem en el período precoz de la muerte?:

1. Cuantificación de potasio en humor vítreo.
2. Observación de la evolución de las livideces cadavéricas.
3. Determinación de la temperatura rectal.
4. Valoración de la reactividad ocular al colirio de acetilcolina.

300358 MEDICINA LEGAL Difícil 0%

Solución: 3

El método más fiable para la estimación del intervalo post-mortem en el período precoz de la muerte es la **determinación de la temperatura rectal (respuesta 3 correcta)**; respecto a este enfriamiento, disponemos de las tablas de Marshall, que están basadas en estudios sobre la curva de dispersión térmica. Se realizan mediciones termométricas en el recto para seguir la evolución del enfriamiento y se expresan en períodos de 3 horas, de modo que durante las tres primeras horas post-mortem, la temperatura desciende 0,5°C por hora y desde las 3 a las 9 horas post-mortem, la temperatura desciende 1°C por hora. Las **livideces cadaavéricas (respuesta 2 incorrecta)** se inician bajo la forma de pequeñas manchas aisladas, que van confluyendo paulatinamente. Cuando el cadáver yace en decúbito supino, hacen su primera aparición en la región posterior del cuello, apareciendo las primeras entre los 20-45 minutos post-mortem. Existen **hallazgos en el globo ocular**, que van a traducir la existencia de **deshidratación post-mortem**, tales como la opacidad de la córnea, la pérdida de la tensión ocular y la mancha esclerótica de Sommer-Larcher (respuestas 1 y 4 incorrectas).

Pregunta 11469: (60) En una paciente menor de edad, todas las infecciones siguientes se deben sospechar como causadas por contacto sexual, una vez que se ha descartado la transmisión perinatal. Solo una de ellas tiene un origen probablemente **NO** sexual en niñas pequeñas. Indique cuál:

1. *Neisseria gonorrhoeae* faríngea.
2. *Chlamydia trachomatis* genital.
3. *Molluscum contagiosum* del área genital.
4. *Trichomona vaginalis*.

300359 GINECOLOGÍA Normal 47%

Solución: 3

El **molusco contagioso** es una infección cutánea benigna de origen viral, cuya incidencia ha aumentado en las últimas décadas. Está causado por el virus *Molluscum contagiosum*, virus ADN de doble cadena. Su diagnóstico en la práctica habitual es clínico, basado en su aspecto típico. Las lesiones están formadas por pápulas cupuliformes, brillantes y a menudo umbilicadas. Los estudios epidemiológicos sugieren que la transmisión del virus se asocia a determinados factores, como el calor, la humedad ambiental y la mala higiene, aunque parece ser que el contacto íntimo es mucho más importante que los patrones de higiene. **La enfermedad se transmite por contacto con personas infectadas (piel con piel), por contacto sexual y a través de fómites (objetos contaminados)** (respuesta 3 correcta). La contagiosidad es elevada, y la autoinoculación favorece la propagación y la aparición de lesiones múltiples.

La tricomoniasis es causada por *Trichomonas vaginalis*, un **protozoo unicelular parásito de la vagina**. Es una infección de **transmisión sexual** (respuesta 4 incorrecta). Las mujeres infectadas tienen una clínica muy variable. El cuadro clásico comprende mal olor, leucorrea más o menos abundante de color amarillor-verdosa e irritación vulvar con prurito intenso a nivel vulvo-vaginal. La *Chlamydia trachomatis* es una bacteria que se transmite **por contacto sexual o por el paso del bebé a través del canal de parto** (respuesta 2 incorrecta). La *Neisseria gonorrhoeae* también es una infección bacteriana de transmisión sexual (respuesta 1 incorrecta).

Pregunta 11470: (61) ¿Cuál sería el manejo de una paciente de 31 años, nuligesta y asintomática, a la que diagnosticamos en una ecografía rutinaria una lesión compatible con un endometrioma ovárico derecho de 4 cm?

1. Exploración ginecológica y estudio ecográfico reglado para despistaje de endometriosis profunda.
2. Laparoscopia diagnóstico-terapéutica para diagnóstico de confirmación y de extensión de enfermedad.
3. Quistectomía derecha laparoscópica.
4. Inicio de tratamiento con análogos de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) para evitar la progresión de la enfermedad.

300360 GINECOLOGÍA Difícil 33%

Solución: 1

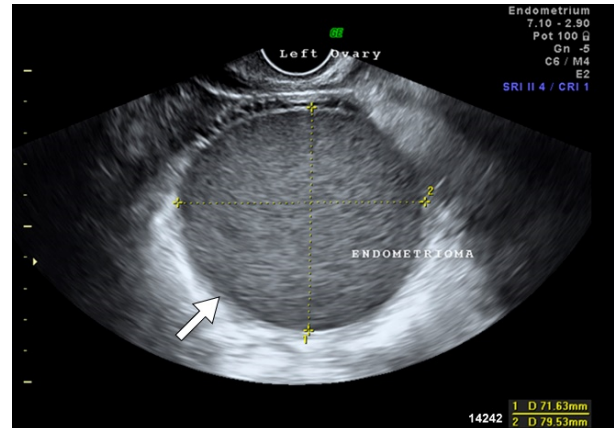
La **endometriosis** es una patología ginecológica crónica de causa desconocida caracterizada por la presencia de tejido endometrial funcionalmente activo fuera de la cavidad uterina. El diagnóstico de la enfermedad y su estadificación son fundamentales para poder realizar una correcta toma de decisiones respecto al tratamiento a realizar. Actualmente, **no se requiere** estudio histopatológico y/o **visión directa de los implantes para iniciar tratamiento** (respuesta 2 incorrecta).

Para **decidir el tipo de tratamiento médico, quirúrgico o combinado y el seguimiento a realizar en las pacientes con endometriosis es fundamental realizar una correcta estadificación de la enfermedad y sobre todo diagnosticar a las pacientes con endometriosis profunda** (respuesta 1 correcta). Se recomienda la realización de ecografía vaginal de primera intención, pudiendo complementarla con RMN si se sospecha endometriosis profunda (severidad de los síntomas, presencia de síntomas guía de afectación de otros órganos pélvicos, presencia de endometriomas ováricos bilaterales adheridos entre sí y a la cara posterior uterina).

El tratamiento médico y/o quirúrgico debe individualizarse, teniendo en cuenta tanto las manifestaciones clínicas como los efectos secundarios del tratamiento, la edad, la extensión y

localización de la enfermedad. **Los análogos de la GnRH se consideran una segunda línea de tratamiento en los casos resistentes a los tratamientos médicos expuestos con anterioridad** (respuesta 4 incorrecta).

La cirugía estaría indicada en la endometriosis ante infertilidad y dolor (respuesta 3 incorrecta). Hoy en día se recomienda la quistectomía laparoscópica en pacientes infértiles con endometriomas >4 cm ya que se ha visto que mejora la fertilidad, prefiriéndose las técnicas de reproducción asistida directamente en pacientes con endometriosis mínima, profunda o mayores de 35 años. Con respecto al dolor, se recomienda valorar individualizadamente cada caso.



Endometrioma
(Ecogenicidad media, homogénea, con paredes gruesas)

Pregunta 11471: (62) ¿Cuál es el marcador ecográfico más importante en el cribado de aneuploidías en el primer trimestre del embarazo?

1. La ausencia de hueso nasal.
2. La alteración de la onda del ductus venoso.
3. La presencia de quistes de plexos coroideos.
4. La medida de la translucencia nugal.

300361 GINECOLOGÍA Fácil 96%

Solución: 4

El cribado combinado de alto riesgo es el criterio principal de derivación a las consultas de diagnóstico prenatal hoy en día. Este cribado se realiza a toda la población en el primer trimestre y comprende tanto marcadores ecográficos como bioquímicos.

El marcador ecográfico por excelencia es la translucencia nugal (TN) (respuesta 4 correcta). Cuando se encuentra aumentada, además de ser un marcador para trisomías 21, 18 y 13, lo es también de la monosomía X, de las triploidías diándricas y de las alteraciones estructurales, fundamentalmente cardíacas. La medida de la TN se puede realizar cuando la longitud cráneo-caudal (LCC) fetal se encuentra entre 45 y 84 mm, correspondiente a una edad gestacional de 11+0 a 13+6 semanas.

Otros **criterios ecográficos incluyen la ausencia de hueso nasal y la alteración de onda a del ductus venoso, aunque son menos importantes** (respuesta 1 y 2 incorrectas). Los **quistes de plexos coroideos no son un marcador ecográfico** (respuesta 3 incorrecta).



Translucencia nugal semana 12

Pregunta 11472: (63) Los siguientes parámetros, EXCEPTO uno, son un dato rutinario de control periódico en la rotura prematura de membranas en una gestación pretérmino. Indique cuál:

1. Temperatura corporal.
2. Longitud cervical.
3. Hemograma y determinación de proteína C reactiva.
4. Registro cardiotocográfico externo.

300362 GINECOLOGÍA Difícil -7%

Solución: 2

La rotura prematura de membranas (RPM) se define como la rotura de las membranas amnióticas que sucede antes del inicio espontáneo del trabajo de parto. Si sucede antes de las 37ª semana, se conoce como RPM pretérmino. Se debe optar por una **conducta expectante en el manejo de las RPM pretérmino.**

- Confirmar la edad gestacional mediante la ecografía del primer trimestre
- Excluir el riesgo de infección: **analítica** (respuesta 3 incorrecta), cultivos, **registro cardiotocográfico** (respuesta 4 incorrecta)
- Descartar signos clínicos y analíticos de corioamnionitis: **fiebre materna (>37,8°C)** (respuesta 1 incorrecta), irritabilidad uterina, leucorrea maloliente, taquicardia materna (> 100 latidos/minuto), taquicardia fetal (> 160 latidos/minuto) o leucocitosis (> 15.000 cel/mm³).

Ecografía: la valoración del volumen de líquido amniótico tiene escaso valor predictivo positivo para el diagnóstico de un resultado adverso. Respecto a la valoración ecográfica del cérvix, la evidencia de un cérvix corto, a pesar de ser factor de riesgo de parto en 7 días, es un hallazgo raro en la RPM pretérmino. Por ello, **ni la valoración del volumen de líquido amniótico, ni la valoración del cérvix son herramientas diagnósticas de primera elección en el manejo de la RPM** (respuesta 2 correcta).

Pregunta 11473: (64) Mujer de 65 años sin comorbilidades, operada de cirugía conservadora de mama izquierda con biopsia selectiva del ganglio centinela. La anatomía patológica de la pieza muestra un carcinoma ductal infiltrante grado III de 11 mm, dos ganglios centinelas negativos, receptores de estrógenos: 0%, receptores de progesterona: 0%, Ki 67: 70%, HER2: negativo. El estudio de extensión es negativo. El tratamiento adyuvante sería:

1. Quimioterapia basada en antraciclinas y taxanos, radioterapia y trastuzumab.
2. Quimioterapia basada en antraciclinas y taxanos, radioterapia y tamoxifeno.
3. Quimioterapia basada en antraciclinas y taxanos, y radioterapia.
4. Quimioterapia basada en antraciclinas y taxanos, radioterapia e inhibidores de la aromatasa, dado que es postmenopáusica.

300363 GINECOLOGÍA Fácil 86%

Solución: 3

Nos presentan a una paciente postmenopáusica operada de un cáncer ductal infiltrante de mama de 1.1 cm con ganglios axilares negativos. El perfil tumoral es de triple negativo (receptores hormonales negativos, Ki67 70%, Her2negativo). **Debido a la cirugía conservadora ha de recibir una radioterapia adyuvante en la mama.**

Dado que **no tiene receptores hormonales no va a responder a la antihormonoterapia con tamoxifeno o inhibidores de la aromatasa** (respuesta 2 y 4 incorrecta).

Dado que **no es Her2 positivo no va a responder al trastuzumab** (respuesta 1 incorrecta).

Dado que es un tumor triple negativo ha de recibir como tratamiento adyuvante únicamente una quimioterapia basada en antraciclinas y taxanos (además de la radioterapia previamente mencionada) (respuesta 3 correcta).

Pregunta 11474: (65) Mujer de 30 años que acude a su consulta porque se nota un bulto en la mama derecha de reciente aparición. Su abuela tuvo cáncer de mama. A la exploración se palpa en cuadrante súpero-externo un nódulo de 2,5 cm de bordes regulares. No tiene ninguna prueba de imagen previa. Señale la respuesta correcta:

1. Solicita una ecografía mamaria dada la edad de la paciente.
2. Solicita una mamografía porque es la prueba diagnóstica "patrón oro".
3. Solicita una resonancia magnética dada la edad de la paciente y el antecedente familiar.
4. Le explica que, al tener 30 años, probablemente sea un quiste y optará por un control clínico en 6-12 meses. Si persiste, entonces solicitará una prueba de imagen.

300364 GINECOLOGÍA Fácil 76%

Solución: 1

Nos presentan a una paciente de 30 años que acude por un nódulo de 2,5cm y bordes regulares. La sospecha clínica sería de lesión benigna. La prueba de imagen a realizar depende de la edad de la paciente, sospecha clínica y tiempo transcurrido desde la última exploración.

En pacientes < 35 años de edad se recomienda empezar el estudio mamario por ecografía, añadiendo la mamografía si hay criterios de malignidad (respuesta 1 correcta, respuesta 2 incorrecta). La RMN se reserva a pacientes portadoras de BRCA, prótesis mamaria, antecedente de neoadyuvancia o cirugía conservadora (respuesta 3 incorrecta). Ante una **lesión palpable de reciente aparición y al no tener ninguna prueba de imagen previa se recomienda realizar un estudio ecográfico** y no un control en 6-12 meses (respuesta 4 incorrecta).



Ecografía de fibroadenoma mamario

Pregunta 11475: (66) Primigesta de 40+2 semanas que acude a urgencias con amniorrea manifiesta y dinámica regular. El seguimiento en el embarazo ha sido normal y posee una determinación vagino-rectal positiva para el estreptococo del grupo B. A la exploración obstétrica presenta un cérvix con 5 cm de dilatación, borrado un 80 % y centrado, con un feto único en presentación cefálica. ¿Cuál sería la actitud a seguir con esta paciente?:

1. Ingreso hospitalario en planta de obstetricia y observación.
2. Regreso a domicilio y profilaxis antibiótica con penicilina en periodo expulsivo.
3. Valoración en consultas externas de obstetricia para realización de ecografía obstétrica y Doppler fetal.
4. Ingreso hospitalario en sala de dilatación y profilaxis antibiótica con penicilina.

300365 GINECOLOGÍA Fácil 97%

Solución: 4

Nos presentan a una gestante a término que acude con trabajo de parto y rotura de membranas. Destaca un cultivo vagino-rectal positivo para el estreptococo del grupo B. A la exploración se encuentra en dilatación activa (5cm de dilatación).

Todas las mujeres identificadas por cultivo como portadoras vaginales o rectales de EGB en un cultivo al final del embarazo han de recibir profilaxis antibiótica (respuesta 1 y 3 incorrecta). La profilaxis se debe iniciar desde el momento del ingreso y la administración de antibióticos por vía oral no es adecuada (respuesta 4 correcta y 2 incorrecta). La profilaxis para EGB comprende las siguientes pautas:

- Penicilina IV, 5 millones UI (dosis inicial), seguida de 2,5-3 millones UI IV cada 4 horas hasta el final del parto o
- Ampicilina 2 g IV iniciales, seguida de 1 g cada 4 horas hasta el final del parto.

Pregunta 11476: (67) Una mujer de 34 años diagnosticada de síndrome de ovarios poliquísticos presenta esterilidad primaria de 2 años de evolución y ha sido tratada sin éxito durante 6 meses con citrato de clomifeno (100 mg/día durante 5 días). No asocia otras causas de esterilidad. ¿Cuál sería el tratamiento más adecuado en este momento?:

1. Inseminación artificial y FSH (hormona foliculoestimulante).
2. Aumentar la dosis de citrato de clomifeno a 200 mg/día 5 días, durante 6 meses más.
3. Fecundación in vitro (FIV).
4. Metformina.

300366 GINECOLOGÍA Dificil 6%

Solución: 1

Nos presentan un caso clínico de una paciente de 34 años con síndrome de ovarios poliquísticos y esterilidad de 2 años de evolución. No posee ninguna otra causa de esterilidad asociada (de ahí deducimos que posee una reserva ovárica adecuada, trompas permeables y que seminograma de la pareja es normal).

La paciente ha sido tratada con inductores de la ovulación sin éxito durante 6 meses. La siguiente técnica de reproducción asistida que podríamos emplear es la **inseminación artificial bajo estimulación con gonadotropinas** (respuesta 1 correcta), ya que se trata de una paciente joven (< 35 años) en la que no existen otros factores de esterilidad.

Si existieran factores de esterilidad (factor masculino moderado o severo, bloqueo tubárico bilateral) o la paciente tuviera más de 38 años o hubieran fallado 6 inseminaciones podríamos emplear la **FIV** (respuesta 4 incorrecta).

La **metformina** se puede asociar en **pacientes obesas**, pero dada la ausencia de éxito con el **citrato de clomifeno a dosis adecuadas** (respuesta 2 incorrecta) 6 meses de tratamiento, independientemente de que esto sea debido a anovulación o falta de embarazo, no tiene sentido iniciar una terapia con metformina, la cual adicionalmente no se administra nunca sola como nos la plantean aquí (sí asociada a citrato de clomifeno) (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta 11477: (68) ¿Qué consejo genético y reproductivo indicaría a una mujer de 30 años que consulta por ser portadora de una premutación en el gen FMR1, responsable del síndrome del cromosoma X frágil, y que desea tener descendencia? Señala la respuesta correcta:

1. Todos sus hijos varones serán portadores y, por tanto, manifestarán la enfermedad.
2. Existe un fenómeno de anticipación genética, por lo que su descendencia presentará síntomas más graves y más precoces.
3. El diagnóstico genético preimplantacional para la selección de sexo de los embriones mediante hibridación in situ fluorescente (FISH) es la mejor opción para tener descendencia sana.
4. El 50% de sus hijas serán portadoras, pero no presentarán manifestaciones clínicas de la enfermedad.

300367 GINECOLOGÍA Dificil 9%

Solución: 2

El **síndrome del cromosoma X frágil o de Martin-Bell** es la segunda causa genética de retraso mental (la primera es el síndrome de Down) y la forma más frecuente de retraso mental hereditario y suele ir asociada a trastornos conductuales y rasgos físicos característicos. Se trata de un **trastorno dominante ligado al cromosoma X con penetrancia reducida en las mujeres** y causado por el silenciamiento transcripcional del gen FMR1 debido

a la expansión progresiva de repeticiones del trinucleótido (CGG). Estas mutaciones completas son originadas por alelos inestables llamados premutaciones. Las personas con una premutación (alrededor de 55 a 230 repeticiones) tienen escasos o ningún síntoma, pero pueden tener hijos con una premutación o con mutación completa (umbral de 230 repeticiones).

En cada embarazo, las mujeres tienen una probabilidad del 50% de transmitir una premutación o una mutación completa a su descendencia (mujeres o varones) (respuestas 1 y 4 incorrectas). Cuantas más repeticiones tenga, más probable será que se transforme en una mutación completa en sus hijos y que se manifieste antes y de forma más grave, esto es lo que se denomina **fenómeno de anticipación genética** (respuesta 2 correcta).

La **FISH** es una tecnología que utiliza sondas de DNA marcadas con un fluoróforo para detectar o confirmar anomalías genéticas o cromosómicas que generalmente están más allá de la capacidad de resolución de la citogenética de rutina, las cuales pueden ser **microdeleciones, aneuploidías o reorganizaciones**. No permite diagnosticar enfermedades por expansión de tripletes en la secuencia de DNA como el síndrome de cromosoma X frágil (respuesta 3 incorrecta). Además, no está indicado realizar una selección de sexo porque afecta tanto a hombres como a mujeres, si bien con diferencias en las manifestaciones y en la incidencia (que es mayor en varones).

Pregunta 11478: (69) Varón miope de 83 años en tratamiento por diabetes e HTA. Lo llevan a consulta sus familiares porque desde hace unos días derrama el vaso de agua en la mesa y se ha dado varios golpes en la cabeza con los muebles de la cocina, aunque él no refiere ningún déficit visual. La presión intraocular es de 18 mmHg en ambos ojos y la agudeza visual es de 0,9 en ambos ojos. ¿Cuál sería la respuesta correcta?:

1. Se debe instaurar tratamiento con análogos de prostaglandinas en colirio, porque presenta un glaucoma normotensional con afectación del campo visual.
2. Puede tratarse de una ceguera cortical y se debe de realizar un campo visual para valorar una posible hemianopsia homónima con respeto macular.
3. Como no refiere problemas visuales, presenta una presión intraocular normal y una agudeza visual normal, se trata de despistes normales a su edad.
4. Presenta un desprendimiento de retina periférico secundario a su miopía que no ha llegado a afectar al polo posterior.

300368 OFTALMOLOGÍA Fácil 66%

Solución: 2

En nuestra opinión es una pregunta que debería anularse porque ninguna de las opciones corresponde con el enunciado de la pregunta:

Si se tratase de un **glaucoma normotensional** con un campo visual muy dañado podría conservar una visión central de 0.9 y una PiO normal, como muestra la pregunta. Ahora bien, datos como "derramar un vaso de agua en la mesa" bajo nuestro parecer, no corresponde con problemas visuales correspondientes a una reducción del campo visual del paciente por lo que no consideramos cierta esta opción.

Hablamos de **ceguera cortical** cuando hay una pérdida de visión en ambos ojos debido a una afectación bilateral de los lóbulos occipitales. Lo que llama la atención es el hecho de que algunos sujetos con ceguera cortical no son conscientes de la pérdida de visión, presentándose anosognosia, como comentan en la pregunta. Si bien estrictamente la ceguera cortical indicaría la completa ausencia de visión, lo cierto es que en su nueva denominación (discapacidad visual neurológica) se incluyen tanto ésta como otras situaciones en que existe una pérdida de visión parcial. Aunque se denomina ceguera, en algunos casos el sujeto es capaz de percibir alguna mínima estimulación, como la luz. Esto no es compatible con una visión de 0.9 como nos comentan en la pregunta.

La **opción 3**, no podemos darla por válida porque "derramar un vaso de agua o darse golpes en la cabeza con los muebles en la cocina" no podemos considerarlo como normal, independientemente de la edad del paciente; y aún si lo consideramos como posible, deberíamos de descartar otras patologías haciendo distintos estudios oftalmológicos al paciente.

Si bien es cierto que un supuesto **desprendimiento de retina sin afectar el polo posterior** podría justificar una pérdida de campo visual acompañada de golpes repetidos, no justificaría problemas a la hora de echar agua en un vaso y desde luego no podemos imaginarnos un desprendimiento bilateral simultáneo como opción válida en ningún caso.

Pregunta 11479: (70) Mujer de 67 años que consulta por presentar en su ojo izquierdo desde hace tres días, por la noche, unos destellos luminosos al mover la cabeza. Desde esta mañana nota una zona oscura que se desplaza con la mirada. La agudeza visual es de 1,0 en ambos ojos. ¿Cuál será la actitud correcta?:

1. Se debe realizar un campo visual para confirmar la presencia de un desprendimiento de vítreo posterior, ya que esta es la única forma de diferenciar un desprendimiento de vítreo posterior de un desprendimiento de retina.
2. La presencia de fosfenos es un signo patognomónico del desprendimiento de vítreo posterior, que debe ser tratado con retinopexia neumática.
3. La aparición de fosfenos seguida de una mancha oscura que se desplaza con la mirada es sugestiva de un desprendimiento de vítreo posterior, aunque se debe realizar una exploración de fondo de ojo para descartar una rotura retiniana o hemorragia vítrea.
4. Se debe instaurar un tratamiento hipotensor ocular, ya que ha sufrido un glaucoma agudo que le provocaron los destellos y hoy están apareciendo las alteraciones en el campo visual secundarias a la lesión del nervio.

300369 OFTALMOLOGÍA Fácil 96%

Solución: 3

La clínica que nos comentan es bastante característica de un desprendimiento de vítreo posterior agudo. Los fosfenos indican la existencia de tracción vítreoretiniana, pero no es patognomónico de esta entidad. El tratamiento no existe como tal, y por lo tanto no se trata con retinopexia neumática (se utiliza para tratar pequeños desprendimientos de retina cuando están localizados en la mitad superior del ojo *respuesta 2 incorrecta*). Cuando tenemos la firme sospecha de la existencia de un desprendimiento posterior de vítreo, o en general cuando hay fosfenos, debemos realizar un exhaustivo estudio del fondo de ojo, y descartar patologías más graves como una rotura retiniana o hemorragia vítrea *respuesta 3 correcta*. El Campo Visual en este caso no es una prueba diagnóstica *respuesta 1 incorrecta*. Un glaucoma agudo produce dolor, con frecuencia acompañado de halos y visión borrosa. Además, el glaucoma agudo no provoca un escotoma móvil como nos comentan en la pregunta *respuesta 4 incorrecta*.

Pregunta 11480: (71) Paciente de 40 años, con exploración física normal, en el que se ha puesto en evidencia en la tomografía computarizada una masa mediastínica y un nódulo hepático, y en la analítica una elevación sérica de lácticodehidrogenasa (LDH), betagonadotropina coriónica humana (beta-GCH) y alfafetoproteína. ¿Cuál es su sospecha diagnóstica?:

1. Hepatocarcinoma metastásico.
2. Seminoma extragonadal metastásico.
3. Linfoma mediastínico.
4. Cáncer de células germinales no seminomatoso extragonadal metastásico.

300370 ONCOLOGÍA Fácil 91%

Solución: 4

Ante un paciente joven, < 50 años, con una masa en testículo, línea media o mediastino y especialmente con afectación de órganos sólidos (pulmón o hígado) sospecharemos un **tumor germinal** *respuestas 1 y 3 incorrectas*. La elevación de alfafetoproteína (AFP) descarta seminoma y confirma **cáncer de células germinales no seminomatoso** y en este caso es **extragonadal** (mediastínico) y **metastásico** (nódulo hepático) *respuesta 2 incorrecta y 4 correcta*.

Marcadores	Cáncer
CEA	Adenocarcinoma colon (4MIR). También de estómago, páncreas, mama, ovario, pulmón
Ca 125	Ovario (MIR)
CA 19.9	Páncreas (MIR)
Ca 15.3	Mama
PSA	Próstata (5MIR)
alfa- FP	Hígado, germinal <i>no seminoma</i> (6MIR) y <i>ovárico del seno endodérmico</i> (4MIR)
beta- HCG	Coriocarcinoma (3MIR), mola (6MIR)
Calcitonina	Medular de tiroides (3MIR)
Catecolamina	Feocromocitoma (MIR)
Cromogranina, Indoles orina 24h	Neuroendocrino intestinal, páncreas o pulmonar
Cortisol orina 24h	Carcinoma adrenocortical (MIR)

Pregunta 11481: (72) En un paciente con cáncer de pulmón sin comorbilidad, la combinación de quimioterapia y radioterapia es el tratamiento de primera elección en:

1. Cáncer de célula no pequeña estadio I.
2. Nódulo pulmonar solitario.
3. Cáncer de célula no pequeña estadio II.
4. Cáncer de célula pequeña.

300371 ONCOLOGÍA Fácil 90%

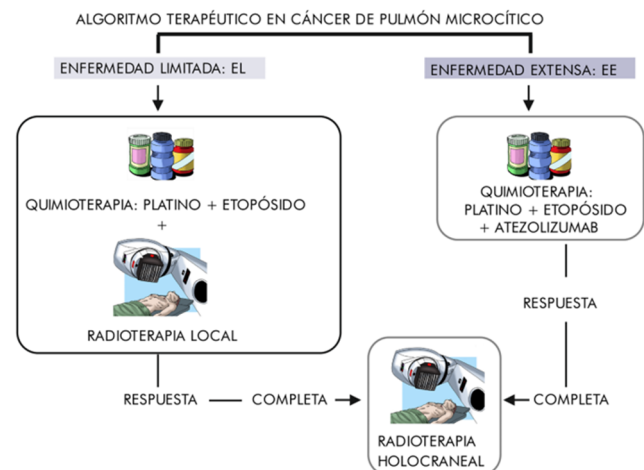
Solución: 4

En el **cáncer de pulmón de célula no pequeña** el tratamiento según el estadio sería:

- **Estadio I:** cirugía y si inoperable, radioterapia *respuesta 1 incorrecta*.
- **Estadio II:** cirugía y quimioterapia neoadyuvante *respuesta 3 incorrecta*.
- Estadio IIIA, variable, quimioterapia +/- radioterapia +/- cirugía
- Estadio IIIB y IIIC irresecable, quimioterapia + radioterapia, si no progresión durvalumab (inmunoterapia)

En el **cáncer de célula pequeña** tanto en estadios no metastásicos como en avanzados que alcanzan una respuesta completa a la quimioterapia se administra también radioterapia *respuesta 4 correcta*.

En un **nódulo pulmonar solitario** hay que confirmar histológicamente el diagnóstico antes de decidir el tratamiento *respuesta 2 incorrecta*.



Pregunta 11482: (73) La radioterapia en el cáncer de mama NO está indicada en:

1. Carcinoma in situ post-tumorectomía.
2. Estadio I post-mastectomía.
3. Estadios localmente avanzados.
4. Enfermedad metastásica sintomática.

300372 ONCOLOGÍA Normal 46%

Solución: 2

El cáncer de mama tratado mediante tumorectomía requiere radioterapia (RT) no así **tras mastectomía en estadio I** (respuesta 2 correcta).

En **estadios localmente avanzados** con tumores de gran tamaño se radia la mama y con afectación ganglionar también la axila (respuesta 3 incorrecta).

La RT es útil para **controlar el dolor de las metástasis** óseas y también en metástasis cerebrales (respuesta 4 incorrecta).

Los carcinomas in situ de cualquier localización tienen tendencia a la recidiva local y por ello en el carcinoma in situ de mama se da RT (respuesta 1 incorrecta). En el de vejiga se administran instilaciones intravesicales de quimioterapia o de BCG.

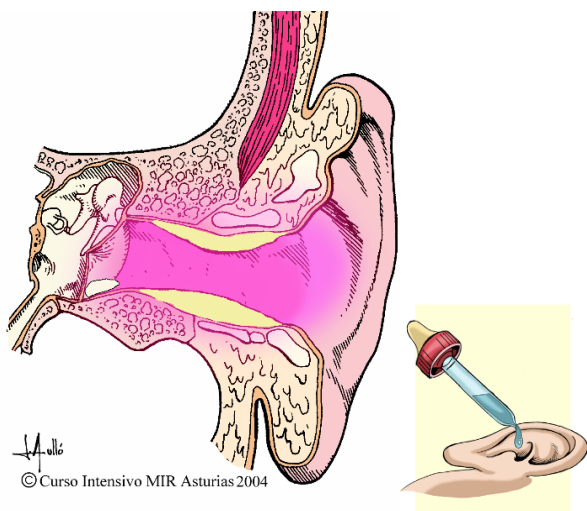
Pregunta 11483: (74) Hombre de 27 años, sano, que consulta por presentar dolor intenso en oído derecho que empeora con la presión sobre el trago, secreción purulenta, sensación de taponamiento, prurito y cierto grado de hipoacusia de varias horas de evolución. En la exploración otoscópica se comprueba la presencia de otorrea y signos inflamatorios importantes en el conducto auditivo externo. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:

1. Otitis media seromucosa.
2. Otitis externa difusa.
3. Otitis externa maligna.
4. Otitis media aguda perforada.

300373 OTORRINOLARINGOLOGÍA Normal 68%

Solución: 2

El signo clínico que distingue una otitis externa de una otitis media aguda es que la **otitis externa** tiene **signo del trago positivo (dolor al presionar el trago)** (respuesta 2 correcta; respuesta 4 incorrecta).



Tratamiento de la otitis externa aguda mediante ciprofloxacino tópico

La **otitis seromucosa**, también llamada otitis serosa o secretoria, consiste en acúmulo en el oído medio de secreción mucosa o serosa ("líquido o moco en la caja del tímpano"). Suele manifestarse como taponamiento ótico e hipoacusia, generalmente tras sufrir un catarro de vías altas, pero sin dolor (respuesta 1 incorrecta). En un adulto con otitis seromucosa siempre hay que descartar una neoplasia de cavum, aunque el signo más frecuente de neoplasia de cavum no es la otitis serosa sino una masa cervical (una metástasis ganglionar).

La **otitis externa maligna**, es llamada así, no porque sea neoplásica, sino por su alta tasa de letalidad. Es una forma de otitis externa difusa que afecta a la base del cráneo y que generalmente aparece en pacientes ancianos, diabéticos mal controlados o inmunodeprimidos. En el enunciado de la pregunta se refieren a un paciente de **27 años, sano** (respuesta 3 incorrecta) y no hay signos compatibles con una extensión de la infección fuera de los límites del conducto auditivo externo.

Pregunta 11484: (75) Señale 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:

1. Resonancia magnética con gadolinio.
2. Rinoscopia.
3. Tomografía computarizada coronal.
4. Radiografía simple de senos paranasales.

300374 OTORRINOLARINGOLOGÍA Normal 56%

Solución: 3

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 (respuesta 3 correcta), o si el diagnóstico es incierto o se planea un tratamiento quirúrgico.

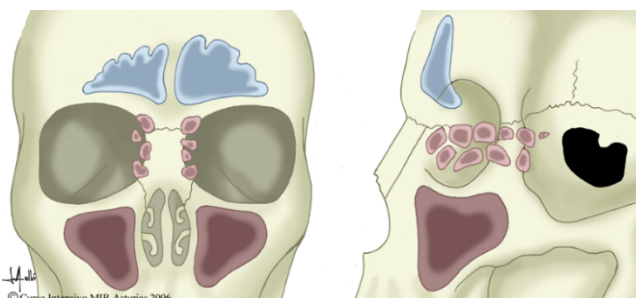
La **resonancia magnética con gadolinio** se utiliza para el diagnóstico del neurinoma del acústico. La RM se puede asociar a TC en el estudio de pacientes con sospecha o presencia de patología tumoral de los senos paranasales (respuesta 1 incorrecta).

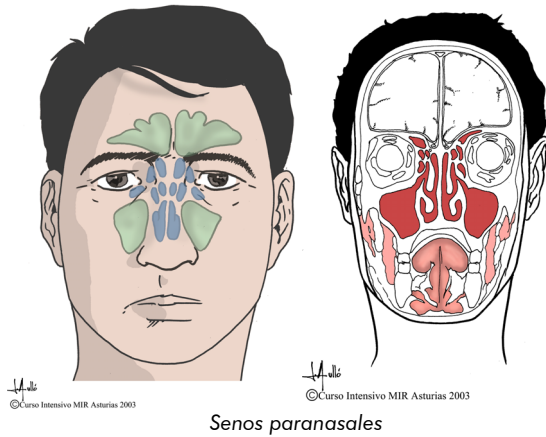
La **rinoscopia anterior** no permite ver correctamente el complejo osteomeatal (para lo que sería necesaria una endoscopia nasal) (respuesta 2 incorrecta).

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 (respuesta 4 incorrecta).



Diferentes proyecciones radiológicas de los senos paranasales y TC con corte coronal (este último es la técnica radiológica de elección para el estudio de los senos, sobre todo antes de realizar cirugía)





Senos paranasales

Pregunta 11485: (76) Niño de 5 años diagnosticado de insuficiencia renal crónica. Acude a urgencias por vómitos, malestar general y palpitaciones. Se realiza un electrocardiograma donde destaca elevación de ondas T y analítica sanguínea con niveles de potasio de 5,9 mEq/L. Se decide la administración inmediata de gluconato cálcico. ¿Cuál es el objetivo de este tratamiento?:

1. Favorecer el desplazamiento de potasio desde el espacio plasmático al espacio intracelular.
2. Quelar el potasio circulante para favorecer su eliminación hepática.
3. Quelar el potasio circulante para favorecer su eliminación renal.
4. Antagonizar la acción del potasio sobre la membrana de la célula miocárdica.

300375 PEDIATRÍA Fácil 70%

Solución: 4

Se presenta caso clínico de un niño con insuficiencia renal crónica, en la que una de las principales complicaciones es la alteración de la regulación iónica a largo plazo que se produce.

En este caso, se presenta alteración en la repolarización miocárdica por hiperpotasemia. La hiperpotasemia se define cuando los Niveles plasmáticos superen 5,5 mEq/L. El tratamiento de dicha alteración es urgente y se basa fundamentalmente en:

- Dilución del espacio extracelular mediante la expansión de suero salino fisiológico.
- **Estabilización de la membrana celular del miocardio (cloruro cálcico, gluconato cálcico 10%). Protege el miocardio pero no produce disminución de las cifras plasmáticas de K⁺ (respuesta 4 correcta).**
- Promover la entrada de potasio al espacio intracelular: Insulina + glucosa (respuesta 1 incorrecta).
- Bicarbonato (para corregir la acidosis).
- Administración de diuréticos del asa (furosemida), si no existe insuficiencia renal (respuesta 3 incorrecta).
- Resinas de intercambio iónico por vía digestiva (respuesta 2 incorrecta).
- Diálisis o hemofiltración.

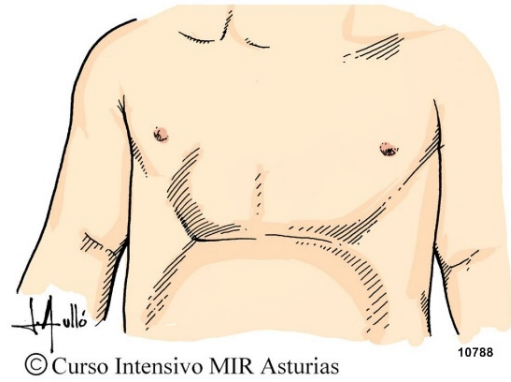
Pregunta 11486: (77) Lactante de 6 meses que acude a urgencias por dificultad respiratoria. Exploración: temperatura axilar 37,2°C, frecuencia respiratoria 40 rpm, frecuencia cardíaca 160 lpm, tensión arterial 90/45 mmHg, SatO₂ 95 % con aire ambiente. Muestra dificultad respiratoria moderada con retracción intercostal y subcostal. Auscultación pulmonar: roncus espiratorios diseminados, espiración alargada y ligera disminución en la entrada de aire en ambos campos pulmonares. Auscultación cardíaca: sin soplos. Se decide mantener al paciente en observación en el hospital durante unas horas. ¿Qué actitud considera más adecuada en este momento respecto a las pruebas complementarias?:

1. Solicitar gasometría venosa, recuento leucocitario y reactantes de fase aguda.
2. Solicitar radiografía de tórax.
3. Solicitar gasometría arterial y reactantes de fase aguda.
4. No solicitar pruebas complementarias.

300376 PEDIATRÍA Difícil 15%

Solución: 4

El caso que se presenta es el típico caso de bronquiolitis aguda en un lactante menor de 2 años con disnea, dificultad respiratoria con alargamiento de la espiración y sibilancias.



El diagnóstico de la bronquiolitis es fundamentalmente clínico, basado en la anamnesis y en la exploración física. Las pruebas complementarias no suelen ser necesarias salvo en situaciones muy concretas.

Ante un niño con bronquiolitis se debe establecer inicialmente la gravedad del cuadro clínico utilizando un score o escala lo más objetiva posible, que incluya parámetros clínicos, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca y determinación de la saturación transcutánea de oxígeno (respuesta 4 correcta)

- Gasometría capilar: No se recomienda realizar de forma rutinaria una gasometría en los niños con bronquiolitis. Habría que considerarla en la valoración de los pacientes con dificultad respiratoria grave, que puedan estar iniciando fallo respiratorio (respuesta 1 incorrecta)
- La radiografía de tórax en la bronquiolitis leve suele ser normal o mostrar signos de atrapamiento aéreo, atelectasias laminares, segmentarias e incluso lobares en las formas más evolucionadas. Sin embargo, no existe una adecuada correlación entre los hallazgos radiológicos y la gravedad de la enfermedad, por lo que no se recomienda su uso de forma rutinaria.
- Únicamente estaría indicada en los niños con afectación grave, mala evolución o si existen dudas diagnósticas (respuesta 2 incorrecta)
- Hemograma, proteína C reactiva, procalcitonina y/o hemocultivo: No se recomienda realizar analítica sanguínea en el paciente con una bronquiolitis aguda típica, ya que sus resultados son inespecíficos y no modifican la actitud terapéutica (respuesta 3 incorrecta)

Pregunta 11487: (78) La causa más frecuente de hipotiroidismo congénito permanente es:

1. La alteración en el desarrollo embrionario de la glándula tiroidea (disgenesias tiroideas).
2. Las dishormonogénesis (errores congénitos en la síntesis/secreción de las hormonas tiroideas).
3. Los hipotiroidismos hipotálamo-hipofisarios.
4. Los síndromes de resistencia a las hormonas tiroideas.

300377 ENDOCRINOLOGÍA Fácil 80%

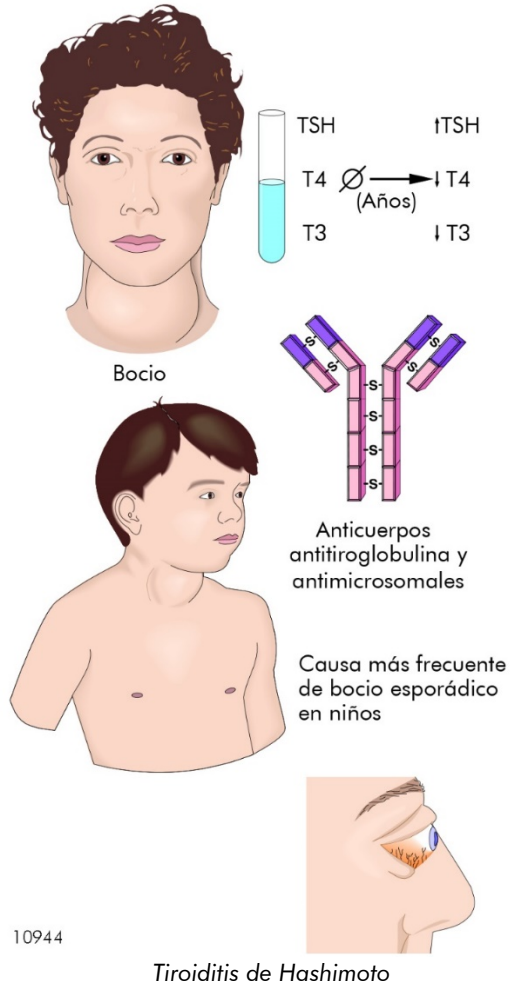
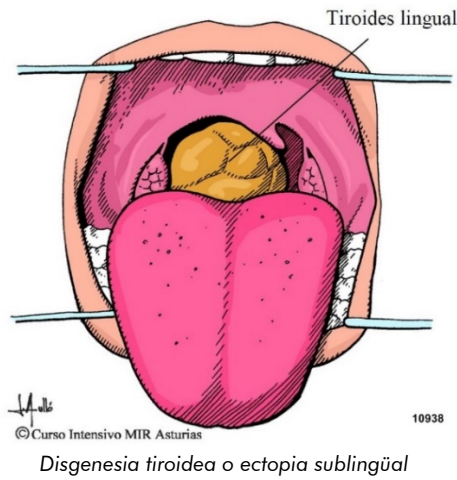
Solución: 1

El hipotiroidismo congénito primario es la causa más frecuente de las alteraciones endocrinas del recién nacido. Alrededor del 90% de los casos son hipotiroidismos permanentes y el resto transitorios.

El hipotiroidismo neonatal o congénito se debe a disgenesia de glándula tiroidea en el 85-90% de los casos (respuesta 1 correcta); a errores congénitos de la síntesis de hormona tiroidea en aproximadamente un 10-15% (respuesta 2 incorrecta) y regulado por anticuerpos contra TSH en el 5% de los casos (respuesta 4 incorrecta).

Los hipotiroidismos hipotálamicos – hipofisarios (terciarios o secundarios) en niños y adultos son siempre mucho menos frecuentes que los hipotiroidismos primarios (afectación de la propia glándula) (respuesta 3 incorrecta).

La Disgenesia tiroidea: es una alteración en la morfogénesis de la glándula tiroidea, afecta con más frecuencia al sexo femenino.



Dishormonogénesis: errores congénitos que consisten en bloqueo total o parcial de cualquiera de los procesos bioquímicos implicados en la síntesis y la secreción de las hormonas tiroideas. Su expresión clínica es variable y en la mayoría de los casos, el hipotiroidismo es ya detectable al nacer

Hipotiroidismo (hipotálamo-hipofisario): falta de estímulo hipotálamo-hipofisario sobre la glándula tiroides por defectos en la hormona liberadora de tirotrófina (TRH) o en la TSH. El déficit aislado de TSH es una causa rara de hipotiroidismo.

Resistencia a las hormonas tiroideas: síndrome genético poco frecuente, causado por mutaciones en el gen del receptor β de hormonas tiroideas y de herencia generalmente autosómica dominante.

Pregunta 11488: (79) ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a la tiroiditis autoinmune o de Hashimoto es INCORRECTA?:

1. Es una patología que puede aparecer en la infancia-adolescencia.
2. Los pacientes con síndrome de Down (trisomía 21) tienen mayor incidencia de tiroiditis autoinmune que la población general.
3. La tiroiditis autoinmune evoluciona habitualmente hacia un hipotiroidismo, pero al inicio de la enfermedad, los pacientes pueden presentar una fase transitoria de hipertiroidismo.
4. Los pacientes con síndrome de Turner (cariotipo 45, X0) y síndrome de Klinefelter (cariotipo 47, XXY) tienen una menor incidencia de tiroiditis autoinmune que la población general.

300378 ENDOCRINOLOGÍA Fácil 90%

Solución: 4

La **tiroiditis de Hashimoto** es un tipo de **hipotiroidismo autoinmunitario**, y por ello la susceptibilidad a esta enfermedad depende de una combinación de factores genéticos y ambientales. Todo ello puede explicar la relación de esta tiroiditis con otras patologías autoinmunitarias como la anemia perniciosa, diabetes tipo 1 o vitíligo.

Un gen situado sobre el cromosoma 21 podría ser el causante de la **relación entre el hipotiroidismo autoinmunitario y el síndrome de Down** (respuesta 2 incorrecta).

También es posible que exista un factor genético relacionado con el cromosoma X que explicaría la **gran relación entre el Hashimoto y el síndrome de Turner** (respuesta 4 correcta).

La enfermedad de Hashimoto puede ocurrir a cualquier edad, pero es más frecuente en personas de **mediana edad** (respuesta 1 incorrecta).

La fase inicial de la enfermedad puede cursar con hipertiroidismo por rotura de foliculos tiroideos inducida por los anticuerpos ATPO. Suele ser de carácter leve y transitoria, evolucionando a hipofunción tiroidea (respuesta 3 incorrecta).

Existen pacientes con mezcla de anticuerpos antagonistas de TSI-R y TSH-R y en ellos **la función tiroidea puede oscilar entre hipertiroidismo e hipotiroidismo**, conforme van volviéndose dominantes los anticuerpos de uno u otro tipo. Lo más frecuente es la evolución de este trastorno a un **hipotiroidismo** permanente.

Pregunta 11489: (80) Niño de 8 años que consulta por la aparición de vello púbico en la base del pene desde hace 12 meses. El testículo no ha aumentado de volumen y el pene no ha aumentado de tamaño. No se aprecia un aumento de la velocidad de crecimiento en el último año. La edad ósea es un año mayor que la cronológica. ¿Cuál sería el diagnóstico más probable?:

1. Pubertad precoz central.
2. Pubertad precoz periférica.
3. Adrenarquia precoz.
4. Tumor suprarrenal.

300379 PEDIATRÍA Fácil 74%

Solución: 3

Se presenta caso de niño de 8 años que presenta como signo patológico fundamental la pubarquia precoz, pero que nos remarcan que el resto de parámetros indicadores de inicio de brote puberal son normales (edad ósea normal, velocidad de crecimiento normal y tamaño de pene y testes normales).

La Pubarquia precoz aislada es la aparición de vello sexual púbico, sin otros signos de pubertad ni virilización, antes de los 8 años en las niñas y de 9 en los niños. La Adrenarquia precoz es la causa más frecuente de pubarquia precoz secundaria a la maduración precoz de la zona reticular adrenal. Evoluciona lentamente, la velocidad de crecimiento está moderadamente acelerada, la ecografía pelviana es prepuberal en las niñas y, en los niños, los testes son menores de 4 cc, la edad ósea (EO) y la dehidroepiandrosterona (DHEAs) son normales para el estadio de Tanner. La pubertad verdadera se inicia a una edad normal. (respuesta 3 correcta).

Sin embargo, Se define como pubertad precoz (PP) a la aparición de caracteres sexuales secundarios a una edad no fisiológica (2,5 desviaciones estándar [DE] antes de la edad de referencia). En concreto, para población caucásica en países desarrollados, antes de los 8 años en niñas y antes de los 9 en niños.

Existen diferentes formas clínicas que pueden enmarcarse en el diagnóstico de pubertad precoz y el abordaje diagnóstico y terapéutico es diferente en cada una de ellas. Sin embargo, no todas las formas clínicas sugestivas de PP son patológicas; existen variantes de la normalidad que pueden permanecer estables e incluso regresar con desarrollo puberal posterior normal.

La PP central (PPC) se produce por activación prematura de la GnRH con desarrollo puberal precoz completo con todos los signos (*respuesta 1 incorrecta*)

La PP periférica esta mediada por la secreción autónoma de esteroides sexuales a nivel suprarrenal o gonadal y conducen igualmente al desarrollo puberal isosexual completo (*respuesta 2 incorrecta*). EL tumor suprarrenal es otra causa de pubertad precoz periférica (*respuesta 4 incorrecta*).

Pregunta 11490: (81) En relación con la enfermedad celiaca, señale la respuesta correcta:

- Es necesaria la confirmación con biopsia intestinal para un diagnóstico definitivo.
- La genética (DQ2/DQ8) tiene un elevado valor predictivo negativo.
- Las personas con síndrome de Prader-Willi tienen más riesgo de desarrollar una enfermedad celiaca que la población general.
- Es frecuente adquirir tolerancia al gluten con la edad.

300380 PEDIATRÍA Normal 64%

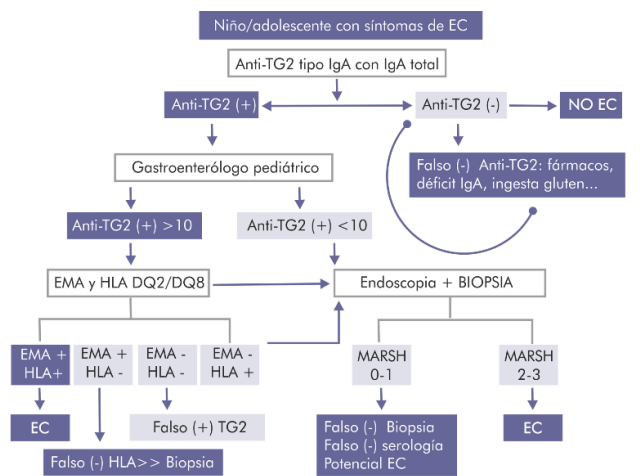
Solución: 2

Para el diagnóstico de enfermedad celiaca en los niños y ante la presencia de clínica del espectro celíaco y serología positiva, se deberá valorar la cifra de anti-TG2 IgA. Si la cifra de anti-TG2 IgA es 10 veces inferior al valor de corte, se hace necesario realizar una biopsia duodenal. En cambio, si el valor de anti-TG IgA es superior a 10 veces el valor de corte, se deberían solicitar tres pruebas adicionales:

- una segunda determinación de anti-TG IgA;
- un estudio genético que determine si están presentes los heterodímeros de riesgo HLA DQ2 (DQ2.5 y/o DQ2.2) y/o HLA DQ8; ambas poseen un alto valor predictivo negativo permitiendo excluir el diagnóstico en un 99% de certeza (*respuesta 2 correcta*)
- y un estudio de anti-EmA. Si estas tres pruebas resultan positivas, puede establecerse un diagnóstico de EC sin necesidad de biopsia (*respuesta 1 incorrecta*).

No obstante, la presunción diagnóstica precisa la confirmación de una respuesta clara y satisfactoria a la DSG. En caso de resultados negativos ante alguna de estas solicitudes, se debe realizar finalmente la biopsia para considerar el diagnóstico de EC. Dicha enfermedad se asocia en múltiples ocasiones con enfermedades autoinmunes, con trastornos neurológicos y otras asociaciones como Sdre. Down, Sdre. Williams, Sdre. Turner, Fibrosis quística.... pero no el sdre. de Prader Willi (*respuesta 3 incorrecta*).

El trastorno requiere de por vida una dieta exenta de gluten (*respuesta 4 incorrecta*).



EC: enfermedad celiaca; Anti-TG2: anticuerpos antitransglutaminasa tipo 2; IgA: inmunoglobulina tipo A; EMA: anticuerpos antiendomisio; HLA estudio genético HLA DQ2/DQ8; MARSH: clasificación de Marsh.

Esquema actual de diagnóstico para enfermedad celiaca.

Pregunta 11491: (82) En el tratamiento de una diarrea aguda en el niño, sólo una de las medidas propuestas es correcta, señálela:

- Hay que recomendar una dieta astringente pobre en fibra hasta su resolución.
- Se recomienda reducir de entrada el aporte de lactosa los primeros días de la diarrea.
- Se debe proponer rehidratación oral durante 4-6 horas y realimentación posterior con dieta normal.
- La presencia de Salmonella en heces debe ser tratada con antibióticos para evitar su diseminación.

300381 PEDIATRÍA Fácil 77%

Solución: 3

No existe un tratamiento específico de la gastroenteritis aguda como tal. El principal objetivo en el manejo terapéutico de este proceso es la corrección de la deshidratación y, una vez realizada ésta, la recuperación nutricional. La ESPGHAN en 1992 sentó las recomendaciones para una solución de rehidratación oral en niños europeos con menor contenido en sodio (60 mEq/litro). La rehidratación se realiza durante 4 horas y en algunos casos es preciso una revaloración clínica transcurrido ese tiempo. Respecto a la técnica, se aconseja la administración del líquido de forma fraccionada en pequeñas cantidades cada 2-3 minutos, para una mejor tolerancia.

Se ha observado que la instauración de la alimentación completa habitual del niño tras 4 horas de rehidratación oral conduce a una mayor ganancia de peso y no conduce a una mayor duración de la diarrea o más incidencia de intolerancia a la lactosa. Además, aumenta el bienestar del niño al poder comer libremente, sin ser sometido a dietas restrictivas, hipocalóricas y poco apetecibles para el paciente (*respuesta 3 correcta*). En la actualidad en nuestro medio en la mayoría de los niños con diarrea no está indicado una fórmula sin lactosa, hipoalérgica o hidrolizada. Habría que observar la aparición de signos o síntomas de malabsorción para detectar los contados casos en los que pudiera aparecer (*respuesta 2 incorrecta*).

En niños con una alimentación variada hay que mantener dicha dieta, pues existe una adecuada absorción de macronutrientes (*respuesta 1 incorrecta*).

Los fármacos habitualmente utilizados en estos procesos son inhibidores de la motilidad intestinal (loperamida y otros opiáceos y anticolinérgicos), modificadores de la secreción intestinal (sales de bismuto) y sustancias adsorbentes (colesteraquina, sales de aluminio). En general su uso no está indicado en la población infantil, por no haberse demostrado su eficacia y/o por la existencia de importantes efectos secundarios.

La utilización de antibióticos sólo estaría indicada en:

- Pacientes inmunodeprimidos con enfermedad grave de base.
- Todos los casos de diarrea aguda por *Shigella* y la mayoría de los producidos por *E. coli* enteroinvasiva y enteropatógena, *Clostridium difficile*, *E. histolytica*, *Giardia lamblia* o *Vibrio cholerae*.
- Algunos casos de infección por *Campylobacter*, sobre todo si el tratamiento es precoz, por *Yersinia*, en casos de enfermedad grave y por *Salmonella* en lactantes con bacteriemia y en todo paciente menor de 3 meses. (*respuesta 4 incorrecta*).

Pregunta 11492: (83) En el síndrome de realimentación al inicio del tratamiento de la malnutrición crónica, pueden aparecer todas las alteraciones analíticas siguientes, EXCEPTO una. Indique cuál:

- Hiperglucemia.
- Hiperfosfatemia.
- Hipopotasemia.
- Hipomagnesemia.

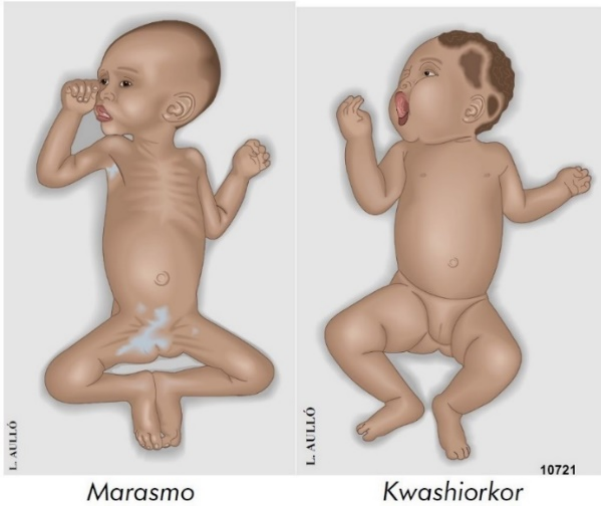
300382 PEDIATRÍA Normal 56%

Solución: 2

El síndrome de realimentación (SR) es un cuadro clínico complejo que ocurre como consecuencia de la reintroducción de la nutrición (oral, enteral o parenteral). Cuando comienza un proceso de realimentación, el organismo cambia de un estado catabólico a uno anabólico. La carga de glucosa en la dieta y la estimulación de la secreción de insulina y además por la administración

de líquidos intravenosos, movilizan a la glucosa, el potasio, magnesio y fósforo dentro de las células (*respuesta 1 incorrecta*) Los pacientes presentan trastornos en el equilibrio de fluidos, anomalías electrolíticas — como hipofosfatemia, (*respuesta 2 correcta*) hipopotasemia (*respuesta 3 incorrecta*) e hipomagnesemia (*respuesta 4 incorrecta*) —, alteraciones en el metabolismo hidrocarbonado y déficits vitamínicos. Esto se traduce en la aparición de complicaciones neurológicas, respiratorias, cardíacas, neuromusculares y hematológicas.

Los pacientes en riesgo de desarrollar SR son los que presentan Kwashiorkor o Marasmo; anorexia nerviosa; desnutrición ligada a enfermedades crónicas (caquexia cardíaca, EPOC, cirrosis); alcoholismo crónico; pacientes oncológicos; ayuno de siete a 10 días asociado a estrés o depleción; pacientes post operados; obesos mórbidos tras pérdida de peso masiva; individuos en huelga de hambre y en presencia de estado hiperosmolar diabético.



Pregunta 11493: (84) Un paciente con enfermedad de Alzheimer moderada que presenta episodios de agitación y agresividad grave junto a sintomatología psicótica puede ser tratado con uno de los siguientes fármacos, que está aprobado para esta indicación. Indique cuál:

1. Escitalopram.
2. Lorazepam.
3. Risperidona.
4. Trazodona.

300383 PSQUIATRÍA Normal 42%

Solución: 3

Se trata de un paciente diagnosticado de enfermedad de Alzheimer que en su evolución comienza con agitación y agresividad, junto con sintomatología psicótica. Esta clínica suele aparecer tras años de evolución de la enfermedad. Hay que recordar que el síntoma inicial de la EA suele ser la alteración de la memoria. En el tratamiento de la EA existen fármacos dirigidos a enlentecer el deterioro cognitivo progresivo y a mejorar los síntomas comportamentales, como son los anticolinesterásicos (Donepezilo, Rivastigmina, Galantamina) y los antagonistas de los receptores NMDA (Memantina). Otro pilar importante en el manejo de la EA es el tratamiento sintomático de la clínica que puede asociarse:

- Insomnio: antipsicóticos o antidepresivos sedantes.
- Depresión: antidepresivos ISRS.
- Síntomas psicóticos o trastornos de conducta: antipsicóticos. El único antipsicótico que nos dan entre las opciones es la Risperidona (*respuesta 3 correcta*). El escitalopram y la Trazodona son antidepresivos (*respuestas 1 y 4 incorrectas*), y el Lorazepam es una benzodiacepina (*respuesta 2 incorrecta*).
- Crisis convulsivas: anticonvulsivantes.
- Alteraciones de la deglución: sonda nasogástrica.
- Prevención de úlceras de decúbito.
- Consejos a la familia: hacer vida rutinaria, no cambios de domicilio...

Pregunta 11494: (85) Un paciente de 79 años es traído a urgencias a las 7 de la tarde desde una residencia, pero no disponemos del informe de derivación y por tanto desconocemos sus antecedentes. Está desorientado en tiempo y espacio. Tiene problemas para recordar información sencilla. En ocasiones se pone muy nervioso y agitado, porque ve personas amenazantes, incluso cuando se encuentra a solas. En otras ocasiones aparece somnoliento y desatento. El principal dato que apoya el diagnóstico de delirium frente al de demencia es:

1. La presencia de alucinaciones visuales.
2. Los síntomas cognitivos.
3. La agitación psicomotriz.
4. La fluctuación del nivel de alerta.

300384 PSQUIATRÍA Fácil 98%

Solución: 4

Nos preguntan por lo más característico del delirium o síndrome confusional. El delirium es un cuadro de disfunción cerebral generalizado de causa orgánica y que aparece de manera aguda. Lo más característico del cuadro y lo que nos ayuda a distinguirlo de una demencia es la **FLUCTUACIÓN del nivel de consciencia y de la atención** (*respuesta 4 correcta*). Además de esta característica, al tratarse de una alteración cerebral global la clínica puede ser muy variada: Alucinaciones visuales, síntomas cognitivos, delirios, alteración de la memoria, agitación...etc; pero todos estos síntomas también podrían estar presentes en una demencia, por los que nos ayudan a la hora de diferenciar el delirium de la demencia (*respuestas 1, 2 y 3 incorrectas*).

Pregunta 11495: (86) Indique cuál NO es una indicación de la terapia electroconvulsiva:

1. Trastorno depresivo mayor grave en el anciano.
2. Depresión durante el embarazo.
3. Agorafobia grave e incapacitante en personas jóvenes.
4. Formas agudas de esquizofrenia en personas jóvenes.

300385 PSQUIATRÍA Difícil 22%

Solución: 3

La Terapia electroconvulsiva (TEC) está indicada en las siguientes situaciones:

- **Trastornos depresivos:**
 - Depresión resistente a tratamiento.
 - Depresión con síntomas psicóticos.
 - Inhibición o agitación intensa.
 - Alto riesgo de complicaciones somáticas.
 - **Depresión en el anciano** (*respuesta 1 incorrecta*).
 - Contraindicación de antidepresivos.
- **Episodios maniacos o mixtos:**
 - Manía resistente a tratamiento.
 - Contraindicaciones de psicofármacos.
 - Buena respuesta previa.
- **Esquizofrenia:**
 - Esquizofrenia resistente a tratamiento.
 - Esquizofrenia catatónica.
 - **Episodios agudos** con agitación intensa y gran desorganización conductual (*respuesta 4 incorrecta*).
 - Contraindicaciones a psicofármacos.
 - Buena respuesta previa.
- **Otras indicaciones:**
 - Trastorno esquizoafectivo resistente a tratamiento.
 - Trastorno esquizofreniforme con mala evolución.
 - Síndrome neuroléptico maligno.
 - Enfermedad de Parkinson, especialmente complicada con episodios depresivos, y con fenómenos on-off.
 - **Embarazada con trastorno afectivo** o esquizofrénico, con descompensación aguda y en la que exista riesgo de teratogeneidad por el uso de psicofármacos (*respuesta 2 incorrecta*).

** La agorafobia no es indicación de TEC (*respuesta 3 correcta*)

Pregunta 11496: (87) Ante un trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) de inicio súbito en un niño de 9 años que además presenta tics y corea como manifestaciones neurológicas se debería descartar una infección por:

1. Estreptococo viridans.
2. Estreptococo alfa-hemolítico.
3. Estreptococo beta-hemolítico, grupo A.
4. Enterococo.

300386 PSQUIATRÍA Normal 60%

Solución: 3

La infección estreptocócica en la infancia suele ser benigna y de presentación autolimitada, aunque un pequeño porcentaje de niños puede desarrollar trastornos neurológicos y/o neuropsiquiátricos. La corea de Sydenham (CS) es la más conocida de estas entidades, aunque también el PANDAS (Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorder Associated with Streptococcal throat infection) es un síndrome bien definido en el cual los tics y el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) pueden estar producidos por una infección por estreptococos beta-hemolíticos del grupo A (EBHA) (respuesta 3 correcta). La CS es la manifestación neurológica de la fiebre reumática (FR) y, si bien es cierto que hay un solapamiento entre esta entidad y el PANDAS, este último se distingue bien de la CS por la ausencia de carditis (con igual prevalencia que la población general) y de corea franca.

Pregunta 11497: (88) ¿Cuál es el mecanismo de acción del antidepresivo bupropión?:

1. Inhibe la recaptación de noradrenalina y serotonina.
2. Inhibe la recaptación de noradrenalina y dopamina.
3. Es antagonista de la dopamina e inhibe la recaptación de serotonina.
4. Es antagonista del glutamato e inhibe la recaptación de dopamina.

300387 PSQUIATRÍA Normal 39%

Solución: 2

Mecanismo de acción de antidepresivos:

- Inhibidores selectivos de la recaptación de Serotonina y Noradrenalina (IRSN): Venlafaxina, Desvenlafaxina, Milnacipran, Duloxetina.
- Inhibidores de la recaptación de noradrenalina y dopamina (IRDN): Bupropion (respuesta 2 correcta).

NEURO-TRANSMISORES IMPLICADOS	CLASE	NOMBRES MIR
1	INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE LA SEROTONINA (5HT): ISRS	PAROXETINA SERTRALINA CITALOPRAM FLUOXETINA FLUVOXAMINA ESCITALOPRAM
	Modulador de la transmisión serotoninérgica (NUEVO)	VORTIOXETINA
	Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (NA): I.S.R.N.	REBOXETINA
2	Bloqueo 5-HT2A e inhibición de recaptación de 5HT: I.R.A.S.	TRAZODONA
	Inhibición de recaptación de noradrenalina (NA) y dopamina (DA): I.R.N.D.	BUPROPION
	Inhibición selectiva de la recaptación de 5HT y NA	VENLAFAXINA DULOXETINA
	Inhibición no selectiva de la recaptación de 5-HT y NA: ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS	AMITRIPTILINA CLOMIPRAMINA IMIPRAMINA NORTRIPTILINA DESIMIPRAMINA DOXEPINA TRIMIPRAMINA
	INHIBIDORES DE LA MONOAMINOXIDASA (I.M.A.O.)	IPRONIACIDA ISOCARBOXACIDA TRANILCIPROMINA FENELCINA
	RIMA (inhibidores reversibles de la monoaminoxidasa A)	Moclobemida
	Alfa-2-antagonistas (aumentan los niveles de NA y 5HT)	Mirtazapina Mianserina
Estimula receptores melatoninérgicos MT1 y MT2 y bloquea 5HT2C	AGOMELATINA	

Pregunta 11498: (89) Un hombre de 46 años con trastorno bipolar es llevado a urgencias tras una sobreingesta de carbonato de litio. En la exploración destaca temblor intenso, ataxia, disartria, mioclonías y fasciculaciones. La litemia es de 4,1 mEq/L (toxicidad > 1,6 mEq/L). ¿Cuál de las siguientes opciones terapéutica estaría más indicada?:

1. Aminofilina asociado a un catártico.
2. Carbón activado.
3. Hemodiálisis.
4. Diuresis forzada.

300388 PSQUIATRÍA Fácil 93%

Solución: 3

El tratamiento farmacológico tradicional del trastorno bipolar es el Litio. Los niveles séricos idóneos de litio para la manía se hallan entre 0,6-1,2. Por encima de 1.5 mEq/L son niveles tóxicos. El Litio se elimina como ión, el 95% por la orina y el 5% restante por el sudor, heces y saliva. En las intoxicaciones por litio (como es el caso de la pregunta) el tratamiento dependerá de los niveles séricos: En casos leves (< 2 mEq/L) se forzará diuresis. Si la litemia es > 2 mEq/L será necesaria la hemodiálisis (respuesta 3 correcta).



Pregunta 11499: (90) Entre las interacciones de los antipsicóticos con otros grupos farmacológicos señale cuál de las siguientes es FALSA:

1. Los fumadores suelen presentar niveles de antipsicóticos en plasma superiores a los no fumadores.
2. El litio puede empeorar los síntomas extrapiramidales y aumentar la neurotoxicidad.
3. La carbamazepina disminuye los niveles plasmáticos de antipsicóticos.
4. Los antidepresivos aumentan los niveles plasmáticos de antipsicóticos.

300389 PSQUIATRÍA Difícil 20%

Solución: 1

El tabaquismo es un problema altamente prevalente en la población de pacientes con diagnóstico psiquiátrico. El uso de tabaco dentro de ellos se asocia a mortalidad, gravedad de los síntomas psiquiátricos e interacción con los medicamentos. Los hidrocarburos aromáticos policíclicos del humo del tabaco aumentan el metabolismo de la Clozapina, la Olanzapina y los antipsicóticos típicos, por ello, los fumadores suelen presentar niveles de antipsicóticos en plasma inferiores a los no fumadores (respuesta 1 correcta).

El resto de las respuestas son ciertas:

- El litio aumenta los efectos neurotóxicos de los antipsicóticos (síntomas extrapiramidales, discinesias) por un mecanismo desconocido (respuesta 2 incorrecta).
- La asociación de Carbamazepina y Clozapina está contraindicada ya que la Carbamazepina es un inductor potente del CYP1A2 por lo que se producirá una disminución en los niveles de la Clozapina por un lado y por otro también se produce un aumento en el riesgo de mielosupresión por un mecanismo desconocido (respuesta 3 incorrecta).
- Los antidepresivos aumentan los niveles plasmáticos de antipsicóticos. Por ejemplo, la Fluoxetina y Paroxetina son inhibidores potentes del sistema CYP2D6 por lo que pueden producir un aumento en los niveles de los sustratos de esta enzima como por ejemplo los ADT y la Risperidona (en los que se pueden elevar los niveles hasta en un 75%) (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta 11500: (91) Niña de 11 años y 6 meses, premenárquica, con escoliosis idiopática conocida. La radiografía de raquis realizada hace 6 meses mostraba una curva tóraco-lumbar izquierda de 18° (ángulo de Cobb). En la actual se observa un ángulo de Cobb de 28°, con una maduración de cresta iliaca (signo de Risser) de 2. En este momento evolutivo, ¿qué tratamiento es el más adecuado para intentar detener la progresión de la curva?:

1. Ejercicios de natación.
2. Ejercicios de reeducación postural.
3. Corsé ortopédico corrector.
4. La intervención quirúrgica mediante artrodesis espinal.

300390 TRAUMATOLOGÍA Fácil 88%
Solución: 3

El tratamiento de la escoliosis idiopática se realiza en función de la importancia de las curvas (grados Coob), de la edad ósea de la paciente (signo de Risser) y de la evolución de la escoliosis.

Una curva menor de 20° se trata mediante **recomendaciones posturales** y ejercicios de **fortalecimiento de la musculatura paravertebral** (respuesta 1 incorrecta), (respuesta 2 incorrecta).

Una curva entre los 20 y los 50°, **progresiva y antes de la finalización del crecimiento** se trata mediante corsés de Milwaukee si la curva es alta o de Boston si es baja (respuesta 3 correcta).

Una curva de más de 50° **grados** es indicación de tratamiento quirúrgico: reducción y artrodesis espinal (respuesta 4 incorrecta).

ESQUEMA DE TRATAMIENTO

Grados Cobb	Indicación
10-20	Seguimiento radiológico. Si comienza una rotación vertebral: Corsé
20-50	Corsé de Milwaukee (MIR) o de Boston asociado a otras medidas funcionales
> 50 (> 60 en infantiles)	Quirúrgico

Pregunta 11501: (92) Mujer que presenta dificultad para caminar tras una cirugía ginecológica. Tiene dolor leve en el muslo y le falla la pierna al apoyar. En la exploración presenta debilidad para la flexión de la cadera y para la extensión de la rodilla, y disestesias en la cara anterior del muslo. ¿Cuál es el diagnóstico de sospecha más probable?:

1. Neuropatía del nervio femoral.
2. Meralgia parestésica del nervio fémorocutáneo.
3. Neuropatía del nervio obturador.
4. Neuropatía del nervio ciático

300391 TRAUMATOLOGÍA Normal 43%
Solución: 1

Recordando la anatomía funcional de los nervios de la extremidad inferior:

NERVIO	DISTRIBUCIÓN MOTORA	DISTRIBUCIÓN SENSITIVA	CLÍNICA TRAS SUS LESIÓN
FEMORAL	M. Psoas-iliáco M. Sartorio M. Cuádriceps femoral	Tegumentos de la cara anterior del muslo	Dificultad para: Flexión cadera Extensión de rodilla. Alteraciones sensitivas en cara anterior del muslo
FEMOROCUTÁNEO	Ninguna	Tegumentos de la cara lateral del muslo	Alteraciones sensitivas en la cara lateral del muslo (meralgia parestésica)
OBTURADOR	Músculos abductores	Tegumentos de la cara interna del muslo	Dificultad para la aproximación de la cadera. Alteraciones sensitivas en cara interna del muslo
CIÁTICO	Músculos de la cara posterior del muslo. Todos los músculos de la pierna y el pie	Tegumentos por debajo de la rodilla	Dificultad para la flexión de la rodilla, movimientos del tobillo y el pie. Alteraciones sensitivas por debajo de la rodilla

La debilidad para la flexión de la cadera y para la extensión de la rodilla, y disestesias en la cara anterior del muslo es característico de la lesión del nervio femoral o crural (respuesta 1 correcta). El esquema explica por qué las respuestas 2, 3 y 4 son incorrectas.

Pregunta 11502: (93) Un hombre de 58 años, hipertenso, acude a urgencias por un síncope de 30 segundos mientras corre, con recuperación espontánea y sin secuelas. La tensión arterial es 135/65 mmHg. En la auscultación cardiaca presenta un soplo sistólico rudo, intenso, que se reduce con maniobras de Valsalva y un segundo tono atenuado. El ECG muestra un ritmo sinusal a 72 lpm, con criterios de hipertrofia ventricular izquierda y ondas T invertidas en cara anterior. Señale la afirmación correcta:

1. El cuadro clínico sugiere un tromboembolismo pulmonar.
2. Los datos aportados indican miocardiopatía hipertrófica con obstrucción grave del tracto de salida de ventrículo izquierdo.
3. Estos datos corresponden a estenosis aórtica grave.
4. Debe excluirse una disección de aorta mediante una tomografía computarizada con contraste.

300392 CARDIOLOGÍA Normal 55%
Solución: 3

Nos presenta un soplo asistólico que se reduce con Valsalva y disminución del segundo tono, además en ECG HVI y T negativas: estenosis aórtica (respuesta 3 correcta).

En el TEP no deberíamos tener soplo, de presentarlo sería diastólico por insuficiencia pulmonar funcional (respuesta 1 incorrecta).

En la miocardiopatía hipertrófica presenta soplo asistólico que AUMENTA con la maniobra de Valsalva (respuesta 2 incorrecta). La disección de aorta se acompaña de soplo en el caso de que afectara a la válvula aórtica y en tal caso sería soplo diastólico (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta 11503: (94) Entre las siguientes combinaciones de fármacos ¿cuál ha demostrado reducción de la mortalidad en la insuficiencia cardiaca con fracción de eyección deprimida?:

1. Betabloqueantes e inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina.
2. Digoxina y betabloqueantes.
3. Diuréticos de asa y antagonistas de los canales del calcio.
4. Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y antagonistas de los canales del calcio.

300393 CARDIOLOGÍA Fácil 95%
Solución: 1

El tratamiento de primera línea en los pacientes con disfunción sistólica son betabloqueantes e IECAS (respuesta 1 correcta)

La digoxina se reserva para pacientes con insuficiencia cardiaca aguda y FA rápida (respuesta 2 incorrecta).

Los antagonistas el calcio (sobre todo no-dihidropiridínicos) están contraindicados en la disfunción ventricular (respuestas 3 y 4 incorrectas).

Pregunta 11504: (95) Una mujer de 83 años alérgica a betalactámicos ingresa por pielonefritis aguda y vómitos. Toma amiodarona desde hace 3 años por fibrilación auricular paroxística. Al ingreso se pauta levofloxacino y metoclopramida. Por agitación nocturna se añade haloperidol. Al 6º día sufre un síncope del que se recupera a los pocos segundos. El ECG muestra ritmo sinusal a 50 lpm, QRS estrecho y QTc 510 ms. En este contexto clínico, ¿qué etiología explicaría el síncope?:

1. Una taquicardia ventricular polimorfa.
2. Un infarto agudo de miocardio.
3. Un ictus cardioembólico.
4. Un bloqueo aurículoventricular completo.

300394 CARDIOLOGÍA Normal 35%
Solución: 1

Síncope en paciente con QT largo (>500mseg) sospechar siempre taquicardia ventricular polimorfa o Torsada de Puntas (respuesta 1 correcta).

Pregunta 11505: (96) Ante un paciente con pericarditis aguda y derrame pericárdico grave ¿cuál de las siguientes medidas es INCORRECTA?:

1. Ingreso para monitorización estrecha de la aparición de signos de taponamiento.
2. Administración de diuréticos que faciliten la desaparición del derrame.
3. Ingreso y consideración de pericardiocentesis.
4. Administración de antiinflamatorios no esteroideos.

300395 CARDIOLOGÍA Fácil 81%

Solución: 2

Derrame pericárdico SEVERO, criterio de ingreso en pericarditis aguda (respuesta 1 incorrecta).

En caso de derrame pericárdico, debemos aumentar la volemia para incrementar la presión intraventricular evitando el uso de diuréticos que al disminuir la presión intraventricular podría favorecer el taponamiento cardiaco (respuesta 2 correcta). //Si presión intraventricular < presión intrapericardica = Taponamiento//

Tratamiento de pericarditis aguda (seca o con derrame): RE-POSO + AINES (respuesta 4 incorrecta) + COLCHICINA

Pregunta 11506: (97) Hombre de 42 años con antecedente de cirrosis hepática compensada, traído a urgencias por ictericia, fiebre, aumento del perímetro abdominal y deterioro significativo del estado general. ¿Cuál de los siguientes parámetros analíticos NO le aportaría información acerca del pronóstico?:

1. Albúmina sérica.
2. Índice internacional normalizado (INR).
3. Bilirrubina total sérica.
4. Transaminasas (valor de ALT y AST).

300396 DIGESTIVO Fácil 74%

Solución: 4

Pregunta directa sobre los factores pronósticos en los pacientes cirróticos. Hay que recordar que el pronóstico de los pacientes con cirrosis se evalúa mediante:

- La clasificación de Child-Pugh, que incluye:
 - Albúmina (respuesta 1 incorrecta).
 - Bilirrubina (respuesta 3 incorrecta).
 - Tasa de protrombina o INR (respuesta 2 incorrecta).
 - Ascitis.
 - Encefalopatía.
- El índice MELD, que incluye:
 - Bilirrubina.
 - INR.
 - Creatinina.

Un valor puntual elevado de transaminasas no indica un peor pronóstico en la cirrosis (respuesta 4 correcta).

CLASIFICACIÓN MODIFICADA CHILD-PUGH

Parámetro	Hallazgo	Puntos
Encefalopatía (2MIR)	Ausente	1
	I y II	2
	III y IV	3
Ascitis (3MIR)	Ausente	1
	Fácilmente controlable.	2
	Mal controlada.	3
Bilirrubina (2MIR) (mg/dl)	< 2	1
	2-3	2
	>3	3
Albúmina (g/dl) (2MIR)	>3.5	1
	2.8-3.5	2
	< 2,8	3
Prolongación tiempo de protrombina (seg) (INR) (MIR)	0-4 (< 1.7)	1
	4-6 (1.7-2.3)	2
	>6 (> 2.3)	3

Pregunta 11507: (98) Hombre de 55 años remitido a la consulta por detectarse en un examen de salud hipertransaminasemia y esteatosis hepática en la ecografía. Es hipotiroideo en tratamiento sustitutivo y diabético bien controlado con metformina. Bebe alcohol muy ocasionalmente. En la exploración física destaca una obesidad tipo I (índice de masa corporal, IMC 33 kg/m²). La analítica muestra: aspartato aminotransferasa (AST) 87 UI/L, alanino aminotransferasa (ALT) 65 UI/L, gammaglutamiltransferasa (GGT) 100 UI/L, colesterol total 230 mg/dL, glucemia basal 132 mg/dl. Bilirrubina, fosfatasa alcalina, hormonas tiroideas y ferritina normales. Coagulación normal. La serología de hepatitis vírica (VHA, VHB y VHC) y de autoinmunidad (ANA, AMA, AML, antiLKM) son negativas. Señale la afirmación más apropiada:

1. Tiene una esteatosis hepática sin riesgo de desarrollar cirrosis ni hepatocarcinoma, por lo que es suficiente el control metabólico periódico.
2. Está indicado realizar una biopsia hepática por la sospecha de hepatitis autoinmune.
3. Es útil realizar una elastografía de transición (FibroScan®) para determinar la existencia o no de fibrosis.
4. Está indicado sustituir la metformina por pioglitazona que ha demostrado ser más eficaz para mejorar la esteatosis hepática.

300397 DIGESTIVO Normal 34%

Solución: 3

Nos presentan un caso clínico de un paciente con esteatosis hepática (confirmada mediante ecografía) e hipertransaminasemia. El paciente no es alcohólico, aunque sí tiene un síndrome metabólico (diabetes, obesidad, etc.). Los marcadores de los virus de las hepatitis son negativos, así como los auto-anticuerpos. Por lo tanto, sospechamos que se trate de un hígado graso no alcohólico.

No sospechamos una **hepatitis autoinmune**, ya que los auto-anticuerpos son negativos y el cuadro clínico orienta hacia una esteatosis hepática no alcohólica. Por tanto, no precisa realizar una **biopsia** (respuesta 2 incorrecta).

Los pacientes con hígado graso no alcohólico **pueden llegar a desarrollar complicaciones como la cirrosis o el hepatocarcinoma** (incluso en ausencia de cirrosis) (respuesta 1 incorrecta).

La técnica más extendida en el diagnóstico de la fibrosis hepática es la **elastografía de transición (FibroScan)** (respuesta 3 correcta). Las ventajas que aporta esta técnica son la rapidez, la inmediatez de los resultados y la capacidad de realizarse en la propia consulta.

El empleo de antidiabéticos orales en la esteatosis hepática no alcohólica debe limitarse a los casos en los que se asocie un diagnóstico de resistencia a la insulina. En este contexto, **no existe evidencia en la actualidad para priorizar un fármaco sobre otro** (respuesta 4 incorrecta).



2010 © Curso Intensivo MIR Asturias, 02449
Esteatosis hepática. El parénquima hepático es más ecogénico que la corteza del riñón derecho.



Pregunta 11508: (99) Paciente con cirrosis hepática estadio B de Child con ascitis y antecedentes de peritonitis bacteriana espontánea (PBE). ¿Cuál de las siguientes pautas de tratamiento antibiótico se considera adecuada como profilaxis de la PBE?:

1. Vancomicina 500 mg / día.
2. Norfloxacin 400 mg / día.
3. Metronidazol 250 mg / día.
4. Amoxicilina 1000 mg / día.

300398 DIGESTIVO Fácil 85%

Solución: 2

La **profilaxis de la PBE** se basa en la administración de antibióticos que reducen la cantidad de bacterias gramnegativas aerobias en la flora intestinal (descontaminación intestinal selectiva). En los pacientes que han sufrido un primer episodio de PBE, la administración continuada de **norfloxacin 400 mg/día/p.o.** disminuye de forma muy notable la probabilidad de recidiva (*respuesta 2 correcta, respuestas 1, 3 y 4 incorrectas*). En aquellos pacientes con cirrosis hepática y hemorragia digestiva, la administración de norfloxacin (400mg/12h/p.o.) o antibióticos por vía endovenosa, como ceftriaxona, durante el episodio hemorrágico (5-7 días) reduce también el riesgo de peritonitis. Por último, en los pacientes cuya ascitis presenta una baja concentración de proteínas y que además presentan signos de insuficiencia hepática y/o renal moderada/severa, la profilaxis antibiótica con norfloxacin (400 mg/día) a largo plazo reduce de forma significativa el riesgo de desarrollar el primer episodio de PBE y síndrome hepatorenal y mejora la supervivencia de los pacientes.

RECORDEMOS

Causas que aumentan el riesgo de PBE

1. Haber tenido una PBE previa: un paciente que ha sufrido una PBE tiene un riesgo del 80% de sufrir otra durante el año siguiente (de ahí la importancia de la profilaxis post-tratamiento).
2. Paciente que sufra un sangrado gastrointestinal.
3. Paciente con ascitis con líquido bajo en proteínas (por ejemplo, en un cirrótico).

Pregunta 11509: (100) Paciente joven con enfermedad inflamatoria intestinal que es diagnosticado de espondilitis anquilosante. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?:

1. La espondilitis anquilosante es más frecuente en pacientes con enfermedad de Crohn.
2. La actividad de la espondilitis anquilosante guarda relación con la actividad inflamatoria de la enfermedad inflamatoria intestinal.
3. La actividad de la espondilitis anquilosante no remite con glucocorticoides.
4. La evolución de la espondilitis anquilosante evolución es lenta y progresiva.

300399 DIGESTIVO Fácil 84%

Solución: 2

La **Espondilitis Anquilosante (EA)** ocurre en el 10% de los individuos con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) y es **más frecuente en la Enfermedad de Crohn que en la Colitis Ulcerosa** (*respuesta 1 incorrecta*). Alrededor de 2/3 de los pacientes con EII tienen una prueba de EA positiva para el antígeno HLA-B27. **La actividad de la EA no guarda relación con la del intestino** (*respuesta 2 correcta*) y **no remite con los glucocorticoides** (*respuesta 3 incorrecta*) o la colectomía. Por lo general afecta la columna y la pelvis y produce síntomas de dolor lumbar difuso, dolor en las nalgas y rigidez matutina. **Su evolución es continua y progresiva** (*respuesta 4 incorrecta*), lo que causa lesiones permanentes y deformidades del esqueleto. El tratamiento contra TNF reduce la inflamación raquídea y mejora el estado funcional y la calidad de vida.



Espondilitis Anquilosante

Pregunta 11510: (101) El tratamiento médico de los macroprolactinomas debería reducir la masa tumoral, normalizar los niveles séricos de prolactina y restaurar la función gonadal. Esto se puede conseguir con:

1. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.
2. Agonistas selectivos de los receptores D2 dopaminérgicos.
3. Análogos de la somatostatina.
4. Antagonistas de los receptores V2 de la desmopresina.

300400 ENDOCRINOLOGÍA Fácil 85%

Solución: 2

Los fármacos básicos para tratar los pacientes con micro o macroprolactinomas son los **agonistas de dopamina orales (bromocriptina y cabergolina)** que suprimen la secreción y la síntesis de prolactina además de la producción de células lactotropas (*respuesta 2 correcta*).

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) se utilizan en la depresión. Los ISRS son frecuentemente prescritos para los trastornos de ansiedad, como la fobia social, trastornos de pánico, trastorno obsesivo compulsivo (TOC), trastornos de la conducta alimentaria y ocasionalmente, para el trastorno por estrés posttraumático (TEPT) (*respuesta 1 incorrecta*).

Los **análogos de somatostatina**, se utilizan en el tratamiento médico de la **acromegalia**, y en tumores hipofisarios secretores de hormonas (*respuesta 3 incorrecta*). Otras indicaciones de tratamiento de estos fármacos: tumores carcinoides, glucagonomas, gastrinomas, insulinomas. Tratamiento de Varices gastroesofágicas sangrante y fistulas enteroenterales y fistulas enterocutáneas.

Los **antagonistas de los receptores V2 de la desmopresina** (Mozavaptan, Lixivaptan, Satavaptan, Tolvaptan), se utilizan en el **tratamiento del SIADH** (*respuesta 4 incorrecta*).

Pregunta 11511: (102) La hipoglucemia postabsortiva por tumores no insulinomas se caracteriza:

1. Por ser habitual en tumores abdominales de pequeño tamaño y crecimiento rápido.
2. Porque los niveles plasmáticos de proinsulina, insulina y péptido C están suprimidos durante la hipoglucemia.
3. Porque los niveles de IGF1 están característicamente elevados y la ratio IGFII/IGF1 es anormalmente baja.
4. Porque la hipoglucemia tumoral es una de las complicaciones más frecuentes en neoplasias hematológicas en ausencia de caquexia.

300401 ENDOCRINOLOGÍA Normal 35% Solución: 2

Dato difícil pero muy importante de la pregunta: nos hablan de tumores no insulinomas que cursan con hipoglucemia, entre los cuales son frecuentes tumores de gran tamaño como mesoteliales o sarcomas, que además suelen crecer de forma relativamente lenta (respuesta 1 incorrecta).

El hecho de ser tumores no insulinomas, nos indica que están fuera del páncreas y que por tanto se comportan como un hiperinsulinismo, inhibiendo los factores endógenos del páncreas (proinsulina y péptido C) (respuesta 2 correcta).

La hipoglucemia tumoral es una complicación de las neoplasias sólidas de gran tamaño, que pueden cursar con caquexia con depleción grasa (respuesta 4 incorrecta).

Los tumores no insulinomas se manifiestan con proporciones IGF-II/IGF-I altas, al igual que está alta la concentración de IGF-II (debido esto a que la hipoglucemia depende de la producción excesiva de una forma del factor de crecimiento II, procesado de modo incompleto, que no forma complejos normalmente con las proteínas circulantes de unión y de este modo llega a los tejidos efectores con mayor facilidad) (respuesta 3 incorrecta).

Pregunta 11512: (103) La administración oral de urea produce aumento de diuresis y disminución de la natriuresis y se constituye en un tratamiento seguro y eficaz de la:

1. Hiponatremia hipotónica en situación de euvolemia.
2. Hiponatremia hipotónica en situación de hipovolemia.
3. Hiponatremia isotónica asociada a hiperproteinemia.
4. Hiponatremia hipertónica.

300402 ENDOCRINOLOGÍA Fácil 73% Solución: 1

La disminución de la osmolaridad y sodio sérico por debajo de límites normales (hiponatremia hipotónica) proviene de varios tipos de desequilibrio entre el sodio y el agua, entre los que está el aumento de agua corporal con cambios mínimos o nulos en el sodio orgánico (hiponatremia euvolémica), característica del SIADH. En este síndrome de SIADH, se puede utilizar como tratamiento la urea, que favorece la diuresis y disminuye la natriuresis-aumento de sodio en orina por efecto de la ADH) (respuesta 1 correcta).

Cualquier otra causa de hiponatremia donde no es necesario el forzar la diuresis o disminuir la natriuresis, no sería útil la urea como tratamiento.

Causas de hiponatremia hipotónica con hipovolemia serían fundamentalmente: pérdidas digestivas, cutáneas, diuréticos, cuyo tratamiento sería eliminar la causa y no sería útil la urea (respuesta 2 incorrecta).

Causas de hiponatremia isotónica: hiperlipemia, hiperproteinemia (falsas hiponatremias), por lo que no son útiles fármacos para la verdadera hiponatremia como la urea (respuesta 3 incorrecta).

Causas de hiponatremia hipertónica: Hiperglucemia o uso de manitol. No útil la urea, ya que este caso no es necesario disminuir la excreción de sodio por la orina, debido a que no hay como causa un SIADH (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta 11513: (104) La diabetes insípida nefrogénica inducida por litio:

1. Está causada por mutaciones de acuaporina-2.
2. Es debida a una reducción marcada de los niveles de acuaporina-2.
3. Responde a dosis bajas de desmopresina.
4. Los diuréticos tiazídicos y el amiloride están contraindicados en su tratamiento.

300403 NEFROLOGÍA Normal 40% Solución: 2

La diabetes insípida nefrogénica secundaria al litio es una entidad por la cual el riñón se hace parcialmente resistente al efecto de la ADH y se produce poliuria acuosa con tendencia a la deshidratación hipernatrémica. Dado que es por daño renal no responde a la desmopresina o ADH (respuesta 3 incorrecta) y el mecanismo por el cual se produce es por trastorno en la expresión de los canales de acuaporina 2 en el túbulo colector (respuesta 2 correcta). Al ser un cuadro tóxico adquirido (y potencialmente reversible) no se debe a mutación genética alguna (respuesta 1 incorrecta). El tratamiento principal de la diabetes insípida nefrogénica es la hidratación pero en muchos casos, si a pesar de adecuada hidratación persiste hipernatremia, se pueden emplear diuréticos, preferentemente tiazidas (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta 11514: (105) Paciente de 67 años que en los últimos 6 meses, en dos analíticas de rutina, presenta linfocitosis progresiva. En la última, hemoglobina 15,4 g/dl; leucocitos 18,5 x10³/μL con 82 % de linfocitos maduros que por citometría de flujo expresan los antígenos CD5/CD19/CD23 y plaquetas 240 x10³/μL. ¿Qué actitud le parece correcta?:

1. Estudio de mutaciones de TP53 para establecer el pronóstico.
2. Aspirado/biopsia ósea para confirmar el diagnóstico.
3. PET/CT para establecer la actitud terapéutica.
4. Nuevo control clínico y analítico en 6 meses.

300404 HEMATOLOGÍA Difícil 11% Solución: 4

La asociación de una leucocitosis con linfocitosis superior a 75% (siendo estos maduros) nos da el diagnóstico directo de leucemia linfocítica crónica. Además se confirma con la dualidad de marcadores: CD5+ junto a CD19+ y CD23+ (este último descarta se trate de un linfoma de células del manto) (respuesta 2 incorrecta). Nos comentan también que se trata de un hallazgo casual, en una analítica de rutina. No hablan de la existencia de adenopatías múltiples ni de anemia ni de trombopenia por lo que se trata de un estadio inicial o A de Binet que no necesita tratamiento (respuesta 4 correcta y 3 incorrecta).

Pregunta 11515: (106) Mujer de 65 años derivada a urgencias por fiebre y alteraciones en la analítica: Hemoglobina 11,4 g/dL, leucocitos 0,86 x10³/μL, (neutrófilos 41,9 %, linfocitos 55,8 %), plaquetas 48,0 x10³/μL, fibrinógeno 118 mg/dL, dímero D 20,2 μg/mL. Se realiza examen de médula ósea con la que se la diagnostica una leucemia aguda con t(15;17) en el 60 % de las células. ¿Cuál de las siguientes respuestas es correcta?:

1. Si está asintomática se iniciará ácido trans retinoico (ATRA) y se recomendarán controles en hospital de día.
2. Se iniciará tratamiento con trióxido de arsénico, ATRA y terapia de soporte.
3. Es una leucemia mieloblástica tipo M3, por lo que se iniciará tratamiento quimioterápico y heparina para controlar la coagulación intravascular diseminada.
4. Se debe iniciar tratamiento antibiótico. Cuando desaparezca la fiebre se iniciará el tratamiento de la leucemia.

300405 HEMATOLOGÍA Fácil 78% Solución: 2

Paciente que presenta pancitopenia, diagnosticada de leucemia aguda promielocítica o M3 t(15;17). Esta leucemia tiene un tratamiento específico basado en la poliquimioterapia donde el fármaco de elección es el ATRA, disminuyendo el riesgo de CID de un 20 a un 2% (respuesta 3 incorrecta). Hay datos de 85% de curación con ATRA + antraciclina (idarrubicina, daunorrubicina). Hasta hace unos años, en pacientes resistentes se empleaba el trióxido de arsénico pero recientemente se han mejorado los resultados con la asociación de ATRA a trióxido de arsénico en la fase de inducción a la remisión completa o enfermedad residual mínima, por lo que consideramos la opción 2 como la más correcta.

Valores de dímero D normales: inferior a 500 μg/mL
Valores de Fibrinógeno normales de 160 a 400 mg/dL

Pregunta 11516: (107) Paciente de 18 años que acude a urgencias con epistaxis de varios días de evolución, sin antecedentes personales ni familiares de interés. En la exploración está afebril, se observan equimosis múltiples, no se palpa esplenomegalia. Analítica: Leucocitos $7,2 \times 10^3/\mu\text{L}$, Hb 12,3 g/dL, Plaquetas $6,0 \times 10^3/\mu\text{L}$. La trombocitopenia se confirma en el frotis, donde se observan plaquetas de tamaño aumentado. Estudio de coagulación y bioquímica normales. ¿Cuál considera el diagnóstico más probable?:

1. Púrpura trombótica trombocitopénica.
2. Coagulación intravascular diseminada.
3. Trombocitopenia inducida por infección.
4. Trombocitopenia inmune primaria.

300406 HEMATOLOGÍA Normal 61%

Solución: 4

El cuadro clínico presenta un paciente joven con equimosis y epistaxis asociadas a plaquetopenia únicamente. Todo eso nos hace sospechar una patología de hemostasia primaria. La causa más frecuente de plaquetopenia aislada es la PTI (respuesta 4 correcta, 3 incorrecta)

La PTT cursa con plaquetopenia, fiebre, anemia hemolítica asociada a esquistocitos, daño renal, daño neurológico... por lo que se descarta (respuesta 1 incorrecta).

La CID se descarta rápidamente al no comentarnos ninguna alteración de tiempos de coagulación (respuesta 2 incorrecta).

Pregunta 11517: (108) En relación con el linfoma folicular, señale la INCORRECTA:

1. Es el segundo linfoma más frecuente en Occidente.
2. Las células neoplásicas derivan de un linfocito de la médula ósea.
3. Puede transformarse en un linfoma B difuso de célula grande.
4. Puede permanecer años sin necesitar tratamiento.

300407 HEMATOLOGÍA Fácil 70%

Solución: 2

El linfoma folicular (LF) se origina en las células del centro germinal del folículo linfocítico del ganglio linfático (respuesta 2 correcta).

Los LF en estadio avanzado y sin factores de riesgo pueden permanecer sin tratamiento hasta la aparición de signos de progresión. Así, la mitad no requieren tratamiento durante más de 3 años y entre un 10-20% durante más de 10 (respuesta 4 incorrecta). Aunque la mayoría responde muy bien al tratamiento (aunque es difícil la curación), una situación especial es la transformación histológica hacia un linfoma difuso B de células grandes, lo que implica un pronóstico desfavorable (respuesta 3 incorrecta). Son considerados los más frecuentes en todo el mundo y los segundos en frecuencia en el mundo occidental (respuesta 1 incorrecta).

Pregunta 11518: (109) Sobre la Listeria monocytogenes, señale la afirmación INCORRECTA:

1. Es un bacilo grampositivo, catalasa positivo.
2. Está ampliamente distribuida en el suelo, aguas residuales y vegetación en descomposición.
3. El hombre y los animales pueden ser portadores asintomáticos.
4. El tratamiento de elección de la meningitis por *L. monocytogenes* es una cefalosporina.

300408 INFECCIOSAS Fácil 92%

Solución: 4

L. monocytogenes es un bacilo grampositivo, catalasa positivo (respuesta 1 incorrecta) anaerobio facultativo, flagelado, móvil y que no forma esporas. Es capaz de crecer a diferentes temperaturas, incluso a 4 °C. Produce una hemolisina β , denominada listeriolisina A, que es un factor de patogenicidad. La mayoría de las infecciones están producidas por los serotipos 1/2a, 1/2b, y 4. Está ampliamente distribuida en la naturaleza, puede recuperarse del suelo, aguas residuales, materia vegetal en descomposición (respuesta 2 incorrecta) así como eliminarse en las heces de animales sanos y del ser humano (por lo que pueden ser portadores asintomáticos, respuesta 3 incorrecta). Se aísla a

partir del cultivo en múltiples alimentos: vegetales, leche, pescado y carne.

La mayoría de los casos de listeriosis se producen de forma esporádica a partir de la ingesta de alimentos contaminados (quesos, leche, derivados cárnicos procesados –tal como ocurrió en el pasado brote de 2019 en nuestro país– salchichas, patés y pescados ahumados). La enfermedad invasiva predomina en los extremos de la vida (neonatos y mayores de 60 años), mujeres embarazadas (30% de todos los casos) y personas con inmunodeficiencia celular (enfermos con neoplasias, SIDA, receptores de corticoides y fármacos anti-TNF).

Desde el punto de vista patogénico entra en el organismo a través del intestino con la ingesta de alimentos contaminados. La bacteria utiliza proteínas de la superficie celular de células humanas (internalinas) para penetrar en el interior de las células intestinales. *L. monocytogenes* es incluida en el interior de los fagosomas, pero mediante la producción de una exotoxina, "listeriolisina O" (que es el principal factor de virulencia), es capaz de destruir la membrana fagosómica y acceder al citoplasma, donde se divide activamente.

L. monocytogenes produce enfermedad invasiva que suele manifestarse como bacteriemia, meningitis o meningoencefalitis. En personas inmunocompetentes la ingestión de un gran número de bacterias puede ocasionar una gastroenteritis febril.

La ampicilina es el tratamiento de elección de la listeriosis y debe formar parte de la pauta terapéutica de las meningitis (respuesta 4 correcta) en personas con riesgo elevado de listeriosis (niños, adultos >60 años e inmunodeprimidos). Se recomienda asociar gentamicina a ampicilina en los casos de endocarditis, afectación del SNC o inmunodeficiencia grave.

Pregunta 11519: (110) Hombre de 54 años que consulta por clínica miccional compatible con patología prostática. I-PSS=22+4, volumen de orina residual 120 cc, flujo máximo 7,2 ml/s, PSA=0,91 ng/ml y volumen prostático en ecografía 31 cc. Su primera recomendación terapéutica será:

1. Alfa-bloqueante.
2. Inhibidor de 5-alfa reductasa.
3. Anti-muscarínico.
4. Resección transuretral de próstata.

300409 NEFROLOGÍA Difícil 14%

Solución: 1

Ante un varón con síntomas del tracto urinario inferior secundarios a patología prostática con una clínica moderada-grave, en ausencia de indicaciones absolutas de cirugía (hematuria, obstrucciones agudas de repetición u obstrucción crónica con repercusión orgánica: infecciones, reflujo, etc) deberemos ofrecer inicialmente un tratamiento médico (respuesta 4 incorrecta). **Se desaconseja el uso de anti-muscarínicos** en casos de residuo alto (>120-150) (respuesta 3 incorrecta). De inicio **no estaría indicada la prescripción de Inhibidor de 5-alfa reductasa** por no considerarse una próstata de alto riesgo hacia la progresión, menor a 40cc y tener un PSA < 1.5 (respuesta 2 incorrecta). En este caso, como primera recomendación terapéutica, debería optarse por un alfa-bloqueante, de efecto relativamente inmediato (respuesta 1 correcta).

Pregunta 11520: (111) Mujer de 37 años sin otros antecedentes de interés que una apendicectomía. Acude a urgencias por dolor en fosa renal derecha de 3 días de evolución y fiebre de 39°C. En la analítica destaca leucocitosis ($14 \times 10^3/\mu\text{L}$ con neutrofilia) y proteína C reactiva 15 mg/dL. El sistemático de orina muestra hematuria microscópica, leucocituria y piuria significativas. Ingresa con el diagnóstico de pielonefritis aguda y se inicia tratamiento antibiótico con ceftriaxona intravenosa. Tres días después persiste fiebre de 38,5°C, aumento de la leucocitosis y deterioro de la función renal. Teniendo en cuenta la sospecha diagnóstica ¿qué prueba solicitaría a continuación?:

1. Tomografía axial computarizada con contraste intravenoso.
2. Urografía intravenosa.
3. Resonancia magnética nuclear abdominal.
4. Ecografía urológica.

300410 NEFROLOGÍA Fácil 66%

Solución: 4

La paciente presenta una **pielonefritis con mala evolución clínica y debe descartarse presencia de uropatía obstructiva o absceso renal**. Para estudiar esas complicaciones debe realizarse **ecografía urológica urgente** (respuesta 4 correcta). Las principales indicaciones de ecografía urológica urgente son: sepsis grave, fracaso renal agudo (potencialmente obstructivo), dolor cólico (posibilidad de litiasis obstructiva) y **persistencia de fiebre a pesar de antibiótico adecuado** (el caso que se nos presenta). La ecografía urológica es la prueba de imagen de elección para el estudio urgente de la patología renoureteral aguda. El resto de pruebas de imagen (TC, urografía intravenosa o RMN) si bien se pueden usar, no son la prueba de inicio de elección (respuesta 1, 2 y 3 incorrectas).

Pregunta 11521: (112) Hombre de 59 años con nefropatía diabética, con filtrado glomerular estimado de 36 ml/min/1,73 m² e índice albuminuria/creatininuria de 350 mg/g. Según la clasificación de enfermedad renal crónica KDIGO 2012 corresponde a la categoría:

1. Estadio G3b A2.
2. Estadio G4 A3.
3. Estadio G3b A3.
4. Estadio G4 A2.

300411 NEFROLOGÍA Normal 55%

Solución: 3

La clasificación de la ERC depende de filtrado glomerular (FG) y/o presencia de daño renal. El FG < 15 supone estadio 5, en tanto que el FG entre 15 y 30 ml/min se considera estadio 4 (respuestas 2 y 4 incorrectas). El estadio 3 se reserva para filtrados entre 30 y 60 ml/min, pero se subdivide en dos, y **FG entre 30 y 45 se consideran estadios 3b** (el que nos muestra en el caso clínico). Estos estadios a su vez se subdividen en función de la albuminuria, considerándose A1 los pacientes con albuminuria < 30, A2 los sujetos con albuminuria entre 30 y 300, y **A3 cuando la albuminuria es mayor de 300 mg/g**. Dado que el paciente presenta un FG de 36 (estadio 3b) y una albuminuria de 350 mg/g (subestadio A3) la **respuesta correcta es la 3**.

Pregunta 11522: (113) En relación con la nefropatía membranosa señale la respuesta FALSA:

1. La mayoría de las nefropatías membranosas son de causa idiopática.
2. Lo que mejor predice el pronóstico es la presencia de afectación intersticial y no el daño glomerular (estadios I a IV).
3. Los anticuerpos frente al receptor de la fosfolipasa A2 (Anti-PLA2R) suelen ser positivos en las formas idiopáticas.
4. El 90% de los pacientes alcanzan la remisión con corticoides únicamente.

300412 NEFROLOGÍA Difícil 31%

Solución: 4

La glomerulopatía membranosa es la causa más frecuente de síndrome nefrótico del adulto en nuestro medio. La **mayoría son de causa desconocida o idiopática** (respuesta 1 incorrecta) y es precisamente **en las formas primarias donde suele además detectarse en sangre los anticuerpos anti-receptor de fosfolipasa A2** (respuesta 3 incorrecta). Se caracteriza por producir depósitos subepiteliales que engrosan y alteran la membrana basal permitiendo clasificarla en 4 estadios. Sin embargo, **al igual que ocurre en la mayoría de glomerulopatías, el dato histológico de peor pronóstico es la asociación con afectación intersticial** (respuesta 2 incorrecta). El pronóstico de esta enfermedad es variable; hasta un 20-30% de los pacientes presenta remisión espontánea y por tanto, en ellos se hace tratamiento de soporte (IECA, estatinas, etc). En aquellos pacientes en los que se produce deterioro de la función renal, o proteinuria muy grave (>8g/día) con hipoalbuminemia grave < 2.5 g/dl, o ausencia de mejoría en el seguimiento, se debe plantear tratamiento inmunosupresor. La terapia inmunosupresora de elección es discutible y se emplean pautas de corticoides, rituximab, anticalcineurínicos o ciclofosfamida. En cualquier caso, y precisamente por todo lo dicho, **no es cierto que el 90% de los pacientes presenten remisión con corticoides de manera aislada** (respuesta 4 correcta).

Pregunta 11523: (114) ¿En cuál de las siguientes situaciones puede aparecer una acidosis metabólica sin anion gap elevado?:

1. Insuficiencia renal.
2. Cetoacidosis diabética.
3. Diarrea.
4. Ayuno prolongado.

300413 NEFROLOGÍA Fácil 82%

Solución: 3

La insuficiencia renal, la cetoacidosis diabética y la cetosis por ayuno son todas ellas causas de acidosis metabólica con el anion gap AUMENTADO (respuestas 1, 2 y 4 incorrectas). La **diarrea** y las acidosis tubulares renales producen **acidosis metabólica con el anion gap NORMAL** (respuesta 3 correcta). Se debe a la pérdida de bicarbonato por heces que reduce la disponibilidad de bicarbonato plasmático sin ganancia de ácidos lo que contribuye a la producción de hipercloremia y con ello, el anion gap (sodio - cloro - bicarbonato) resulta en valores normales (< 14).

Pregunta 11524: (115) Mujer de 27 años con tos no productiva, fiebre y dolor pleurítico de un mes de evolución. En la radiografía de tórax se objetiva un derrame pleural izquierdo. El análisis del líquido pleural muestra un exudado linfocítico con pH 7,32, glucosa 66 mg/dL y adenosin-deaminasa 59 U/L. ¿Cuál es la etiología más probable?:

1. Insuficiencia cardíaca.
2. Síndrome de Meigs.
3. Quilotórax.
4. Tuberculosis pleural.

300414 NEUMOLOGÍA Fácil 93%

Solución: 4

Ante una toracocentesis con **exudado linfocitario y ADA elevado** (mayor de 45 U/L), debemos pensar en **tuberculosis pleural** (respuesta 4 correcta). La glucosa suele estar baja en el líquido pleural. El dolor pleurítico sugiere que el derrame puede ser un exudado (el trasudado no suele producir dolor de tipo pleurítico). La **insuficiencia cardíaca** mostraría un trasudado (en vez de exudado) y el derrame suele ser derecho (respuesta 1 incorrecta). El **Síndrome de Meigs** asocia ascitis, quilotórax y tumor ovárico (respuesta 2 incorrecta). El **quilotórax** cursa con derrame pleural quiloso (con predominio de quilomicrones y, por tanto, alto contenido en triglicéridos). Suele deberse a traumatismos o linfomas (respuesta 3 incorrecta).

Pregunta 11525: (116) En un sujeto mayor de 65 años una prueba de tuberculina ha mostrado una induración de 3 mm. La induración en una segunda prueba, realizada 10 días después, es de 13 mm. Señale la respuesta correcta:

1. La primera reacción es un falso positivo.
2. La segunda reacción es un verdadero positivo.
3. La primera reacción es un verdadero negativo.
4. La segunda reacción es un falso positivo.

300415 NEUMOLOGÍA Fácil 80%

Solución: 2

El Mantoux se considera positivo con induraciones mayores o iguales a 5 mm, en pacientes con alto riesgo de enfermar. En un paciente de 65 años o más, una **primera determinación del Mantoux con resultado negativo** podría corresponder a un falso negativo por "efecto debilitador" (o "weakening effect"): si el paciente estuvo en contacto con la micobacteria hace muchos años, es posible que el sistema inmune no sea capaz de recordarlo y, por tanto, el Mantoux salga negativo (realmente sería un **"falso negativo"**, ya que existe una infección tuberculosa latente) (respuestas 1 y 3 incorrectas). En estos casos (PPD negativo en un paciente de 65 años o más) está indicado repetir el Mantoux a los 7 o 10 días. Se aceptará como válido el resultado de la segunda prueba. En este caso, el paciente tiene una induración de 13 mm (positivo), lo cual indica la existencia de una infección tuberculosa latente -efecto Booster- (es decir, que **la segunda reacción es un verdadero positivo**) (respuesta 2 correcta y 4 incorrecta).

Pregunta 11526: (117) ¿Cuál de las siguientes alternativas al lavado pulmonar total NO es apropiada en el tratamiento de la proteinosis alveolar de origen autoinmune?:

1. Factor estimulante de colonias de granulocitos-macrófagos (GM-CSF).
2. Corticosteroides.
3. Plasmaféresis.
4. Rituximab.

300416 NEUMOLOGÍA Difícil -20%

Solución: 2

La **proteinosis alveolar** es una enfermedad muy rara que cursa con un acúmulo de material lipídico (surfactante) en el interior de los alvéolos, con el consiguiente "efecto shunt". Existen 3 tipos de proteinosis alveolar: primaria (o autoinmune) -la más frecuente-, secundaria y hereditaria (autosómica recesiva).

En la **proteinosis alveolar primaria o de origen autoinmune** se generan anticuerpos contra el factor estimulante de colonias de granulocitos-macrófagos (GM-CSF) lo cual afecta a la función de los macrófagos alveolares, de forma que no pueden fagocitar el surfactante y éste se acumula en el interior de los alvéolos.

La medición de los anticuerpos anti-GM-CSF se plantea para determinar el origen autoinmune de esta enfermedad.

El **tratamiento** habitual de la proteinosis alveolar se realiza con **lavado broncoalveolar** o lavado pulmonar. Para la proteinosis alveolar primaria también se pueden emplear **GM-CSF inhalado** (inicialmente se testó por vía subcutánea, con peores resultados que por vía inhalada), **Rituximab** (anti CD-20) y **plasmaféresis** (respuestas 1, 3 y 4 incorrectas).

Los **corticoides** no se emplean como tratamiento de la proteinosis alveolar (respuesta 2 correcta).

Pregunta 11527: (118) Hombre de 72 años con antecedentes de EPOC con obstrucción grave al flujo aéreo, con dos exacerbaciones graves en el último año, que acude a urgencias con taquipnea y uso de musculatura accesoria. Está alerta. En la gasometría arterial basal se objetiva: pH 7,29, PaCO₂ 68 mmHg, PaO₂ 51 mmHg. Se inicia tratamiento broncodilatador, esteroideo, antibioterapia empírica y se ajusta la oxigenoterapia para conseguir una SatO₂ entre 88 y 92 %. Tras una hora repite la gasometría arterial con gafas nasales a 2 lpm y presenta pH 7,28, PaCO₂ 70 mmHg, PaO₂ 62 mmHg. Señale la actuación correcta:

1. Iniciar ventilación mecánica no invasiva.
2. Proceder a la intubación orotraqueal e iniciar ventilación mecánica.
3. Incrementar la oxigenoterapia hasta obtener una SatO₂ de al menos 99%.
4. Combinar benzodiazepinas con altos flujos de oxígeno para asegurar una disminución de la taquipnea y mejorar el patrón ventilatorio.

300417 NEUMOLOGÍA Fácil 88%

Solución: 1

El cuadro clínico presenta un paciente con EPOC grave y fenotipo reagudizador que acude con una nueva exacerbación, en situación de acidosis respiratoria aguda. En este caso se optó por oxigenoterapia inicial con gafas nasales. Sin embargo, el paciente presenta una mayor retención de carbónico (PaCO₂ 70 mmHg), persistiendo la acidosis.

En estos casos (paciente con pH bajo, CO₂ elevado y situación consciente) se debe administrar **ventilación mecánica no invasiva** (respuesta 1 correcta).

La **intubación oro-traqueal y ventilación mecánica invasiva** está indicada en caso de que fracase la ventilación mecánica no invasiva o que no se pueda emplear ésta por estar el paciente obnubilado o comatoso (respuesta 2 incorrecta).

Pregunta 11528: (119) Mujer de 16 años que inicia seguimiento en la consulta de Neurología de adultos, remitida desde Neuropediatría con el diagnóstico de epilepsia mioclónica juvenil (EMJ). Está en tratamiento con ácido valproico y bien controlada. ¿Se plantearía hacer alguna modificación en su tratamiento?:

1. No, porque el ácido valproico es el tratamiento de elección en los pacientes con este síndrome epiléptico.

2. No, porque la paciente está libre de crisis y cambiarlo en este momento sería asumir riesgos innecesarios.
3. Sí, porque debe evitarse su uso en la mujer en edad fértil, debido a que es el fármaco antiepiléptico con mayor teratogenicidad y problemas en el neurodesarrollo de los hijos.
4. Sí, por la relación de este fármaco con el síndrome del ovario poliquístico.

300418 NEUROLOGÍA Difícil 17%

Solución: 3

El ácido valproico se ha relacionado con trastornos del neurodesarrollo en niños nacidos de mujeres tratadas con valproico y riesgo de mutaciones congénitas. Por esta razón la Agencia Española de Medicamentos recomendó en 2018:

"En niñas y mujeres con capacidad de gestación **no se debe utilizar ácido valproico, excepto que no se pueda utilizar otra alternativa terapéutica** y se cumplan las condiciones del plan de prevención de embarazos (evaluar la posibilidad de embarazo en todas las mujeres, entender y aceptar por parte de la paciente las condiciones del tratamiento: métodos anticonceptivos, pruebas de embarazo regulares y consulta con el médico en caso de planear un embarazo o existencia del mismo), así como revisión anual."

En resumen, que, aunque esté bien controlada con valproico, o que éste sea el fármaco de elección para EMJ, **si hay alternativa se debería cambiar de fármaco**, dado que es una mujer en edad fértil, y si se mantiene se deberían asociar **anticonceptivos** (respuestas 1 y 2 incorrectas, 3 correcta).

Pregunta 11529: (120) Hombre de 79 años con antecedentes de deterioro cognitivo leve, que presenta un cuadro brusco de hemianopsia homónima derecha, afasia y paresia facial inferior derecha. A su llegada a urgencias se objetiva tensión arterial: 190/85 mmHg. Se realiza una TC craneal que evidencia un hematoma intraparenquimatoso lobar frontal izquierdo y otro hematoma occipital izquierdo. ¿Cuál es la etiología más probable de estos hematomas?:

1. Hipertensiva.
2. Angiopatía amiloide.
3. Lesión tumoral subyacente.
4. Malformación arteriovenosa.

300419 NEUROLOGÍA Normal 59%

Solución: 2

La causa más frecuente de hemorragia lobar en el anciano es **angiopatía amiloide**. Hay una degeneración arteriolar y el amiloide se deposita en la pared de las arterias cerebrales confiriéndoles un mayor riesgo de sangrado.

Son hemorragias más periféricas que las profundas **hipertensivas** (respuesta 1 incorrecta). La presión arterial suele estar elevada también en las hemorragias amiloideas.

En los pacientes jóvenes con una hemorragia lobar estaría indicado investigar con otras pruebas la presencia de lesiones subyacentes (**tumor, MAV, trombosis venosa...**). (respuestas 3 y 4 incorrectas).

Pregunta 11530: (121) Mujer de 60 años en estudio por varios episodios de pérdida de conciencia. Se plantea el diagnóstico diferencial entre crisis epilépticas y síncope. Señale cuál de los siguientes datos NO apoyaría el diagnóstico de síncope:

1. Incontinencia de esfínteres durante el episodio.
2. Cianosis facial durante el episodio.
3. Traumatismo craneal durante el episodio.
4. Sacudidas de las cuatro extremidades de 1-2 segundos de duración, durante el episodio.

300420 NEUROLOGÍA Normal 47%

Solución: 2

De las opciones que nos plantean hay varias que pueden aparecer por igual en un **síncope** y en una **crisis convulsiva**: mordedura lingual, **incontinencia de esfínteres** (sobre todo el urinario), **traumatismo craneal** (esto sirve para distinguir estas dos entidades, donde suele haber traumatismo, de las crisis psicógenas donde no suele producirse) o **sacudidas breves** de las cuatro extremidades (respuestas 1, 3 y 4 incorrectas).

El cambio de coloración durante los síncope suele ser hacia la **palidez**, aunque en algún síncope de origen cardíaco podría aparecer cianosis (*respuesta 2 correcta*). En las crisis generalizadas tónico clónicas puede haber momentos de apnea y cianosis debido a una contracción tónica mantenida de los músculos respiratorios.

Pregunta 11531: (122) Un hombre de 70 años consulta por dolor lumbar no irradiado de 1 semana de duración, de intensidad progresiva, acompañado de marcada limitación de la movilidad del raquis y febrícula. La radiografía de columna lumbar no muestra alteraciones. ¿Qué diagnóstico deberíamos descartar en primer lugar y con qué técnica?:

1. Aplastamiento vertebral con tomografía computarizada (TC).
2. Metástasis óseas con gammagrafía ósea con tecnecio.
3. Hiperostosis anquilosante vertebral con radiografía de columna dorsolumbar.
4. Espondilodiscitis piógena con resonancia magnética (RM).

300421 TRAUMATOLOGÍA Fácil 76%

Solución: 4

El dato más importante del enunciado que debe orientarnos al diagnóstico de presunción es la **presencia de febrícula**. Ante estos datos debemos sospechar un proceso infeccioso (**espondilodiscitis piógena**). Es la infección osteoarticular por diseminación hematógena en el adulto más frecuente. Al inicio la radiografía puede ser normal. **Se confirma el diagnóstico mediante una RNM (respuesta 4 correcta)**. El **aplastamiento vertebral osteoporótico** suele tener un antecedente de esfuerzo o traumatismo y suele ser visible en una Rx simple. Su diagnóstico de confirmación se realiza mediante un TAC (*respuesta 1 incorrecta*). Las **metástasis óseas** suelen tener un antecedente conocido de cáncer, aunque no siempre. Provocan dolor preferentemente nocturno sin febrícula. Cuando producen clínica suelen ser visibles en una Rx simple. Su confirmación mediante prueba de imagen se realiza mediante gammagrafía o PET-TAC (*respuesta 2 incorrecta*). La **enfermedad anquilosante hiperostósica senil** de la columna o enfermedad de Forestier- Rotes Querol se trataría de una entesopatía osteosificante no inflamatoria de los ligamentos, inserciones tendinosas y capsulares del raquis a nivel de la cara anterolateral de los cuerpos vertebrales, aunque también pueden verse afectadas otras estructuras extraespinales. Es visible en una Rx simple, no produce fiebre. La Rx ya ha sido realizada y no tiene sentido duplicarla (*respuesta 3 incorrecta*).

Pregunta 11532: (123) Mujer de 60 años que consulta por adormecimiento de la mano derecha de meses de evolución, que la despierta por la noche y la obliga a movilizar la mano hasta que se le pasa. Parece que ha perdido fuerza y a veces se le han caído cosas de esa mano. Señale la respuesta cierta:

1. Si la exploración neurológica muestra adormecimiento de los dedos primero a tercero pensamos en afectación del nervio cubital a nivel epitroclear.
2. Si la exploración neurológica muestra adormecimiento de los dedos primero a tercero pensamos en afectación del nervio mediano a nivel del canal del carpo.
3. Para realizar el diagnóstico no es preciso realizar una electromiografía, dado que la exploración física presenta muy buenos coeficientes de probabilidad.
4. El tratamiento de la afectación del nervio cubital a nivel epitroclear o del nervio mediano a nivel carpiano es la intervención quirúrgica, dado que el tratamiento conservador no mejora la sintomatología.

300422 TRAUMATOLOGÍA Fácil 86%

Solución: 2

Las características típicas del **síndrome de túnel carpiano** son las siguientes:

- Frecuentemente mujer
- Edad perimenopáusia
- Curso crónico
- Parestesias preferentemente nocturnas que afectan a los dedos primero a tercero y mitad radial del cuarto (*respuesta 2 correcta*)
- Torpeza de la mano por paresia de oposición.

Tras el diagnóstico clínico **siempre debe realizarse un estudio neurofisiológico** para confirmar el diagnóstico y establecer el grado de afectación (*respuesta 3 incorrecta*).

La **compresión del nervio cubital en el codo** se manifiesta por parestesias en los dedos 4º (mitad cubital) y el 5º y paresia de los músculos interóseos (dificultad para aproximación y separación de los dedos) (*respuesta 1 incorrecta*).

El tratamiento de las patologías compresivas de los nervios de la extremidad superior es habitualmente quirúrgico. **En los grados leves y de aparición reciente puede iniciarse un tratamiento conservador**: férulas de reposo nocturno, infiltraciones con corticoides... (*respuesta 4 incorrecta*).

Pregunta 11533: (124) Respecto a la arteritis de la temporal, señale la respuesta INCORRECTA:

1. Se presenta fundamentalmente en personas de raza blanca y mayores de 50 años.
2. Aproximadamente una cuarta parte de los pacientes desarrollan aneurisma o dilatación de la aorta torácica.
3. La pérdida de visión unilateral o bilateral es una de las complicaciones más graves.
4. La máxima incidencia se da entre la sexta y la séptima década de la vida.

300423 REUMATOLOGÍA Difícil -21%

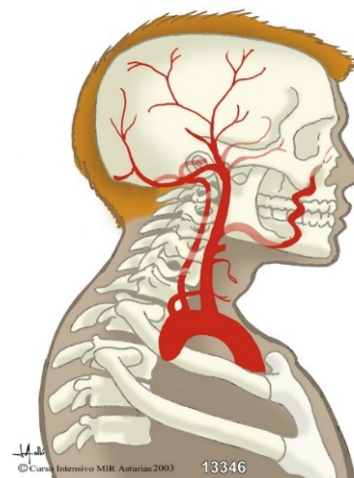
Solución: 4

La **arteritis de células gigantes (ACG)** afectan casi **exclusivamente a personas mayores de 50 años** (*respuesta 1 incorrecta*) y su incidencia aumenta con la edad para alcanzar un **pico máximo en pacientes de 70-79 años** (*respuesta 4 correcta*).

La ACG es el tipo de vasculitis más común en Europa y América del Norte, con predilección por personas de **raza blanca** (*respuesta 1 incorrecta*).

La incidencia de complicaciones visuales oscila del 25-50% en las principales series. **La ceguera afecta al 5-15%** de las ACG y se presenta típicamente como una pérdida súbita de visión. **Puede ser bilateral o debutar afectando a un solo ojo**, en cuyo caso la afectación del ojo contralateral puede ocurrir durante los 10 días siguientes si el paciente no recibe tratamiento (*respuesta 3 incorrecta*).

Hasta un 25% de los pacientes con ACG puede presentar una afectación extracraneal de grandes vasos, porcentaje sensiblemente superior si consideramos la afectación subclínica mostrada en las pruebas de imagen. **Suele manifestarse como aneurismas de aorta torácica o abdominal** y estenosis de grandes vasos, sobre todo de los miembros superiores (*respuesta 2 incorrecta*).



Pregunta 11534: (125) ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta en relación con el síndrome de Leriche?:

1. Es un cuadro clínico que comprende la triada claudicación plantar, impotencia coeundi y ausencia de pulsos distales.
2. Es consecuencia de una oclusión femoropoplíteas bilateral.
3. Los pulsos femorales están ausentes.
4. La arteriografía es la primera prueba diagnóstica a realizar.

300424 C. VASCULAR Difícil 2%

Solución: 3

El **síndrome de Leriche** consiste en una trombosis de la aorta distal (o aorto-iliaca) con lo que todos los pulsos por debajo de dicha localización estarán ausentes, como ocurre con los femorales (respuesta 3 correcta). Cursa por lo tanto con **claudicación glútea, impotencia coeundi y ausencia de todos los pulsos distales** (respuesta 1 incorrecta).

La claudicación gemelar sería la correspondiente a una oclusión femoropoplítea bilateral (respuesta 2 incorrecta).

El diagnóstico de la patología arterial crónica de miembros inferiores puede realizarse, a menudo, con una buena anamnesis y exploración del paciente. Es muy útil el índice tobillo/brazo así como otras pruebas sin penetración corporal como eco dúplex, prueba en banda sin fin... de forma que la angiRM, angiTC o bien la angiografía tradicional no deben de emplearse para valoración rutinaria, aunque sí antes de realizar una revascularización (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta 11535: (126) Hombre de 73 años con antecedente de infarto agudo de miocardio tratado con angioplastia coronaria transluminal percutánea hace 6 semanas. Acude a urgencias por dolor brusco, frialdad y pérdida de motilidad de la extremidad inferior derecha. En la exploración está presente el pulso femoral derecho, con ausencia del resto de los pulsos de esa extremidad. Conserva pulsos a todos los niveles en la extremidad contralateral. Respecto al diagnóstico de sospecha, señale la afirmación FALSA:

1. La causa más probable es de origen embolígeno.
2. La parálisis es un signo de aparición tardía que indica que el tratamiento revascularizador debe realizarse lo antes posible.
3. El tratamiento consiste en embolectomía arterial femoral con sonda de Fogarty.
4. En caso de parálisis rígida con anestesia profunda y ausencia de señal Doppler está indicada una arteriografía urgente.

300425 C. VASCULAR Dificil -4%

Solución: 4

Un dolor brusco, frialdad y pérdida de motilidad en un miembro, asociado a ausencia total de pulsos distales al pulso femoral en un paciente que unas semanas antes ha sufrido un IAM con angioplastia como tratamiento ha de orientarnos a un origen embolígeno de su problema actual (respuesta 1 incorrecta).

El cuadro se corresponde con una obstrucción aguda de dicho miembro, siendo el tratamiento de elección la embolectomía con sonda de Fogarty (respuesta 3 incorrecta).

La parálisis nos indica la necesidad de realizar un tratamiento urgente para intentar mantener la viabilidad de dicha extremidad (respuesta 2 incorrecta).

Si por el contrario dicha parálisis se acompaña de anestesia profunda, nos están indicando un estadio avanzado (III) donde la extremidad es inviable, no siendo considerada ya dentro de los criterios de revascularización (respuesta 4 correcta).

Pregunta 11536: (127) Hombre de 60 años, fumador de 40 paquetes/año, que consulta por dolor en borde cubital del brazo izquierdo y ptosis palpebral izquierda desde hace un mes. La radiografía de tórax muestra una masa en el lóbulo superior izquierdo y la TC confirma la lesión con invasión de la segunda costilla. En relación con el diagnóstico de sospecha, el tratamiento más adecuado es:

1. Quimioterapia neoadyuvante con quimiorradioterapia combinada, seguida de cirugía.
2. Quimioterapia neoadyuvante sin cirugía, seguida de radioterapia.
3. Cirugía seguida de quimiorradioterapia combinada.
4. Radioterapia sin quimioterapia, seguida de cirugía.

300426 NEUMOLOGÍA Dificil 29%

Solución: 1

La afectación del vértice pulmonar se denomina "**Pancoast**". La etiología más frecuente es un carcinoma broncogénico (siendo el **epidermoide** el subtipo más frecuente). El tumor de Pancoast puede invadir la primera y segunda costillas y generar un **síndrome de Claude-Bernad-Horner** (ptosis, miosis, enoftalmos, anhidrosis de la hemicara y heterocromía de iris).

El tratamiento del tumor de Pancoast se realiza con **Quimioterapia neoadyuvante más quimio-radioterapia y cirugía** (respuesta 1 correcta y resto de opciones incorrectas).

En el año 2003 también preguntaron por el tratamiento del tumor de Pancoast, aunque en aquella ocasión la pregunta se anuló.

Pregunta 11537: (128) Hombre de 35 años, ingresado por traumatismo torácico grave con múltiples fracturas costales. Tras responder favorablemente al tratamiento con analgésicos y oxígeno, comienza a presentar hipoxemia grave. Señale cuál es la causa más probable de este deterioro:

1. La inestabilidad de la pared torácica por las fracturas múltiples.
2. La infección respiratoria por aspiración.
3. La alteración del intercambio gaseoso por la contusión pulmonar.
4. La hipovolemia postraumática.

300427 NEUMOLOGÍA Dificil -5%

Solución: 3

El traumatismo torácico grave con múltiples fracturas costales puede generar un "volet costal", en caso de que las costillas se rompan por 2 o más sitios. Esta alteración puede ser leve (tratamiento con analgesia convencional para evitar la hipoventilación) o grave (precisa ventilación mecánica).

El enunciado dice que el paciente responde favorablemente al tratamiento con analgésicos y oxígeno. Esta afirmación descarta la presencia de un volet grave. Sin embargo, transcurrido un tiempo, comienza con hipoxemia. Esta situación se debe a la "**contusión pulmonar**", producida por el propio traumatismo, que daña los capilares permitiendo un sangrado ligero que se va acumulando en el parénquima. Este exceso de líquido (sangre) **dificulta el intercambio gaseoso**, lo cual genera una hipoxemia grave (respuesta 3 correcta).

Si la hipoxemia grave estuviera motivada por la **inestabilidad de la pared torácica por las fracturas múltiples** (es decir, por un volet grave), el paciente presentaría hipoxemia desde el primer momento y no de forma "diferida", como aparece en el enunciado (respuesta 1 incorrecta).

La **infección por bronco-aspirado** cursa con una condensación neumónica y fiebre, datos que no aparecen en cuadro clínico del paciente (respuesta 2 incorrecta).

La **hipovolemia postraumática** (por ejemplo, por rotura del bazo) cursa con taquicardia, hipotensión e inestabilidad hemodinámica. Sin embargo, no se afecta la oxigenación de la sangre, por lo que no debería aparecer hipoxemia (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta 11538: (129) Hombre de 65 años que consulta por disfagia a sólidos desde hace dos meses. La esofagoscopia evidencia tumoración a 30 cm de arcada dental, parcialmente estenosante, con anatomía patológica de carcinoma epidermoide. Se solicita ecografía endoscópica y PET-TC donde no se observan adenopatías patológicas. ¿Cuál de las siguientes opciones sería la más correcta?:

1. Esofagectomía transhiatal.
2. Esofagectomía según la técnica de Ivor-Lewis.
3. Quimioterapia más radioterapia preoperatoria.
4. Quimioterapia neoadyuvante.

300428 DIGESTIVO Dificil -14%

Solución: 3

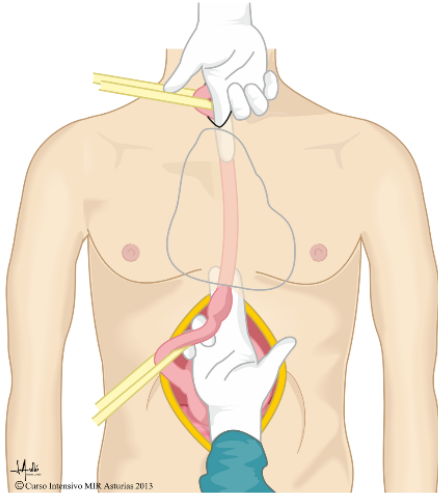
Pregunta muy difícil y claramente impugnada, pero finalmente no se impugnó.

Se trata de un paciente con un **cáncer epidermoide de esófago distal**, pero no nos dicen nada más acerca de la biopsia, por lo que no sabemos la T del tumor. Sí nos confirman que es un estadio NOM0.

La dificultad de la pregunta estriba en que si se tratara de un estadio localizado (T1-T2, NOM0) el tratamiento sería la cirugía, mientras que si se tratara de un estadio localmente avanzado (T3 N0 M0, por ejemplo) el tratamiento sería QT+RT+cirugía.

Al ser un tumor parcialmente estenosante que provoca disfagia, suponemos que será ya un T3, por lo que el tratamiento más adecuado sería **quimioterapia+ radioterapia preoperatoria** (respuesta 3 correcta). En el cáncer epidermoide de esófago se ha demostrado que la **quimiorradioterapia es más eficaz que la quimioterapia sola** (respuesta 4 incorrecta). Las opciones de **sólo cirugía** estarían indicadas en caso de ser un tumor localizado (respuestas 1 y 2 incorrectas):

- **Técnica transhiatal** (2 incisiones: a nivel cervical y abdominal): técnica más segura, pero con linfadenectomía más limitada.
- **Técnica de Ivor-Lewis** o transtorácica (2 incisiones: a nivel torácico y abdominal): permite una linfadenectomía más radical, pero mayor riesgo de complicaciones.
- **Técnica en bloque** (3 incisiones: cervical, torácico y abdominal): permite niveles de resección más seguros, pero con mayor número de complicaciones. Técnica muy agresiva.



Esofagectomía transhiatal

CLASIFICACIÓN TNM DEL CÁNCER DE ESÓFAGO

T. TUMOR PRIMARIO

- TX. No evaluado.
- T0. Sin evidencia de tumor primario.
- Tis. Displasia de alto grado.
- T1a. El tumor invade la lámina propia o la *muscularis mucosae*.
- T1b. El tumor invade la submucosa.
- T2. El tumor invade la **muscular propia** (MIR).
- T3. El tumor invade la adventicia.
- T4a. Tumor resecable que invade la pleura, pericardio o diafragma.
- T4b. Tumor irreseccable por invasión de otras estructuras (aorta, tráquea, cuerpos vertebrales).

N. GANGLIOS LINFÁTICOS REGIONALES

- NX. No evaluado.
- N0. No se observan metástasis linfáticas regionales.
- N1. Metástasis en 1-2 ganglios regionales.
- N2. Metástasis en 3-6 ganglios regionales.
- N3. Metástasis en 7 o más ganglios regionales.

M. METÁSTASIS A DISTANCIA

- M0. No se observan metástasis a distancia.
- M1. Metástasis a distancia.

ESTADIAJE SIMPLIFICADO

ESTADIO 0	TIS	Intramucoso
ESTADIO I-IIA	T1-2 N0 M0	Cáncer localizado
ESTADIO IIB-III	T3 N0 M0 T1-4 N1-3 M0	Cáncer localmente avanzado
ESTADIO IV	T1-4 N0-3 M1	Cáncer irreseccable o metastásico

Pregunta 11539: (130) ¿Cuál es el momento más apropiado para la administración de la profilaxis antibiótica en la cirugía abdominal?:

1. Desde 48 horas antes de la intervención quirúrgica.
2. En los 30 minutos previos al inicio de la intervención quirúrgica.
3. En los 30 minutos siguientes al cierre de la incisión quirúrgica.
4. Únicamente debe aplicarse si se observa contaminación del campo quirúrgico durante la intervención.

300429 DIGESTIVO Fácil 94%

Solución: 2

La profilaxis antibiótica no está indicada en cirugías limpias, sencillas, de bajo riesgo. En cambio, **en cirugías donde se prevé un breve período de contaminación por microorganismos, la profilaxis antibiótica sistémica puede ser beneficiosa** (intervenciones gastroduodenales, intervenciones biliares, resecciones de colon o intestino delgado, etc.) (respuesta 4 incorrecta). La profilaxis antibiótica es claramente más efectiva cuando se empieza en el preoperatorio y se mantiene durante el período intraoperatorio, con el objetivo de conseguir una concentración terapéutica en sangre a lo largo de este período. Si el inicio de la administración se produce 1 a 2 horas después de la contaminación bacteriana, su efecto es mucho menos efectivo, y **carece de valor iniciar la profilaxis antibiótica después de cerrar la herida** (respuesta 3 incorrecta).

Para la mayoría de los pacientes sometidos a cirugía programada, **la primera dosis de antibióticos profilácticos debe administrarse por vía intravenosa en el momento de la inducción de la anestesia** (respuesta 2 correcta). **No es necesario, e incluso puede ser perjudicial, comenzar la profilaxis más de una hora antes de la cirugía** (respuesta 1 incorrecta), y es inútil comenzar después de que el paciente abandone el quirófano.



Pregunta 11540: (131) Con respecto al síndrome de Lynch o carcinoma colorrectal no polipósico hereditario, señale la respuesta correcta:

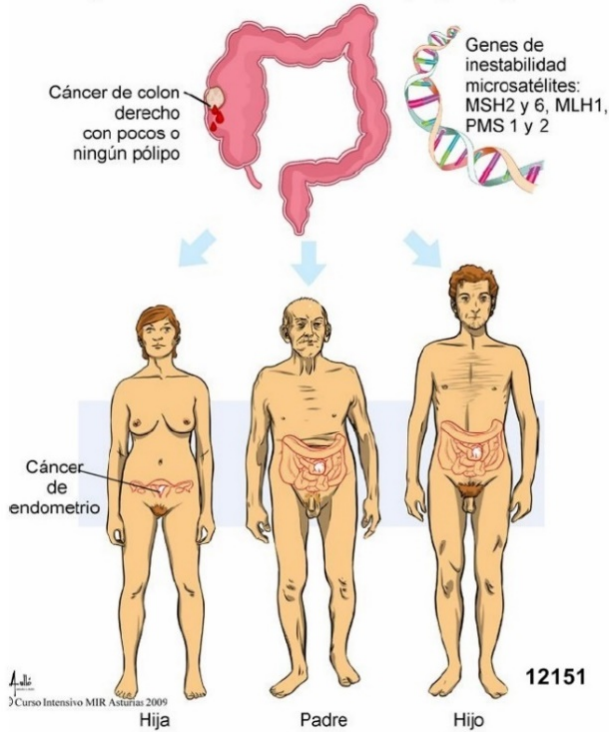
1. Es un trastorno autosómico recesivo.
2. El fenotipo incluye predominio de tumores malignos del colon en el lado derecho.
3. La progresión pólipo-cáncer es más lenta que en el cáncer de colon esporádico.
4. Los tumores malignos extracolónicos suelen asentar en pulmón o hígado.

300430 DIGESTIVO Fácil 75%

Solución: 2

El **Sd. de Lynch** (CCR hereditario no asociado a poliposis) es una enfermedad **autosómica dominante** (respuesta 1 incorrecta) que se caracteriza por el **desarrollo precoz** (habitualmente antes de los 50 años de edad) de un CCR (respuesta 3 incorrecta), **con predominio de colon derecho** (respuesta 2 correcta), y una elevada tendencia a presentar lesiones sincrónicas o metacrónicas, así como **neoplasia de otro origen (endometrio, estómago, páncreas, sistema urinario, ovario, vías biliares, intestino delgado, cerebro y piel)** (respuesta 4 incorrecta).

SÍNDROME DE LYNCH
(Cáncer de colon hereditario no polipósico)



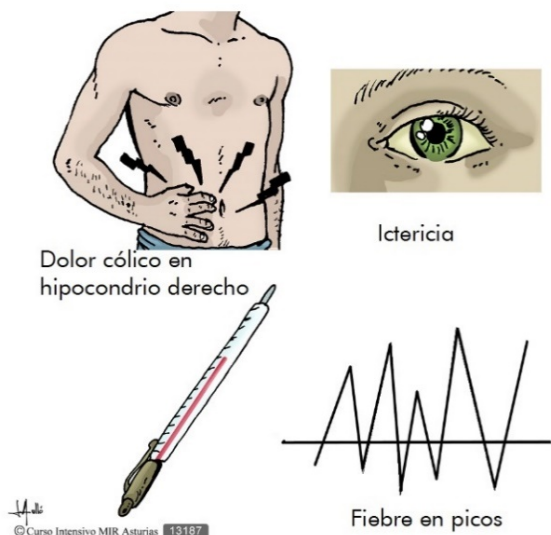
Pregunta 11541: (132) Mujer de 67 años, obesa, que acude a urgencias por dolor abdominal en cuadrante superior derecho del abdomen, fiebre de 39,5°C y orinas muy oscuras. Ante este cuadro se debería sospechar en primer lugar:

1. Colecistitis aguda alitiásica.
2. Coledocolitiasis.
3. Colecistitis aguda litíásica.
4. Colangitis ascendente.

300431 DIGESTIVO Dificil 27%

Solución: 4

Nos preguntan un cuadro clínico de una paciente que presenta la **Tríada de Charcot: dolor en hipocondrio derecho + fiebre + ictericia** (o coluria en este caso). Esta tríada es típica de la **colangitis** (respuesta 4 correcta). Una **colecistitis** podría cursar de manera asintomática o con un cuadro de cólico biliar, que puede cursar con dolor en hipocondrio derecho y/o un patrón de colestasis, pero sin signos de infección y sin fiebre (respuesta 2 incorrecta). Una **colecistitis aguda litíásica** cursaría con un cuadro de cólico biliar de más de 6 horas de duración, con empeoramiento del estado general con fiebre y escalofríos (respuesta 3 incorrecta). Una **colecistitis alitiásica** es un cuadro más raro y con mayor número de complicaciones, que suele aparecer en pacientes con traumatismos, ayuno prolongado, postoperatorio, nutrición parenteral total, diabetes, infecciones o asociado a enfermedades sistémicas como sarcoidosis o vasculitis (respuesta 1 incorrecta).



Pregunta 11542: (133) Paciente de 47 años, sin antecedentes patológicos de interés. Presenta un cuadro de fiebre y dolor en punta de costado derecho y ha sido diagnosticado de neumonía adquirida en la comunidad en su Centro de Salud. En una radiografía simple de control, realizada 3 días después del inicio del tratamiento antibiótico, se objetiva un derrame pleural ipsilateral que ocupa un tercio del hemitórax derecho. Señale la respuesta correcta:

1. Se puede establecer el diagnóstico de empiema pleural si se realiza una toracocentesis y el pH del líquido pleural es de 7,4.
2. El diagnóstico de empiema pleural solo queda confirmado si se halla un microorganismo en el cultivo de líquido pleural.
3. Debe sospecharse un empiema pleural si el paciente presenta persistencia de fiebre y leucocitosis.
4. La presencia de un derrame pleural es suficiente para establecer el diagnóstico de empiema pleural y colocar un drenaje pleural derecho.

300432 NEUMOLOGÍA Fácil 96%

Solución: 3

Se trata de una de las preguntas más fáciles del examen. Este concepto ha sido preguntado múltiples veces en la historia del MIR.

El cuadro típico del **empiema pleural** es el siguiente: neumonía tratada con antibioterapia que, inicialmente, responde de forma adecuada, pero que **a los 3 días presenta un empeoramiento clínico**, con reaparición de la **fiebre, leucocitosis** y desarrollo de un derrame pleural. En este caso, está indicado realizar una toracocentesis diagnóstica, por si se tratara de un empiema, en cuyo caso se debe pautar tratamiento antibiótico y colocar un tubo de drenaje torácico (respuesta 3 correcta).

El pH del empiema es **< 7,20** (respuesta 1 incorrecta).

El diagnóstico del empiema se realiza por las características del líquido (pH bajo, glucosa baja y LDH elevado) (respuesta 2 incorrecta). Además, en esta opción hay una palabra que, por técnicas de test, invalida la opción: "Solo" (es categórica y, por tanto, falsa). No es necesario hallar un microorganismo en el líquido para realizar el diagnóstico de empiema.

No se debe colocar el tubo de drenaje antes de haber comprobado (mediante una toracocentesis diagnóstica) **que el líquido es compatible con un empiema** (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta 11543: (134) Varón de 35 años, trasladado a urgencias tras un accidente de tráfico. A su ingreso se observa una puntuación en la escala de Glasgow de 15, tensión arterial de 140/90 mmHg, frecuencia respiratoria de 35 rpm y frecuencia cardiaca de 110 lpm, con una saturación de oxígeno basal del 91 %. En la exploración hay hipofonesis torácica derecha y timpanismo a la percusión. ¿Cuál es el diagnóstico de presunción?:

1. Taponamiento cardíaco traumático.
2. Neumotórax a tensión derecho.
3. Hemotórax masivo derecho.
4. Contusión pulmonar.

300433 NEUMOLOGÍA Fácil 93%

Solución: 2

En esta pregunta, la palabra clave es "timpanismo". Este dato indica la presencia de un exceso de aire en el interior de la caja torácica. De las 4 opciones propuestas, la única que cursa con exceso de aire es el **neumotórax a tensión derecho** (respuesta 2 correcta).

Generalmente, el neumotórax a tensión es una urgencia vital y cursa con hipotensión arterial. En este caso, la presión arterial no está disminuida (140/90 mmHg), probablemente por haber transcurrido poco tiempo desde el traumatismo. Indudablemente, si no se resuelve la situación, presentará hipotensión durante los próximos minutos, pudiendo amenazar la vida del paciente.

El **taponamiento cardíaco** no cursa con timpanismo y es incompatible con una presión arterial de 140/90 mmHg (el colapso de las cavidades derechas genera hipotensión severa) (respuesta 1 incorrecta).

El **hemotórax masivo** cursaría con matidez (no con timpanismo) (respuesta 3 incorrecta).

La **contusión pulmonar** rompe los capilares, favoreciendo el acúmulo de sangre en el parénquima y, por tanto, a la percusión tendría matidez (y no timpanismo) (*respuesta 4 incorrecta*).

Pregunta 11544: (135) Hombre de 64 años que consulta por presentar en los últimos 3 días debilidad creciente de miembros inferiores y parestesias ascendentes. La exploración muestra debilidad de miembros inferiores y arreflexia global. La analítica sanguínea y la radiografía de tórax son normales. La punción lumbar revela un LCR con 3 células mononucleares, 60 mg de glucorraquia y 97 mg de proteínas totales. Señale la afirmación INCORRECTA:

1. El cuadro es compatible con una polirradiculoneuropatía autoinmune.
2. En estos cuadros puede aparecer parálisis facial hasta en el 50 % de los casos.
3. En casos graves estos cuadros pueden asociarse a neuropatía autonómica.
4. El tratamiento de elección de estos cuadros es la administración de corticosteroides intravenosos.

300434 NEUROLOGÍA Normal 57%

Solución: 4

El cuadro es sugestivo de un Síndrome de Guillain Barré (polirradiculoneuropatía inflamatoria desmielinizante aguda), que no se trata con corticoides intravenosos sino con plasmaféresis o inmunoglobulinas (*respuesta 1 incorrecta, 4 correcta*).

Pregunta 11545: (136) Paciente de 48 años que ha sufrido una hemorragia subaracnoidea por aneurisma de comunicante anterior. A los 10 días del sangrado presenta alteración del nivel de conciencia y desarrolla una hemiparesia. Señale la respuesta INCORRECTA:

1. El vasoespasmo ocurre con mayor frecuencia entre los días 4 y 14 tras la hemorragia subaracnoidea.
2. Cuanto mayor sea la cuantía del sangrado inicial mayor el riesgo de resangrado.
3. Se aconseja la restricción hídrica en estos pacientes por el riesgo de hiponatremia.
4. Es necesario hacer una TC craneal para poder descartar otras complicaciones.

300435 NEUROLOGÍA Normal 42%

Solución: 3

La aparición a los 10 días de una hemorragia subaracnoidea de nueva clínica focal con disminución del nivel de conciencia sugiere la presencia de vasoespasmo (*respuesta 1 incorrecta*), aunque hay que realizar un TC para descartar otras complicaciones (*respuesta 4 incorrecta*).

El tratamiento del vasoespasmo se basa en **aumentar la volemia** y, en menor medida la presión arterial, con aporte de expansores de volumen plasmáticos y en función de la presión arterial asociando fármacos vasopresores (aunque evitando situaciones de hipertensión por riesgo de resangrado) (*respuesta 3 correcta*). Cuando estas medidas fallan se recurre al **tratamiento endovascular**.

Pregunta 11546: (137) Mujer de 93 años con antecedentes de EPOC, HTA, dislipemia, fibrilación auricular y cardiopatía isquémica. Vive sola. Presenta fracción de eyección ventricular 53 %, creatinina 1,5 mg/dL, coagulación normal. Recibe tratamiento con broncodilatadores inhalados y AAS 100 mg al día. Sufre una caída en la calle, tras la cual le resulta imposible la bipedestación y sedestación, con dolor intenso en la cadera derecha a las movilizaciones, gran acortamiento y rotación externa de la pierna. ¿Cuándo y cómo debe tratarse?:

1. Ingreso para ecografía transtorácica, valoración por Cardiología y después reducción cerrada y fijación con tornillo-placa.
2. Ingreso para valoración por Nefrología y Cardiología, y después decidirá Traumatología si usa una artroplastia o un clavo trocánterico.
3. Ingreso en Medicina Interna/Geriátrica, estabilización progresiva de las comorbilidades, tratamiento ortopédico conservador.

4. Reducción cerrada y fijación de la fractura antes de 48 horas, sedestación muy precoz, manejo ortogeriátrico.

300436 TRAUMATOLOGÍA Difícil 20%

Solución: 4

Se trata de una paciente añosa con patologías habituales para su edad. La paciente previamente era activa (cayó en la calle y vive sola). Con los datos clínicos sospechamos una **fractura de la extremidad superior del fémur** y por la edad una peritrocánterica. Una fracción de eyección superior al 50% y una creatinina de 1,5 mg/dl son valores habituales en estos pacientes y no necesitan valoraciones complementarias (*respuesta 1 y 2 incorrectas*). Aunque existe un riesgo quirúrgico debemos elegir este procedimiento para mejorar la calidad de vida de la paciente. **Debe indicarse la cirugía en las primeras 48 horas**. La sedestación precoz y el tratamiento ortogeriátrico son deseables para evitar las complicaciones inherentes al encamamiento prolongado. (*respuesta 4 correcta*). El **tratamiento conservador** aboca a la paciente a una inmovilización duradera con alto riesgo de complicaciones (*respuesta 3 incorrecta*).

Pregunta 11547: (138) Mujer de 73 años con antecedentes de obesidad, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y dislipemia. Consulta por dolor insoportable en la rodilla derecha de 5 días de evolución, sin trauma previo. Exploración: rodilla globulosa, varo moderado, extensión y flexión limitadas por dolor, dolor difuso medial. En la radiografía se aprecian osteofitos y pinzamiento leve de la interlínea medial. ¿Cuál sería su manejo inicial?:

1. Explicación del diagnóstico, reposo relativo, paracetamol 1 g/8 h más metamizol 500 mg /8 h, naproxeno de rescate.
2. Derivación preferente a consultas externas de Traumatología para valoración de prótesis total cementada.
3. Derivación preferente a consultas externas de Traumatología para valorar desbridamiento artroscópico.
4. Solicitud de resonancia magnética preferente para evaluación de meniscopatía, quiste de Baker y/o tendinitis.

300437 TRAUMATOLOGÍA Fácil 77%

Solución: 1

La **artrosis de rodilla** se caracteriza por:

- Frecuentemente mujeres
- Edad avanzada
- Obesidad
- Dolor mecánico con episodios de dolor en reposo (inflamatorio).
- Deformidad en varo de rodilla
- Limitación de los movimientos articulares.
- Radiografía: pinzamiento articular, osteofitos, geodas subcondrales...

Si el diagnóstico es muy probable no precisa de estudios complementarios (resonancia magnética, analítica...) (*respuesta 4 incorrecta*). El diagnóstico más adecuado es de gonartrosis agudizada (5 días de evolución). El tratamiento inicial es médico y consiste en:

- Evitar la carga sobre la articulación: reposo, uso de bastones...
- **Analgésicos de primer nivel: paracetamol, antiinflamatorios no esteroideos. Si el dolor es muy importante pueden prescribirse opioides (tramadol).** (*respuesta 1 correcta*)

Sólo en los casos en que no se consigue un control médico adecuado, con dolor que impide realizar una vida normal, puede ser remitida a un cirujano ortopédico (nunca preferente) para valorar la indicación de tratamiento quirúrgico: **desbridamiento artroscópico** (*respuesta 3 incorrecta*), **osteotomías valgizantes, prótesis de rodilla** (*respuesta 2 incorrecta*).

Pregunta 11548: (139) Niño de 7 años traído a urgencias tras caerse de un columpio sobre la mano derecha. No tiene antecedentes de interés. Presenta deformidad en dorso de tenedor de la muñeca e impotencia funcional, con situación neurovascular distal normal. ¿Qué lesión espera encontrar en la radiografía urgente que solicita?:

1. Fractura-luxación de Monteggia.
2. Fractura de la cabeza radial.
3. Epifisiolisis distal del radio.
4. Fractura en tallo verde de cúbito.

300438 TRAUMATOLOGÍA Normal 34%

Solución: 3

La deformidad en dorso de tenedor es muy sugestiva de una fractura de extremidad distal del radio. Dada la edad del paciente probablemente se trata de una epifisiolisis distal del radio (respuesta 3 correcta). La fractura-luxación de Monteggia es la asociación de una fractura decúbito y una luxación de cabeza de radio. No produce deformidad en la muñeca (respuesta 1 incorrecta). La fractura de la cabeza del radio se produce habitualmente en adultos y no provoca deformidad en la muñeca (respuesta 2 incorrecta). Las fracturas en tallo verde del antebrazo afectan habitualmente a cúbito y radio. No producen deformidad en la muñeca (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta 11549: (140) Mujer de 65 años, obesa, que sufre una caída sobre la mano con el codo en extensión. Presenta dolor en el brazo con tumefacción e impotencia funcional del mismo y con imposibilidad para realizar la extensión de la muñeca y dedos. Lo más probable es que presente:

1. Fractura luxación de húmero proximal.
2. Luxación de codo.
3. Fractura diafisaria de húmero asociada a fractura doble de antebrazo.
4. Fractura diafisaria de húmero con lesión del nervio radial.

300439 TRAUMATOLOGÍA Fácil 91%

Solución: 4

La clínica es compatible con una fractura de la diáfisis del húmero (dolor, tumefacción e impotencia funcional del brazo) que se asocia con frecuencia a una lesión del nervio radial (imposibilidad para la extensión de la muñeca y los dedos y alteraciones sensitivas en cara posterior del antebrazo y dorso de la primera comisura) (respuesta 4 correcta). La fractura luxación de húmero proximal provoca dolor, tumefacción y dificultad para realizar movimientos del hombro. Puede asociarse con lesión del nervio axilar (dificultad para la separación del hombro y alteraciones sensitivas en la piel que cubre el deltoides) (respuesta 1 incorrecta). La luxación de codo (habitualmente posterior) provoca dolor e impotencia funcional del codo pudiendo provocar una lesión del nervio mediano, muy infrecuentemente del nervio radial (respuesta 2 incorrecta). La fractura diafisaria del húmero asociada a doble fractura del antebrazo (codo flotante) produce gran dolor, tumefacción e impotencia funcional del codo. Rara vez se asocia con lesión del nervio radial (respuesta 3 incorrecta).

Pregunta 11550: (141) El diagnóstico más probable de un paciente de 74 años que desde hace dos meses comienza con dolor lumbar irradiado a miembros inferiores, claudicación neurogénica y limitación a la extensión del tronco es:

1. Hernia discal L4-L5.
2. Fractura vertebral lumbar.
3. Inestabilidad vertebral L5-S1.
4. Estenosis de canal lumbar.

300440 TRAUMATOLOGÍA Fácil 89%

Solución: 4

La estenosis del canal medular lumbar se caracteriza:

- Es frecuente en sujetos mayores de 70 años
- Presenta dolor lumbar a veces irradiado a los miembros inferiores
- Es la causa más frecuente de claudicación neurogénica: dolor lumbar que aparece durante la marcha y mejora con la flexión del tronco.

El diagnóstico más probable es estenosis del canal lumbar (respuesta 4 correcta). La hernia discal L4-L5 afecta a sujetos más jóvenes con dolor lumbar irradiado a uno de los miembros inferiores siguiendo la metámera de la raíz L5 (dificultad para dorsiflexión de tobillo, parestesias y dolor que descienden por el miembro inferior hasta alcanzar el dedo gordo del pie y habitualmente sin afectar al reflejo aquileo) (respuesta 1 incorrecta). La fractura vertebral lumbar suele tener un antecedente de traumatismo o esfuerzo. Produce dolor lumbar que aumenta con los movimientos (respuesta 2 incorrecta). La inestabilidad vertebral L5-S1 por espondilolisis produce dolor lumbar que puede irradiarse a miembros inferiores sin claudicación neurogénica. (respuesta 3 incorrecta).

Pregunta 11551: (142) Mujer de 70 años, diabética e hipertensa que sufre una caída en su domicilio, presentando una herida de 9 cm que comunica con un foco de fractura de la tibia derecha. Radiográficamente se observa una fractura oblicua corta de tercio medio-distal de tibia. Se opera de urgencias mediante limpieza (Friedrich) y colocación de un clavo endomedular acerrojado. A los 11 meses presenta una pseudoartrosis atrófica de tibia con supuración en la zona de la herida. ¿Cuál será su mejor opción terapéutica inmediata?:

1. Triple antibioterapia (grampositivos, gramnegativos y anaerobios) y limpieza de la herida quirúrgica, retirando los cerrojos distales para favorecer la consolidación ósea.
2. Actitud expectante y tratamiento antibiótico con quinolonas.
3. Aporte de injerto autólogo y de factores de crecimiento (BMP 2 y 7) para estimular el proceso de consolidación ósea, que está retardado.
4. Retirada del clavo, desbridamiento, colocación de fijador externo y antibioterapia ajustada a los resultados de los cultivos.

300441 TRAUMATOLOGÍA Normal 64%

Solución: 4

Se trata de una paciente con antecedente de fractura abierta de tibia tipo II de Gustilo tratada mediante osteosíntesis (enclavado endomedular). Es diagnosticada de pseudoartrosis infectada. El tratamiento consistirá en la retirada del material de osteosíntesis, limpieza quirúrgica del foco, antibioterapia ajustada a los resultados de los cultivos y fijación externa. Tras el control de la infección puede realizarse el tratamiento de la pseudoartrosis (refracturar, aportar tejido óseo y compresión sobre el foco) (respuesta 4 correcta). La placa de osteosíntesis mantendrá la infección; por consiguiente, sólo retirar los tornillos distales es insuficiente para controlarla infección (respuesta 1 incorrecta). La pseudoartrosis infectada es siempre de tratamiento quirúrgico (respuesta 2 incorrecta). El aporte de injerto autólogo y de factores de crecimiento pueden complementar el tratamiento de una pseudoartrosis no infectada (respuesta 3 incorrecta).

Pregunta 11552: (143) ¿En qué tipo de demencia hay que pensar en un paciente que presenta deterioro cognitivo, alucinaciones visuales, signos parkinsonianos y mala tolerancia a neurolépticos?:

1. Enfermedad de Alzheimer atípica.
2. Demencia por cuerpos de Lewy difusos.
3. Degeneración lobular frontotemporal.
4. Demencia por priones.

300442 PSIQUIATRÍA Fácil 96%

Solución: 2

La Demencia por Cuerpos de Lewy (respuesta 2 correcta) se denomina así por la presencia de inclusiones intracitoplasmáticas con positividad para los anticuerpos frente a sinucleína alfa en las neuronas de la corteza (cuerpos de Lewy). Los cuerpos de Lewy también muestran agregación en la enfermedad de Parkinson (EP).

CARACTERÍSTICAS

- **Alteraciones extrapiramidales leves:** cara de máscara, bradicinesia y alteración de la marcha.
- **Alucinaciones visuales** desde fases iniciales (en Alzheimer y Parkinson en fases avanzadas).
- **Cambios súbitos y fluctuantes de atención, cognición y vigilia.**

- **Trastorno del comportamiento relacionado con el sueño REM** (aparece en DCL o EP): no muestran parálisis durante esta fase y presentan movimientos actuando en los sueños.
- **Disminución de acetilcolina y CAT.**
- Hipersensibilidad a fármacos:
 - Los fármacos usados en EP como L-dopa pueden producir alucinaciones.
 - Los antipsicóticos producen aparición de signos extrapiramidales.

TRATAMIENTO

- **Inhibidores de la colinesterasa:** estabilizan la función cognitiva y pueden reducir las alucinaciones durante meses.
- **BZD de acción prolongada** ayudan a suprimir el trastorno del comportamiento relacionado con el sueño REM.

En la demencia frontotemporal predominará la alteración del comportamiento y del lenguaje (*respuesta 3 incorrecta*).

En la demencia por priores nos presentarán un caso de evolución progresiva y veloz (pocos meses) y el paciente presecursará con ataxia y/o mioclonias (*respuesta 4 incorrecta*).

Pregunta 11553: (144) Varón de 92 años, sin antecedentes patológicos de interés, diagnosticado hace 24 horas de pielonefritis aguda, que presenta alucinaciones visuales, discurso incoherente e inquietud psicomotriz. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones se ajusta más al cuadro clínico que está presentando ahora?:

1. Se trata del debut típico de una demencia en un paciente mayor con una infección grave.
2. Se trata de un cuadro de delirium en un paciente mayor con una infección grave.
3. Se trata del debut de un episodio psicótico agudo (esquizofrenia tardía del anciano).
4. Se trata de un episodio de depresión grave por la hospitalización con sintomatología psicótica asociada.

300443 PSQUIATRÍA Fácil 99%

Solución: 2

Nos describen el caso de un varón de 92 años que presenta de manera AGUDA, en el contexto de una pielonefritis (nos dicen un desencadenante), alucinaciones visuales, discurso incoherente y agitación psicomotriz.

Se trata de un Delirium o Sd. confusional, que consiste en un cuadro de disfunción cerebral generalizado de causa orgánica y que aparece de manera aguda. Las causas más frecuentes son las infecciones (habituales las del tracto urinario), retención aguda de orina (RAO) y cambios de fármacos. Lo más característico del cuadro y lo que nos ayuda a distinguirlo de una demencia es la **FLUCTUACIÓN del nivel de consciencia y de la atención**. Además de esta característica, al tratarse de una alteración cerebral global la clínica puede ser muy variada: Alucinaciones visuales, síntomas cognitivos, delirios, alteración de la memoria, agitación...etc. (*respuesta 2 correcta*).

No se trata de una demencia, en la que NO nos hablarían de un desencadenante y nos dirían que tiene una evolución PROGRESIVA (*respuesta 1 incorrecta*). Tampoco nos describe sintomatología psicótica (*respuesta 3 incorrecta*), ni describe un caso de depresión en la que presentarían un paciente con ánimo deprimido o anhedonia (*respuesta 4 incorrecta*).

Pregunta 11554: (145) Con respecto a los síndromes geriátricos, una de las siguientes respuestas es INCORRECTA:

1. Son situaciones de enfermedad con una alta incidencia y prevalencia en la población de edad avanzada.
2. Suelen ser el resultado de varias etiologías confluyentes, que requieren una valoración e intervención multidimensional.
3. Suelen producir consecuencias importantes, tanto médicas como funcionales, que requieren una intervención multidimensional.
4. Su prevalencia es más elevada en los pacientes mayores hospitalizados que en los pacientes mayores dependientes e institucionalizados.

300444 GERIATRÍA Fácil 88%

Solución: 4

Los **síndromes geriátricos** son situaciones de **enfermedad con alta incidencia y prevalencia en la población de edad avanzada** (*respuesta 1 incorrecta*). Suelen ser el resultado de **múltiples y variadas etiologías confluyentes**, que van a requerir una **valoración e intervención multidimensional** (*respuesta 2 incorrecta*). Suelen producir **consecuencias importantes médicas y funcionales** (alteraciones significativas en la capacidad funcional), requiriendo intervención multidimensional (*respuesta 3 incorrecta*). **Su prevalencia es más elevada en pacientes mayores dependientes e institucionalizados que en los pacientes mayores hospitalizados** (*respuesta 4 correcta*).

Pregunta 11555: (146) La fragilidad es un estado que puede originar importantes consecuencias negativas. De las siguientes respuestas, señale la INCORRECTA:

1. Se asocia a un buen número de consecuencias, como caídas, inmovilidad, discapacidad, mayor tasa de ingresos hospitalarios y de institucionalización, y mayor mortalidad.
2. Su detección precoz permitiría una intervención temprana para evitar sus consecuencias negativas
3. Su prevalencia no tiene relación directa con la edad cronológica.
4. La velocidad de la marcha y el test *Timed Up&Go*, permiten su detección en la práctica clínica habitual.

300445 GERIATRÍA Fácil 82%

Solución: 3

La fragilidad es uno de los retos de salud más importantes de este siglo, siendo una de las entidades más investigadas en geriatría desde su definición por Linda Fried en 2001. Los ancianos frágiles son personas mayores que residen en la comunidad y que se encuentran en un estado de equilibrio inestable que les acarrea un elevado riesgo de un incremento de cuidados y/o de requerir atención institucional. Se asocia a diferentes consecuencias, tales como **caídas, inmovilidad, discapacidad**, así como **mayor tasa de ingresos hospitalarios, de institucionalización y de mortalidad** (*respuesta 1 incorrecta*). **Si se consigue realizar una detección precoz, esto va a permitir una intervención temprana para evitar sus consecuencias negativas** (*respuesta 2 incorrecta*). **Su prevalencia SÍ tiene relación directa con la edad cronológica** (*respuesta 3 correcta*). **La velocidad de la marcha y el test *Timed Up&Go* permiten su detección en la práctica clínica habitual** (*respuesta 4 incorrecta*).

Pregunta 11556: (147) La incontinencia urinaria constituye uno de los principales síndromes geriátricos. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA?:

1. 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.
2. El tipo clínico más frecuente de incontinencia urinaria, en la población mayor en general, es la incontinencia de urgencia.
3. El tratamiento farmacológico ha demostrado una mayor efectividad clínica en la incontinencia de urgencia / vejiga hiperactiva que en otros tipos de incontinencia.
4. El tratamiento de la incontinencia de urgencia con antimuscarínicos está recomendado en pacientes con deterioro cognitivo o demencia en fase grave.

300446 GERIATRÍA Fácil 70%

Solución: 4

La incontinencia urinaria se define como la pérdida involuntaria de orina, con una incidencia del 50% en pacientes ancianos ingresados en una residencia. Los principales cambios en la función vesical atribuidos a la edad y que predisponen al anciano a desarrollar incontinencia son el aumento del volumen residual, la menor capacidad de la vejiga, las contracciones desinhibidas de la vejiga y la disminución de la longitud funcional de la uretra. **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** (*respuesta 1 incorrecta*). **La forma más frecuente de incontinencia urinaria en la población mayor es la incontinencia de urgencia** (*respuesta 2 incorrecta*). **El tratamiento farmacológico ha demostrado mayor efectividad clínica en la incontinencia de urgencia/vejiga**

hiperactiva que en otros tipos de incontinencia (respuesta 3 incorrecta). Los tratamientos antimuscarínicos NO están recomendados en el tratamiento de la incontinencia de urgencia en pacientes con deterioro cognitivo o demencia en fase grave, al contrario, estos fármacos son desencadenantes de la incontinencia urinaria (respuesta 4 correcta); entre las múltiples etiologías de la incontinencia urinaria se encuentran los fármacos (sedantes, diuréticos, anticolinérgicos, antagonistas del calcio). Conviene recordar que los antimuscarínicos son un tipo de agentes anticolinérgicos que inhiben reversible y competitivamente la actividad del receptor muscarínico, localizados mayoritariamente en el músculo liso de algunos órganos y glándulas.

Pregunta 11557: (148) ¿Cuál de las siguientes NO es una etapa del modelo de cambio conductual de Prochaska y DiClemente?:

1. Precontemplación.
2. Postcontemplación.
3. Acción.
4. Mantenimiento.

300447 MEDICINA PREVENTIVA Fácil 73%

Solución: 2

Las fases del modelo de cambio conductual de Prochaska y DiClemente son:

- **Precontemplación:** no existe intención de cambio (respuesta 1 incorrecta).
- **Contemplación:** piensa en cambiar en los próximos 6 meses.
- **Preparación:** prepara una fecha y un plan para cambiar.
- **Acción:** inicia el cambio y mantiene la conducta por un tiempo (respuesta 3 incorrecta).
- **Mantenimiento:** mantiene la nueva conducta más de 6 meses (respuesta 4 incorrecta).
- **Recaída:** recaer continuamente en la conducta anterior.

La **postcontemplación** no es una fase de este modelo (respuesta 2 correcta).

Pregunta 11558: (149) Mujer de 65 años que hace 3 meses presentó un cuadro de erupción cutánea vesicante sobre el dermatoma D6 derecho, acompañado de un dolor muy intenso. Tras la formación de costras, el cuadro se resolvió, pero persiste dolor moderado que se intensifica al roce y le impide el uso de ropa interior sobre el dermatoma afectado. En esta situación ¿qué tratamiento NO sería recomendable?:

1. Gabapentina oral.
2. Ibuprofeno oral.
3. Capsaicina tópica.
4. Lidocaína tópica.

300448 ANESTESIOLOGÍA Normal 49%

Solución: 2

La neuralgia postherpética (NPH) es un tipo de **dolor neuropático** (lesión de estructuras nerviosas) por lo que el tratamiento deberá basarse en la fisiopatología y consta de:

Gabapentina, pregabalina y los antidepresivos tricíclicos como **primera línea de tratamiento** de la NPH (respuesta 1 incorrecta). El tratamiento tópico es eficaz en el dolor neuropático: la crema de **capsaicina** constituye un **tratamiento eficaz en pacientes con NPH localizada** (x ej: dermatoma D6 derecho) (respuesta 3 incorrecta). En ocasiones puede ser mal tolerada por lo que una **alternativa** son los parches de **lidocaína** (respuesta 4 incorrecta).

En contraposición al dolor neuropático está el **dolor nociceptivo** (lesión en tejidos no neurales por estímulos mecánicos, térmicos o químicos (inflamación)) y el tratamiento basado en la fisiopatología se caracteriza por **AINEs (x ej: ibuprofeno)**, paracetamol (respuesta 2 correcta).

Los opioides son fármacos útiles ambos tipos de dolor. En el dolor neuropático se consideran segunda línea mientras que en el nociceptivo dependerán de la intensidad del dolor (2º escalón (opioides débiles) y 3º escalón (morfina)).

Pregunta 11559: (150) La Medicina Basada en la Evidencia recomienda la estructura PICO para el planteamiento de preguntas clínicas. ¿Cuál de los siguientes NO es un elemento incluido en la formulación de la pregunta PICO?:

1. Tipo de intervención a valorar.
2. Tipo de paciente.
3. Tipo de estudio.
4. Resultado a medir.

300449 MEDICINA PREVENTIVA Difícil 20%

Solución: 3

El modelo de medicina basada en la evidencia intenta responder a las preguntas clínicas de un modo estructurado. Uno de los modelos empleados es el sistema PICO que incluye:

(P) **Paciente** o problema de interés: características del paciente o grupo de pacientes; características del problema o condición (respuesta 2 incorrecta)

(I) **Intervención:** intervención principal a considerar (terapéutica, preventiva, diagnóstica, exposición de riesgo, etc.) (respuesta 1 incorrecta)

(C) **Intervención de comparación:** alternativa con la que comparar la intervención principal (hay que tener en cuenta, que en ocasiones no se dispone de una intervención con la que comparar).

(O) (Outcomes) **resultado a valorar:** efectos de la intervención, en términos de mejora, efectos secundarios, etc (respuesta 4 incorrecta).

El **tipo de estudio** no forma parte de la estructura PICO (respuesta 3 correcta).

Pregunta 11560: (151) ¿Cuál de las siguientes estrategias constituye una actuación de prevención primaria frente al maltrato contra las mujeres?:

1. Establecer un plan de protección y huida en mujeres víctimas de maltrato con hijos pequeños a su cargo.
2. Actividades educativas con mujeres embarazadas y sus parejas sobre relaciones de igualdad y corresponsabilidad en la crianza.
3. Realizar un protocolo de cribado rutinario en las mujeres que acuden a los servicios de urgencia hospitalarios por crisis de ansiedad.
4. Notificación precoz a la autoridad judicial ante cualquier sospecha de maltrato.

300450 MEDICINA PREVENTIVA Fácil 90%

Solución: 2

La prevención primaria es aquella que actúa sobre los factores de riesgo responsables de un evento, intentando por tanto disminuir la exposición a ellos y así, reducir la incidencia o casos nuevos.

En el caso del maltrato contra las mujeres, las actividades educativas en igualdad y corresponsabilidad van en la dirección de evitar conductas de riesgo y por tanto, evitar casos nuevos de violencia de género, por lo que se trataría de **prevención primaria** (respuesta 2 correcta).

La prevención secundaria se basa en el cribado y la detección precoz de problemas. Tanto el cribado rutinario (respuesta 3 incorrecta) como la notificación precoz a las autoridades (respuesta 4 incorrecta) formarían parte de la **prevención secundaria**.

Los planes protección y huida para mujeres víctimas de maltrato formarían parte de la **prevención terciaria**, que consiste en reducir al máximo las secuelas derivadas de un problema y facilitar la reinserción social del afectado o afectada (respuesta 1 incorrecta).

Pregunta 11561: (152) Señale cuál de los siguientes grupos terapéuticos ha demostrado disminuir la morbimortalidad cardiovascular y total en pacientes hipertensos, mayores de 55 años y con antecedentes de episodios cardiovasculares o diabetes:

1. Bloqueantes de los canales del calcio (calcioantagonistas).
2. Diuréticos.
3. Inhibidores del enzima convertidor de angiotensina.
4. Betabloqueantes.

300451 CARDIOLOGÍA Fácil 80%

Solución: 3

Los fármacos que han demostrado mejoría en la supervivencia de HTA son los diuréticos y betabloqueantes (de manera global). En pacientes >55 años, hipertensos y diabéticos un estudio (MICRO-HOPE) demostró que el ramipril mejoraba la supervivencia en pacientes con HTA (respuesta 3 correcta).
Pregunta muy directa que nos viene a preguntar por un estudio muy concreto.

Pregunta 11562: (153) Varón de 65 años que consulta por un episodio de hematuria franca indolora dos días antes, sin otra sintomatología acompañante. La historia clínica no indica sospecha de un determinado origen y la tira de orina de ese día revela la existencia de hematuria, aunque la orina es clara. ¿Qué prueba solicitaría en primer lugar para orientar el diagnóstico?:

1. Urografía intravenosa.
2. Radiografía simple de abdomen.
3. Ecografía renal y de vías urinarias.
4. Tomografía computarizada de abdomen.

300452 NEFROLOGÍA Fácil 80%

Solución: 3

Ante un varón mayor, con **hematuria** sin otros síntomas acompañantes, debe **sospecharse una posible neoplasia urotelial**. No nos ponen en la disyuntiva de pedir una cistoscopia dado que no es una opción. Nos piden qué prueba de imagen solicitaríamos en PRIMER lugar. La radiografía simple sólo permite valorar litiasis, siempre que tengan radiodensidad elevada y gran tamaño. El contexto clínico no nos indica la sospecha de hematuria por litiasis (respuesta 2 incorrecta). La urografía intravenosa permite valorar malformaciones (que no sospechamos) y litiasis o neoplasias uroteliales de gran tamaño (respuesta 1 incorrecta). La TC es una prueba que permite valorar al detalle la anatomía urinaria y ver tumores o litiasis, pero supone contraste, radiación y de coste elevado por lo que no parece razonable utilizarla en PRIMER lugar (respuesta 4 incorrecta). **La prueba de imagen de elección para iniciar casi cualquier estudio de la vía urinaria es la ecografía (respuesta 3 correcta)**. En el caso de la hematuria, puede permitirnos valorar el grosor de la pared vesical, posibles lesiones en ésta, así como ver lesiones renales (los tumores renales también producen hematuria) o presencia de litiasis. Si bien su definición es menor al TC, presenta menos contraindicaciones y carece de radiaciones ionizantes por lo que **debe considerarse como prueba de elección "de inicio"**.

Pregunta 11563: (154) ¿Cuál de los siguientes enunciados se corresponde con el término prevención cuaternaria?:

1. Actividades dirigidas a evitar la aparición o disminuir la prevalencia de factores de riesgo en individuos sanos.
2. Intervenciones encaminadas a evitar o reducir los riesgos del contacto con los servicios sanitarios.
3. Actividades de rehabilitación y reinserción social en pacientes con enfermedades clínicamente manifiestas.
4. Actividades de cribado y de vacunación en personal sanitario con riesgo de enfermedades infecciosas.

300453 MEDICINA PREVENTIVA Normal 59%

Solución: 2

La **prevención cuaternaria** es la que tiene como objetivo el evitar el ensañamiento terapéutico, es decir, la actuación médica excesiva que pueda tener consecuencias nocivas para el paciente ("primum non nocere") (respuesta 2 correcta).

Las actividades preventivas que actúan sobre los **factores de riesgo** en individuos sanos forman parte de la prevención primaria (respuesta 1 incorrecta).

La **rehabilitación y reinserción** de individuos ya enfermos corresponde a la prevención terciaria (respuesta 3 incorrecta).

El **cribado** o detección precoz de enfermedades que no han dado síntomas forma parte de la prevención secundaria (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta 11564: (155) ¿Según el fenotipo de fragilidad física de Fried en el que se valoran cinco criterios (pérdida de peso, poca energía, poca fuerza, lentitud y baja actividad física), a partir de cuántos criterios se considera que una persona mayor es frágil?:

1. Dos.
2. Tres.
3. Cuatro.
4. Cinco.

300454 GERIATRÍA Normal 41%

Solución: 2

Los criterios diagnósticos que utiliza el **questionario de Fried** son cinco: Pérdida de peso no intencionada de 4,5 Kg en el último año o peso a la exploración menor o igual al 10% del peso a la exploración a los 60 años, fatigabilidad, actividad física, velocidad de la marcha y debilidad. Cada uno de ellos vale 1 punto y se considera **anciano frágil cuando suman de 3 a 5 puntos (respuesta 2 correcta; respuestas 1, 3 y 4 incorrectas)**.

Pregunta 11565: (156) Paciente con insuficiencia cardiaca crónica en quien detectamos unas ondas "v" prominentes en el pulso venoso yugular y en la auscultación cardiaca un soplo holosistólico en el área del apéndice xifoides que se acentúa con la inspiración profunda. ¿Cuál es la valvulopatía que sugiere esta exploración física?:

1. Insuficiencia mitral.
2. Insuficiencia pulmonar.
3. Insuficiencia tricuspídea.
4. Estenosis aórtica.

300455 CARDIOLOGÍA Fácil 86%

Solución: 3

Soplo que aumenta con la inspiración = soplo de cavidades derechas (respuestas 1 y 4 incorrectas).

Insuficiencia pulmonar = soplo diastólico (respuesta 2 incorrecta).

Insuficiencia tricúspide = soplo sistólico que aumenta con la inspiración y ondas V en pulso venoso yugular (respuesta 3 correcta).

Pregunta 11566: (157) Mujer de 26 años que consulta por sensación de debilidad generalizada que se ha instaurado progresivamente en el curso de tres semanas, haciéndose especialmente intensa en los últimos dos días. Refiere desde hace un par de años episodios de dolor articular en las manos que han precisado de la toma de antiinflamatorios, así como la aparición de alguna lesión eritematosa de causa no aclarada en la zona del escote, principalmente en verano. En la exploración física destaca únicamente una palidez cutáneo-mucosa evidente y una frecuencia cardiaca de 100 lpm. En el hemograma destaca: Hb 6 gr/dL, Hto 27 %, VCM 105 fL, 3.420 leucocitos/mm³ (2300 neutrófilos/mm³, 800 linfocitos/mm³, 250 monocitos/mm³, 50 eosinófilos/mm³, 20 basófilos/mm³), plaquetas 170.000/mm³. En la bioquímica: AST 30 UI/L, ALT 35 UI/L, GGT 59 UI/L, fosfatasa alcalina 105 UI/L, LDH 490 UI/L, urea 20 mg/dL, creatinina 0,8 mg/dL. Teniendo en cuenta la información disponible, indique cuál de los siguientes parámetros analíticos adicionales necesitaría conocer para poder tomar la decisión inmediata más apropiada:

1. Vitamina B12.
2. Anticuerpos antinucleares.
3. Test de Coombs directo.
4. Anticuerpos anti-DNA.

300456 REUMATOLOGÍA Difícil 3%

Solución: 3

Nos presentan el cuadro de una chica joven, con dolor articular de 2 años de evolución en sus manos, lesiones eritematosas en zona de escote y debilidad generalizada. En conjunto, una de las primeras sospechas que debemos de tener es el **Lupus Eritematoso Sistémico**, enfermedad autoinmune como todos conocéis. En su hemograma aparece una anemia levemente macrocítica aislada (sin leucopenia ni plaquetopenia) con lo que es difícil decantarse por la opción 1 (anemia con volúmenes mucho mayores, y acompañada en ocasiones de descenso de alguna de las otras series sanguíneas, o de todas ellas) (respuesta 1 incorrecta). Ante la presencia de una anemia en una enferma con

una enfermedad inmune presente, como es el caso, y una LDH elevada 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 3 correcta*). La actitud a tomar ante estos pacientes es un concepto **repeMIR** ampliamente preguntado en los últimos 15 años.

Pregunta 11567: (158) Hombre de 60 años diagnosticado de esclerodermia hace once años, con fenómeno de Raynaud de larga evolución y sensación de reflujo gastroesofágico. En la exploración física destacan telangiectasias en la cara y esclerodactilia. Anticuerpos antinucleares positivos (títulos de 1/2.560) con patrón de inmunofluorescencia centromérico, anticuerpos anti-centrómero positivos. Acude por presentar desde hace tres meses disnea que en las últimas semanas se ha intensificado hasta afectar a su actividad física habitual, sin edemas, ortopnea ni disnea paroxística nocturna. Auscultación cardíaca y respiratoria normales. La analítica muestra hemograma y función hepática y renal normales. Únicamente destaca una elevación del péptido natriurético atrial (pro-BNP). Teniendo en cuenta la información aportada ¿cuál debería ser su primera sospecha diagnóstica?:

1. Enfermedad pulmonar intersticial incipiente.
2. Hipertensión arterial pulmonar.
3. Insuficiencia cardíaca.
4. Tromboembolismo pulmonar.

300457 REUMATOLOGÍA Normal 39%

Solución: 2

La **hipertensión pulmonar de la esclerodermia limitada o síndrome de CREST** (*respuesta 2 correcta, respuesta 1, 3 y 4 incorrectas*) se debe a la remodelación vascular de arterias pulmonares de pequeño calibre que ocurre en 8 a 12% de los pacientes y se presenta como una anomalía aislada o relacionada con la afectación intersticial. Aunque los pacientes con hipertensión pulmonar a menudo permanecen asintomáticos en las etapas iniciales, pueden presentarse con síntomas inespecíficos de **disnea de esfuerzo** y **disminución de la capacidad para el ejercicio**. Con la progresión aparecen angina, síncope y manifestaciones de **insuficiencia cardíaca derecha** (ausencia de ortopnea y disnea paroxística nocturna). **La auscultación cardiorespiratoria puede ser normal** o mostrar taquipnea, un componente pulmonar intenso del segundo tono, soplo de insuficiencia pulmonar/tricúspide, frémito ventricular derecho palpable, aumento de la presión venosa yugular y edema en regiones declive. **La concentración sérica del extremo amino-terminal del péptido natriurético procerebral (NT-proBNP) se relaciona con la presencia y gravedad de la hipertensión pulmonar.**

Pregunta 11568: (159) Un paciente de 45 años con antecedentes de infección por VIH conocida hace 6 años consulta por deseo de reiniciar el tratamiento antirretroviral. Lo abandonó hace dos años por motivos personales y en parte por efectos adversos, cuando presentaba carga viral indetectable y 230 linfocitos CD4; en los últimos meses ha sufrido un herpes zoster. Señale la respuesta correcta respecto al reinicio del tratamiento:

1. Si no es posible asegurar una adecuada adherencia al tratamiento, lo mejor es que no lo reinicie por el riesgo de desarrollo de resistencias.
2. Estaría indicado en este momento un estudio de resistencias para conocer las mutaciones presentes y guiar el reinicio del tratamiento.
3. La biterapia con dolutegravir y lamivudina podría ser igual de eficaz en esta situación que la triple terapia, ya que podría reducir parte de los efectos adversos.
4. La mejor opción en este paciente podría ser una combinación basada en inhibidores de proteasa potenciados.

300458 INFECCIOSAS Difícil -19%

Solución: 4

La **opción 1 es incorrecta**. Debido a que el paciente "consulta por deseo de reiniciar el tratamiento antirretroviral", lo cual supone que quiere ser tratado y no es necesario "asegurar una adecuada adherencia", que por otra parte nunca se puede valorar de manera "segura". Ello no es óbice para negar el acceso a la terapia.

La **opción 2 parece ambigua, pero la más plausible de ser correcta**. Podría ser errónea ya que cuando el paciente abandonó el tratamiento la carga viral era negativa y por tanto teóricamente no debía de haber desarrollado resistencias. Pero también podría ser cierta, ya que resulta prudente solicitar un estudio de resistencias tras un abandono del tratamiento, máxime si cabe la posibilidad de que se hubiera producido un fracaso terapéutico en el proceso de abandono de la medicación.

Considerando que en este caso no se indica cuánto tiempo transcurrió desde la última CV indetectable y el abandono del tratamiento tan plausible es que coincida la fecha en la que se hizo el análisis con CV indetectable y el abandono del tratamiento, como que transcurriesen varios meses desde que se efectuase la cuantificación de CV hasta que abandonase el tratamiento (con fallos previos múltiples, dado que la determinación de CV se suele efectuar cada 6 meses).

Y podría ser que el paciente hubiera abandonado el tratamiento poco a poco (ya que tenía efectos adversos a algún o algunos fármacos) y haber incurrido en una monoterapia encubierta con el consiguiente desarrollo de resistencias. Además tampoco conocemos si tomaba múltiples fármacos en presentaciones separadas o un régimen en una única tableta, lo que condicionaría un mayor o menor riesgo de desarrollo de resistencias. Por último en 2 años se podría haber reinfectado por un virus resistente. En este sentido las últimas guías del NIH (<https://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/adultandadolescentgl.pdf>) señalan textualmente: "Se puede considerar repetir la prueba cuando se inicia el TAR porque el paciente puede haber adquirido un virus resistente a los medicamentos (superinfección)".

La **opción 3 resulta también ambivalente y en consecuencia incorrecta**. Podría ser cierta si el régimen previo consistiera en dolutegravir con lamivudina y un tercer fármaco que fuese el que le ocasionara efectos adversos. En este caso si la CV fuera menor en la actualidad de 500.000 copias/mL y no se evidenciaran resistencias la respuesta sería cierta. Pero por el contrario la respuesta podría ser falsa si el paciente en la actualidad presentara resistencias a alguno de los componentes de la biterapia que propone, o si la CV en la actualidad fuese mayor de 500.000 copias/mL.

También **la opción 4 es ambigua**. Podría ser cierta si el régimen seguido anteriormente no fuese el mismo que se le va a dar en la actualidad, ya que presentaba efectos adversos, y si no hubiera desarrollado resistencias a ninguno de los componentes que se van a incluir en la "combinación basada en inhibidores de proteasa potenciados" a instaurar de acuerdo con la oferta. Y podría ser falsa si los efectos adversos que mostraba fueran causados por los mismos fármacos que forman parte del régimen actual basado en un inhibidor de la proteasa potenciado o si hubiera desarrollado resistencias a los mismos.

La respuesta más coherente hubiera sido que la **opción 2** es cierta: no se podría asegurar que no hubiese habido una monoterapia encubierta al abandonar el tratamiento y no cabe afirmar que en 2 años no se haya re-infectado por un virus resistente y por ello parecería correcto solicitar un estudio de resistencias.

Pregunta 11569: (160) Un varón de 22 años, practicante de deportes de aventura, presenta una parálisis facial bilateral. Un par de meses atrás refiere haber sufrido, durante un periodo aproximado de cuatro semanas, un episodio de debilidad generalizada, fiebre, cefalea intensa y artromialgias. A pesar de haber mejorado sustancialmente persiste de forma fluctuante cierta cefalea y dolor articular. La exploración cardiorespiratoria, abdominal y neurológica son completamente normales, con reflejos osteotendinosos presentes y simétricos. La radiografía de tórax es también normal. ¿Cuál es, con mayor probabilidad, el causante del cuadro clínico descrito?:

1. Síndrome de Guillain-Barré.
2. Leptospirosis.
3. Sarcoidosis.
4. Enfermedad de Lyme.

300459 INFECCIOSAS Fácil 81%

Solución: 4

La **Borreliosis de Lyme** es una zoonosis de distribución universal que afecta a múltiples órganos y sistemas causada por *Borrelia burgdorferi*. Está transmitida por garrapatas duras del género *Ixodes*, en Europa *Ixodes ricinus*. Comienza con una lesión cutánea eritematosa de aspecto anular que se expande, para después de semanas o meses presentar manifestaciones cardíacas, neurológicas y/o articulares.

La Enfermedad puede dividirse en tres estadios, que en ocasiones pueden solaparse: fase inicial (infección precoz localizada), fase temprana (infección precoz diseminada) y fase tardía (infección persistente). La infección puede cursar de forma asintomática.

Tras un periodo de incubación de 3 a 32 días, y sin que muchos enfermos recuerden haber sido picados por garrapatas (muchos de ellos como el que se nos presenta practicante de deportes de aventura al aire libre), aparece la fase inicial de la enfermedad. Ésta se caracteriza por el eritema migratorio en el punto de la picadura. Comienza como una mácula o pápula roja que se expande (con un tamaño medio de 15 cm) aclarándose parcialmente en el centro. En el 20% de casos de la enfermedad no se presenta o no se aprecia el eritema migratorio.

Al cabo de días a semanas la infección se extiende por vía linfática y hematológica y en una cuarta parte de los casos aparecen lesiones anulares secundarias, que son más pequeñas. Pueden aparecer otros tipos de lesiones cutáneas, y en Europa se ha descrito fundamentalmente en niños la denominada "linfadenosis benigna cutis", que cursa con lesiones induradas eritemato-violáceas fundamentalmente en los lóbulos de las orejas o en los pezones. Los signos de afectación general en este estadio suelen ser leves (artralgias, astenia...) cuando aparecen. El eritema migratorio suele autolimitarse en unas semanas, y en Europa, al cabo de días, semanas o meses suelen aparecer en un porcentaje no bien conocido de los casos las manifestaciones neurológicas. En los jóvenes la manifestación neurológica más frecuente es la parálisis facial y en el adulto la meningoradiculitis, siendo muy típica la afectación bilateral del nervio facial (Síndrome de Bannwarth), tal y como se expone en el presente cuadro (respuesta 4 correcta)

La **Leptospirosis** (opción 2) es una zoonosis causada por la espiroqueta *Leptospira interrogans*. Sus manifestaciones clínicas son muy diversas, desde infecciones asintomáticas y cuadros pseudogripales hasta formas graves (síndrome de Weil) con ictericia, insuficiencia renal y diátesis hemorrágica. La mayoría de infecciones probablemente son asintomáticas. Tras un periodo de incubación habitualmente 1 a 2 semanas, aparecen las manifestaciones clínicas, que en el 90% de los casos son formas leves. Cursan como un cuadro pseudogripal, con fiebre, mialgias (muy características) y cefalalgia, acompañado de náuseas, vómitos, tos y fotofobia. A la exploración puede observarse un exantema cutáneo, hepatomegalia, esplenomegalia, linfadenopatía y sufusión conjuntival. Esta primera fase de la enfermedad corresponde con el periodo de leptospiremia y suele durar una semana. En un 10% de casos, al cabo de 1 a 3 días, la enfermedad reaparece coincidiendo con la producción de anticuerpos (periodo inmunitario), puede haber fiebre y mialgias durante algunos días, a veces durante semanas, aunque habitualmente los síntomas son menos intensos. La complicación más importante en este periodo es la meningitis aséptica.

Las formas graves ictericas (síndrome de Weil) se presentan en un 5-15% de los casos. El comienzo suele ser igual al de las formas leves, pero sin llegar a producirse un patrón bifásico, con ictericia, insuficiencia renal, afectación pulmonar (con tos, disnea, dolor torácico y esputo hemoptoico) y diátesis hemorrágica. Puede producirse afectación de múltiples órganos con fracaso multiorgánico.

Entre un 4-9% de pacientes con **Sarcoidosis** (opción 3) desarrollan una neuropatía periférica. Cursa como una mononeuritis y, entre los pares craneales, si bien el facial es el más frecuentemente afectado el cuadro narrado en la pregunta no apunta hacia esta etiología.

El Síndrome de Guillain-Barré (opción 1) se denomina también como polineuropatía desmielinizante inflamatoria aguda, y representa el 25-40% de las polineuropatías del adulto. La mitad de los pacientes refieren un cuadro infeccioso a menudo de vías respiratorias altas o gastroentérico los días previos. En ocasiones existe evidencia serológica de una infección reciente por *Campylobacter*, *Mycoplasma pneumoniae*, Citomegalovirus, Virus de Epstein-Barr o Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

Pregunta 11570: (161) Hombre de 45 años que consulta por deterioro del estado general de 3 semanas de evolución, al que se añade un episodio de expectoración hemoptoica en las últimas horas. Exploración física normal. En el análisis de sangre destaca: hemograma normal; VSG 70 mm/h; creatinina 1,8 mg/dl. En el análisis de orina se observa microhematuria (60 hematíes/campo) y proteinuria (1,2 g/24h). En la TC de tórax se observan nódulos pulmonares cavitados, de localización perihiliar bilateral. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?:

1. La presencia de eosinofilia periférica intensa (> 1.000 células/ μ L) es una característica de la enfermedad.
2. Sin tratamiento, más del 80 % de los pacientes presentan una evolución favorable con resolución del cuadro.
3. El rituximab ha demostrado ser efectivo para la inducción de la remisión de las formas generalizadas con afectación renal.
4. En torno al 90 % de los pacientes que tienen afectación renal muestran positividad de anticuerpos anticitoplasma del neutrófilo con especificidad frente a mieloperoxidasa.

300460 REUMATOLOGÍA Normal 59%

Solución: 3

Nos encontramos ante un caso clínico de **Granulomatosis con poliangeitis o enfermedad de Wegener** (hemoptisis, elevación de VSG, insuficiencia renal, hematuria, proteinuria y nódulos pulmonares cavitados). La **presencia de eosinofilia periférica intensa es una característica de la granulomatosis eosinofílica con poliangeitis o enfermedad de Churg Strauss** (respuesta 1 incorrecta)

La enfermedad de Wegener, **con tratamiento**, presenta **una supervivencia aproximada del 75% a los 5 años** (respuesta 2 incorrecta)

El **rituximab** es un anticuerpo monoclonal quimérico dirigido contra CD20 que aparece en linfocitos B normales y malignos. La FDA aprobó su utilización en la granulomatosis con poliangeitis (Wegener). La administración de 375mg/m² de rituximab una vez por semana durante 4 semanas en combinación con corticoides en pacientes con Wegener activa y ANCA positivos, **tuvo la misma eficacia que ciclofosfamida y corticoides para inducir la remisión de la enfermedad** (respuesta 3 correcta).

En promedio, **el 90% de los pacientes con granulomatosis y poliangeitis activa tienen ANCA contra proteinasa 3**. Es muy grande la especificidad de la existencia o positividad de ANCA contra proteinasa 3, en particular si existe nefritis activa (respuesta 4 incorrecta)

Pregunta 11571: (162) Varón de 27 años con antecedentes de déficit neurocognitivo leve y alteración de la conducta de inicio en la infancia y disfunción hepática crónica (aspartato aminotransferasa 78U/L (5-40 U/L), alanino aminotransferasa 80U/L (5-40 U/L)). En los últimos seis meses ha desarrollado una alteración de la marcha. Es remitido a urgencias por cefalea, vómitos, rechazo de los alimentos y somnolencia en el contexto de un síndrome gripal. En la exploración física destaca temperatura 37,7°C, disminución de la conciencia (Glasgow 11), pupilas poco reactivas, ataxia cerebelosa y paraparesia espástica. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta con respecto a su diagnóstico y tratamiento?:

1. Enfermedad de Wilson. Solicitar hemocultivos, pautar tratamiento antibiótico empírico y dar de alta a domicilio tras resolución de la fiebre.
2. Paraparesia espástica tropical. Administrar hidratación, asegurar la ingesta oral, solicitar VIH y dar de alta a domicilio tras resolución de la fiebre.
3. Enfermedad metabólica congénita del ciclo de la urea. Suspender ingesta de proteínas, administrar glucosa, solicitar analítica con amonio y preparar benzoato sódico.
4. Déficit de alfa-1 antitripsina. Realizar punción lumbar, administrar aciclovir y ácido valproico ante la sospecha de meningitis y estatus epiléptico.

300461 PEDIATRÍA Difícil 17%

Solución: 3

Nos presentan el caso de un varón joven que desde la infancia cursa con clínica neurológica (déficit neurocognitivo y alteración de la conducta) y disfunción hepática con discreta elevación de las transaminasas. Desde hace 6 meses, además, se ha sumado una alteración de la marcha. En el contexto de una infección vírica comienza de manera aguda con cefalea, vómitos y somnolencia, empeorando gravemente la clínica neurológica.

En este contexto podemos deducir que nos encontramos ante una entidad congénita. En el caso de déficit de alfa-1-antitripsina nos hubieran puesto predominancia de síntomas respiratorios, no siendo los neurológicos tan marcados (*respuesta 4 incorrecta*).

La paraparesiaespástica tropical (PET) asociada a retrovirus humano T-linfotrópico tipo 1 (HTLV-I) es una mielopatía progresiva crónica caracterizada por el compromiso bilateral de la vía piramidal a nivel medular asociada con trastornos del esfínter vesical. La característica neuropatológica principal es la mielitis crónica, que se presenta con lesiones perivasculares, además de infiltración linfocitaria parenquimatosa. En este caso no se objetiva daño hepático. Además, en la respuesta proponen dar el alta tras remitir la fiebre, sin tener en cuenta el cuadro neurológico (*respuesta 2 incorrecta*).

Estamos ante una enfermedad metabólica congénita (EMC) del ciclo de la urea. Los trastornos del ciclo de la urea (TCU) derivan de una anomalía, cualitativa o cuantitativa, de una de las seis enzimas que participan en la síntesis de la urea y que supone una acumulación de amoníaco en el organismo (causante de la clínica neurológica que presenta el paciente del caso). La incidencia de TCU es escasa, afecta aproximadamente a uno de cada 25-50.000 nacidos vivos. La deficiencia de OTC (ornitina transcarbamilasa) es el más común de estos trastornos. Los pacientes que presentan coma hiperamonémico deben tratarse inmediatamente reduciendo sus niveles plasmáticos de amonio (mediante métodos de hemodiálisis o hemofiltración), implementando la terapia con fármacos eliminadores de amonio, y revertiendo la situación catabólica (mediante infusiones de glucosa y lípidos), poniendo especial cuidado en reducir el riesgo de daño neurológico (supervisión mediante EEG y tratamiento de convulsiones si fuese necesario). La terapia a largo plazo implica la restricción de por vida de la ingesta proteica y la administración de fármacos eliminadores de nitrógeno (usando fenilacetato o fenilbutirato y/o benzoato sódicos). (*respuesta 3 correcta*).

Podríamos dudar con la enfermedad de Wilson, ya que esta entidad puede cursar desde la infancia con clínica neurológica y afectación hepática. Pero, en la respuesta 1 proponen dar el alta tras remitir la fiebre, sin tener en cuenta el cuadro neurológico, que habría que vigilar estrechamente y de tratarse de un Wilson habría que iniciar un tratamiento dirigido (*respuesta 1 incorrecta*).

Pregunta 11572: (163) Hombre de 87 años, diagnosticado de diabetes mellitus tipo 2, insuficiencia renal crónica, EPOC e insuficiencia cardiaca, con una puntuación en el índice de Barthel de actividades básicas de la vida diaria de 30 puntos. ¿Cuál sería el objetivo terapéutico apropiado en el control glucémico de este paciente?:

1. HbA1c entre 6% y 6,5%.
2. HbA1c < 7%.
3. HbA1c entre 7% y 7,5%.
4. HbA1c entre 8% y 8,5%.

300462 ENDOCRINOLOGÍA Dificil 3%

Solución: 4

El objetivo del control glucémico reflejado por la HbA1c se debe individualizar, y el clínico debe establecer las metas del tratamiento.

En general la ADA sugiere que el objetivo glucémico es alcanzar una HbA1c, lo más cercana a lo normal, reduciendo el riesgo de hipoglucemia.

En **casos muy estrictos** (pacientes con alto riesgo cardiovascular), podría ser útil una HbA1c entre 6-6,5%, y en ningún caso sería provechoso un valor < de 6% (*respuesta 1 incorrecta*).

En **la mayor parte de los pacientes** la cifra ideal debe ser < 7% (el paciente de la pregunta muestra una serie de características diferentes a un paciente convencional) (*respuesta 2 incorrecta*).

Una HbA1c < 7,5% sería ideal para pacientes con **trastornos para la detección de hipoglucemia**. (no tenemos datos en la pregunta que nos oriente a que sea posible riesgo de hipoglucemia. (*respuesta 3 incorrecta*). Igualmente consideramos valor < 7,5% útil en pacientes adultos mayores saludables.

Un objetivo muy apropiado de HbA1c en **ancianos con múltiples enfermedades crónicas y dificultad para las actividades de la vida diaria sería de 8 a 8,5%** (características que muestra el paciente de la pregunta) (*respuesta 4 correcta*).

Pregunta 11573: (164) Hombre de 72 años que presenta desde hace 48 horas fiebre de 38,7°C, tos, expectoración purulenta y disnea. Constantes: TA 85/60 mmHg, frecuencia cardiaca 100 lpm, frecuencia respiratoria 35 rpm, SatO2 80%. Destaca la presencia de confusión y de crepitantes en campo pulmonar inferior izquierdo. La radiografía de tórax confirma la existencia de una neumonía de la llingula y del lóbulo inferior izquierdo. ¿Cuál sería el lugar de atención adecuado?:

1. Tratamiento ambulatorio en su domicilio.
2. Ingreso en una unidad de observación de urgencias.
3. Ingreso hospitalario en planta.
4. Ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos.

300463 INFECCIOSAS Normal 49%

Solución: 4

Se trata de una **neumonía bilobar** en un paciente de 72 años, con taquipnea, desaturación, taquicardia e hipotensión.

Existen varias escalas que intentan estratificar la gravedad del proceso, con la intención de discriminar entre los pacientes que pueden ser dados de alta y aquellos que requieren ingreso. Entre ellas está la **escala CURB-65**. Esta escala CURB-65 evalúa la gravedad de las Neumonías Adquiridas en la Comunidad. Tiene 5 ítems. Es un acrónimo de:

- Confusión.
- Urea nitrogenada > 19 mg/dL.
- Respiraciones >30 por minuto.
- Blood pressure (presión sistólica inferior a 90 mmHg o diastólica menor o igual a 60 mmHg).
- 65 años o más.

Puntuación de 0 a 1 punto: considerar un tratamiento ambulatorio.

Puntuación de 2 puntos: hospitalización de corta estancia o tratamiento ambulatorio con supervisión estrecha.

Puntuación de 3 a 5 puntos, hospitalizar (considerar ingreso en UCI en casos severos).

El paciente del enunciado tiene al menos 4 puntos en la escala CURB-65 (confusión, taquipnea, hipotensión y edad) -desconocemos el valor de la urea-. Por tanto, requiere ingreso hospitalario (*respuestas 1 y 2 incorrectas*); lo que sería difícil es determinar si en planta o en UCI, solo algunos protocolos recomiendan considerar UCI con puntuación superior a 3. Para valorar el ingreso del paciente con NAC en UCI se emplean los criterios de la normativa ATS-IDSA, que considera necesario este ingreso con 1 criterio mayor o 3 menores, y este paciente cumpliría al menos 3 criterios menores (confusión, neumonía multilobar y FR>30 rpm). Los exponemos a continuación:

• **Criterios menores:**

- Frecuencia respiratoria ≥ 30 /rpm
- $PaO_2/FiO_2 \leq 250$
- Infiltrados multilobares
- Confusión/desorientación
- Uremia (valor BUN ≥ 20 mg/dl)
- Leucopenia <4.000cél/mm³
- Trombocitopenia (plaquetas <100.000c/mm³)
- Hipotermia <36°C
- Hipotensión con necesidad de administración agresiva de fluidos

• **Criterios mayores:**

- Shock séptico con necesidad de vasopresores
- Necesidad de ventilación mecánica

Desde otra perspectiva, en la actualidad los criterios de sepsis siguen la escala SOFA, y se utiliza una escala más clínica y práctica, qSOFA o Quick SOFA Score, tiene en cuenta únicamente 3 ítems: alteración del estado mental (Glasgow <13), frecuencia respiratoria mayor o igual a 22 respiraciones por minuto y presión arterial sistólica inferior a 100 mmHg. Tener 2 o 3 puntos

en esta escala se corresponde con una mortalidad >10%. El paciente del estudio cumple los tres criterios, lo cual implica una situación de elevada gravedad y, por tanto, apoya el ingreso en UCI (respuesta 4 correcta y 3 incorrecta).

Pregunta 11574: (165) Hombre de 45 años diagnosticado de hipertensión arterial con mal control ambulatorio, que acude por fiebre de 38,8°C desde 2 días antes, dolor retroesternal intenso que se irradia a cuello y a ambos brazos, que disminuye cuando se inclina hacia delante y aumenta con el decúbito supino. En el ECG se observa elevación del segmento ST en las derivaciones I, II y AVF y de V1 a V6, sin alteración del complejo QRS. En el ecocardiograma se observa un derrame pericárdico moderado. ¿Cuál de los siguientes criterios indica mal pronóstico y aconseja el ingreso hospitalario?:

1. Curso agudo (comienzo agudo del dolor torácico).
2. Antecedente de hipertensión arterial mal controlada.
3. Fiebre superior a 38°C.
4. La presencia de derrame pericárdico.

300464 CARDIOLOGÍA Dificil -16%

Solución: 3

Criterios de alto riesgo y por tanto de ingreso en pacientes con Pericarditis aguda:

- Comienzo subagudo (respuesta 1 incorrecta).
- Fiebre superior a 38º (respuesta 3 correcta).
- Derrame pericárdico SEVERO (respuesta 4 incorrecta).
- Falta de respuesta al tratamiento tras una semana.

Pregunta 11575: (166) Un paciente con infección por VIH en tratamiento antirretroviral presenta en sus análisis rutinarios 560 copias de ARN de VIH-1. Se encuentra asintomático, los CD4 se encuentran estables en 280/mm3 y asegura tomar correctamente el tratamiento. La actitud a tomar más adecuada es:

1. Determinar niveles plasmáticos de los fármacos para asegurar que estos se encuentran dentro de los márgenes terapéuticos
2. Repetir la carga viral en unas semanas para confirmar si se trata de un blip.
3. Hacer un estudio de resistencias genotípico, para verificar la existencia de mutaciones de resistencia a los fármacos usados
4. Intensificar el tratamiento ante la eventualidad de un fracaso en un paciente con una infección VIH avanzada.

300465 INFECCIOSAS Dificil 4%

Solución: 2

De cuantas soluciones se ofertan la respuesta 2 es la correcta. El "blip" se asimila a una elevación de la carga viral transitoria hasta 1000 copias/ARN/ml y en estos casos se aconseja "repetir la carga viral al cabo de unas semanas" (que suelen oscilar entre 4 y 8) para confirmar esta circunstancia. Si ésta fuese negativa se confirmaría que se trata de un "blip" y no se recomienda ninguna medida adicional.

La opción 1 es inadecuada en este contexto, alude a la determinación de niveles plasmáticos de los fármacos. Esta técnica no se encuentra disponible en la práctica clínica convencional y hasta donde nos permite suponer el caso no existe un motivo de sospecha de que el paciente tenga bajos niveles de fármacos ya que no toma otra medicación.

La opción 3 no se recomienda porque previamente al estudio de resistencias genotípico cabría descartar que se tratase de un "blip". La opción 4 no es cierta y está claramente contraindicada. Es evidente que no se debe intensificar el tratamiento antirretroviral cuando se sospeche un fallo terapéutico; como podría ser el caso si se tratase de un "blip". Adicionalmente cabe retener que tampoco en el "blip" cabría modificar el tratamiento.

Pregunta 11576: (167) Las siguientes características sugieren la presencia de un fenómeno de Raynaud secundario, EXCEPTO:

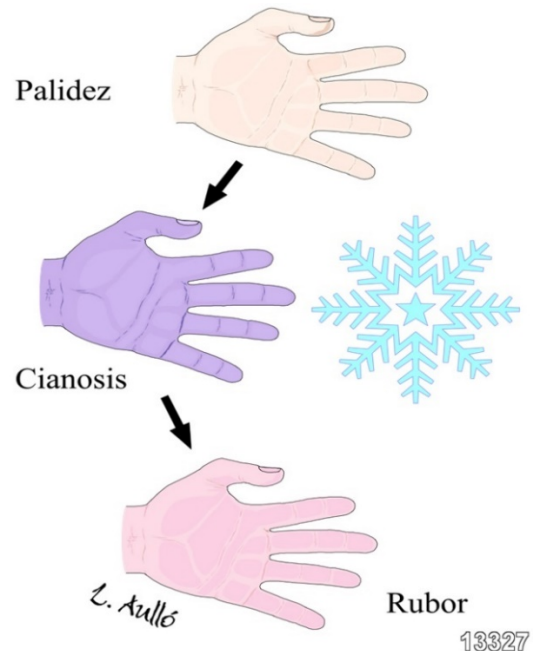
1. Alteraciones capilaroscópicas.
2. Anticuerpos antinucleares positivos.
3. Edad menor de 20 años.
4. Aparición de lesiones necróticas digitales.

300466 REUMATOLOGÍA Normal 62%

Solución: 3

La diferenciación entre la enfermedad de Raynaud primaria y el fenómeno secundario puede ser un desafío diagnóstico. La enfermedad de Raynaud primaria se respalda con lo siguiente: **ausencia de necrosis o ulceración del tejido digital** (respuesta 4 incorrecta) y prueba negativa para anticuerpos antinucleares (respuesta 2 incorrecta). El fenómeno de Raynaud secundario tiende a ocurrir a una **edad más avanzada (>30 años)** (respuesta 3 correcta), es más intenso y se acompaña de úlceras digitales isquémicas y pérdida de los dedos.

La **capiloroscopia** en la enfermedad de Raynaud primaria se relaciona con asas vasculares paralelas con espacios uniformes entre ellas, mientras que, en el fenómeno de Raynaud secundario, los capilares del lecho ungueal están distorsionados, con asas ensanchadas e irregulares, luz dilatada, microhemorragias y zonas de ausencia vascular (respuesta 1 incorrecta).



Pregunta 11577: (168) Hombre de 57 años que acude a urgencias por un dolor epigástrico de elevada intensidad, irradiado a espalda y a hipocondrio derecho, junto a náuseas y vómitos de 12 horas de evolución. En la exploración se encuentra afebril, estable hemodinámicamente, lúcido y con buena perfusión. En la analítica destacan 18.000 leucocitos (80% neutrófilos), siendo el resto del hemograma normal. La bioquímica es normal, incluyendo calcio, LDH y triglicéridos, excepto una amilasa de 3.000 U/L. Señale la respuesta correcta:

1. El cuadro clínico sugiere una colangitis aguda.
2. El paciente tiene probablemente una isquemia mesentérica aguda.
3. No es necesario realizar prueba de imagen en urgencias en todo caso una ecografía abdominal.
4. Es preciso realizar una TC abdominal urgente.

300467 DIGESTIVO Normal 40%

Solución: 3

Pregunta donde describen la **clínica típica de un paciente con una pancreatitis aguda** (respuestas 1 y 2 incorrectas) junto con amilasa elevada, en un paciente afebril y hemodinámicamente estable.

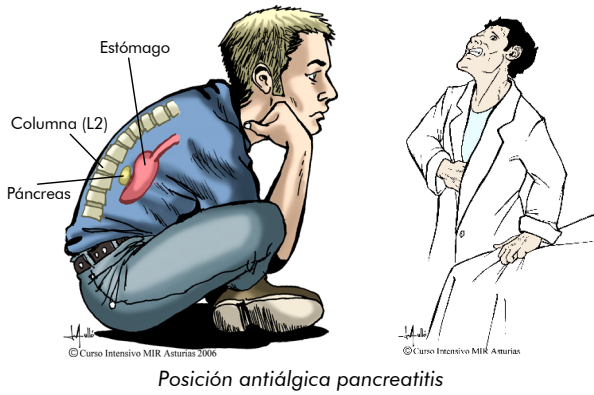
Se considera que un paciente padece una pancreatitis aguda cuando cumple al menos dos de los siguientes criterios:

- Elevación de amilasa y/o lipasa en sangre mayor de 3 veces el límite superior de la normalidad.
- Presencia de dolor abdominal típico.
- Pruebas de imagen compatibles con pancreatitis aguda.

Si el paciente cumple los dos primeros criterios, no es necesario solicitar pruebas de imagen complementarias en urgencias (respuesta 4 incorrecta y 3 correcta).

Para buscar la etiología de la pancreatitis, se debe incluir:

- Anamnesis.
- Analítica: calcio, triglicéridos, transaminasas, GGT, VCM.
- **Ecografía abdominal** (respuesta 3 correcta).



Pregunta 11578: (169) Hombre de 65 años, en seguimiento en consulta por astenia, anorexia y febrícula de curso insidioso. Se realiza TC abdominal con hallazgos de masa retroperitoneal y periaortitis, y analítica con VSG elevada, anemia moderada y anticuerpos antinucleares positivos. Indique la respuesta correcta:

1. Se debe a una fibrosis retroperitoneal idiopática y no precisa de más estudios diagnósticos.
2. El diagnóstico es clínico y habría que realizar un tratamiento empírico con antibióticos de amplio espectro.
3. La determinación de niveles elevados de inmunoglobulinas confirma el diagnóstico.
4. Requiere de un diagnóstico histológico que mostrara un infiltrado difuso de células plasmáticas y más de 10 células IgG4-positivas por campo.

300468 REUMATOLOGÍA Fácil 87%

Solución: 4

La **enfermedad relacionada con IgG4** es una condición fibroinflamatoria caracterizada por lesiones tumefactas, una densa infiltración de células plasmáticas ricas en IgG4, un patrón de fibrosis denominado estoriforme, flebitis obliterante y, a menudo, concentración sérica elevadas de IgG4. Abarca una inmensa variedad de sintomatología entre las que destacan: aneurismas, aortitis y **periaortitis**, colangitis esclerosante, **fibrosis retroperitoneal**, hipofisitis autoinmune o linfocítica, mediastinitis esclerosante, mesenteritis esclerosante, nefritis tubulointersticial, neuritis intersticial, pancreatitis autoinmune, tiroiditis de Riedel... Los criterios diagnósticos de la enfermedad son:

1. Presencia de inflamación característica difusa o localizada o bien formando masas en uno o varios órganos.
2. IgG4 sérica elevada > 135mg/dl.
3. Hallazgo histológico de:
 - a) **Infiltrado linfoplasmocitario** marcado con fibrosis sin infiltrado neutrofilico.
 - b) **Infiltrado de células plasmáticas IgG4+: ratio IgG4/IgG >40% o más de 10 células IgG4+ por campo de gran aumento** (respuesta 4 correcta).
 - c) Fibrosis estoriforme-remolino.
 - d) Flebitis obliterativa.

Pregunta 11579: (170) Hombre de 77 años que acude a urgencias por deterioro del nivel de conciencia. En la anamnesis refiere astenia, anorexia y pérdida de peso en las últimas semanas. A su llegada presenta febrícula de 37,7°C sin foco definido. Se realiza una TC craneal sin hallazgos y en el LCR obtenido tras punción lumbar se observa un líquido ligeramente xantocrómico, con los siguientes datos: presión de apertura 22 cm de H₂O; células 98, 100% mononucleares; glucosa 5 mg/dL; proteínas totales 2 g/L. ¿Cuál es la etiología más probable?:

1. Meningitis neoplásica.
2. Meningitis bacteriana aguda.
3. Síndrome de Guillain-Barré.
4. Hemorragia subaracnoidea.

300469 NEUROLOGÍA Fácil 71%

Solución: 1

Cuadro subagudo (respuesta 2 incorrecta) sugestivo de meningitis. El LCR muestra una pleocitosis linfocitaria con hiperproteínoorraquia y consumo severo de glucosa: **tuberculosis** o **meningitis neoplásica** como principales diagnósticos diferenciales (respuesta 1 correcta).

En el síndrome de Guillain Barré no hay elevación de células ni consumo de glucosa (respuesta 3 incorrecta).

En la HSA puede haber xantocromía, pero no hay las alteraciones celulares, el consumo de glucosa o la hiperproteínoorraquia descritas.

Pregunta 11580: (171) Mujer de 67 años con antecedentes de dislipemia, que acude a urgencias por un cuadro de disuria y poliaquiuria seguido de fiebre, escalofríos y deterioro del estado general. A su llegada impresiona de gravedad y está taquicárdica, taquipneica, con tensión arterial 60/40 mmHg y temperatura de 39°C. ¿Qué medida de entre las siguientes **NO estaría incluida en el manejo INICIAL?:**

1. Perfusión intravenosa de dobutamina.
2. Medición de lactato sérico.
3. Extracción de hemocultivos.
4. Administración de fluidos.

300470 URGENCIAS Normal 48%

Solución: 1

Estamos ante un **shock séptico por una infección de orina en un paciente de 67 años**. Las medidas INICIALES urgentes en la primera hora son:

- Monitorización de la presión arterial, ritmo y FC, SpO₂ y sondaje vesical para control de diuresis horaria
- **Medir lactato sérico** (respuesta 2). Reevaluar si el valor inicial es mayor a 2 mmol/L; ya que un nivel alto de lactato nos indica que los tejidos no están recibiendo suficiente oxígeno de la sangre y puede identificar a un paciente con riesgo de un mayor deterioro.
- **Tomar hemocultivos** (respuesta 3) antes de dar antibióticos para identificar la causa de la infección (positivos en más 50% casos de sepsis). En muchas ocasiones están indicados los **urinocultivos**, dado que la orina es el foco infeccioso más frecuente **en las personas mayores de 65 años**, como el del enunciado de la pregunta.
- Administrar **antibióticos de amplio espectro** en las 3 primeras horas
- Iniciar **fluidoterapia** (respuesta 4), inicialmente con la administración de 30 ml/Kg de cristaloides si hay hipotensión o lactato igual o superior a 4 mmol/L
- Administrar vasopresores (**noradrenalina**) para elevar la tensión arterial si el paciente está hipotenso durante o después de la resucitación con fluidos para mantener una presión arterial media igual o mayor a 65 mmHg. La **dobutamina** (respuesta 1) se utilizaría cuando **NO** se consiguen los objetivos terapéuticos a pesar de una correcta reposición de volumen y de la administración a dosis plenas de otros vasopresores preferentes (como la noradrenalina) y se puede considerar en pacientes con gasto cardiaco bajo. La **vasopresina** también podría utilizarse en el **shock séptico refractario** a la expansión de volumen y otras aminas vasoactivas.

Por tanto, para contestar la pregunta es clave la palabra INICIAL. Tal y como preguntaron en otra pregunta del examen de la misma convocatoria, la **noradrenalina** es, en la actualidad, el **fármaco de elección en el tratamiento del shock séptico**, y la **dobutamina NO** es el vasopresor INICIAL (respuesta 1 correcta), sino que se utiliza cuando **NO** se consiguen los objetivos terapéuticos a pesar de una correcta reposición de volumen y de la administración a dosis plenas de otros vasopresores preferentes

Pregunta 11581: (172) ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta con respecto a la reanimación cardiopulmonar?:

1. Tras comprobar la ausencia de pulso, la reanimación cardiopulmonar básica debe realizarse siguiendo la pauta de 30 compresiones torácicas y 2 insuflaciones pulmonares.
2. En cuanto se disponga de los medios necesarios se debe realizar una cardioversión si el paciente aún no ha recuperado el pulso.
3. En caso de asistolia deben administrarse 3 mg de atropina.
4. La adrenalina, a dosis de 1 mg cada 3 min, no se administrará si el mecanismo de parada es una fibrilación ventricular.

300471 URGENCIAS Fácil 81%

Solución: 1

En el caso de una **parada cardiorrespiratoria, tras comprobar la seguridad del escenario, la ausencia del pulso y de respiración y de pedir ayuda** activando el sistema médico de emergencias **para conseguir cuanto antes un desfibrilador, se deben iniciar las maniobras de RCP básica, con la secuencia de 30 compresiones y 2 ventilaciones** (respuesta 1 correcta) en el caso de adultos, tanto con uno como con dos reanimadores. En el caso de la población pediátrica, la secuencia sería de 15 compresiones y 2 ventilaciones.

En cuanto tengamos conectado el desfibrilador, éste analizará el ritmo y **SOLO aplicaremos el choque desfibrilatorio en el caso de los ritmos desfibrilables (taquicardia ventricular sin pulso y fibrilación ventricular)** (respuesta 2 incorrecta).

Según las últimas recomendaciones de la Academia Europea y Americana, en el momento actual, **ya NO se recomienda la administración rutinaria de la atropina en la asistolia** ni en la actividad eléctrica sin pulso, ya que es poco probable que tenga beneficios terapéuticos (respuesta 3 incorrecta).

La adrenalina, a dosis de 1 mg cada 3 minutos, se administrará en los ritmos desfibrilables, entre ellos, la fibrilación ventricular (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta 11582: (173) Un paciente es traído a urgencias desde un incendio producido dentro de una nave cerrada donde había espumas de poliuretano. Está consciente, pero presenta creciente torpeza mental, cefalea e intensa disnea. La saturación de oxígeno mediante pulsoximetría es del 92% y el ácido láctico capilar es de 8 mEq/l. ¿Qué tratamiento específico considera más adecuado?:

1. Administración de oxígeno mediante mascarilla tipo Venturi al 50%.
2. Administración de hidroxocobalamina intravenosa.
3. Ventilación con cámara hiperbárica.
4. Fluidoterapia con infusión de solución salina fisiológica a 21 ml/h.

300472 URGENCIAS Fácil 76%

Solución: 2

Nos describen un paciente que está presentando una **intoxicación por cianuro**. Ha habido un **incendio en una nave con poliuretano**, el cual es un material orgánico combustible y en el humo de un incendio se genera cianuro. La **inhalaición de cianuro** produce un cuadro de intoxicación por el mismo, generando un cuadro clínico con **hipotensión, acidosis y coma**.

El antídoto de dicha intoxicación es la **hidroxocobalamina vía intravenosa** (respuesta 2 correcta), cuya indicación terapéutica sería la existencia de **acidosis con un lactato igual o superior a 8 mEq/L**, así como la existencia de un cuadro clínico profuso (**cefalea, alteración del estado mental y disnea**).

La **cámara hiperbárica** (respuesta 3 incorrecta) sería una indicación a posteriori, en los casos más graves. Otros antídotos que se pueden utilizar en la intoxicación por cianuro serían el **nitrito de amilo** y el **EDTA-dicobalto**.

El **oxígeno en mascarilla tipo Venturi al 50%** (respuesta 1 incorrecta) **NO** es una medida **ESPECÍFICA** para esta intoxicación (nos preguntan en el enunciado por una medida específica), al igual que **TAMPOCO** es específica la **fluidoterapia** (respuesta 4 incorrecta).

Pregunta 11583: (174) Una mujer de 22 años presenta una parada cardíaca súbita con un ritmo que se considera susceptible de desfibrilación. Se están realizando compresiones torácicas y ventilaciones, se ha dado una descarga con el desfibrilador y se ha canalizado una vía venosa periférica. ¿Cuál de las siguientes actuaciones sería correcta a continuación?:

1. Administrar 150 mg de amiodarona intravenosa.
2. Administrar 300 mg de amiodarona intravenosa.
3. Administrar 1 mg de atropina intravenosa.
4. Administrar 2 mg de atropina intravenosa.

300473 URGENCIAS Normal 46%

ANULADA

Las maniobras de RCP se comienzan con ciclos de compresión ventilación a 30:2 hasta tener el desfibrilador colocado (interrumpiendo lo mínimo posible las maniobras de compresión/ventilación). Cuando tengamos colocado el desfibrilador analizaremos el ritmo; si este es desfibrilable daremos una primera descarga, continuando con las maniobras posteriormente durante dos minutos para volver a analizar ritmo y si está indicado realizar una nueva descarga.

En los **ritmos desfibrilatorios (fibrilación ventricular y taquicardia ventricular sin pulso)**, si dicho ritmo persiste tras aplicar el tercer choque desfibrilatorio, administraremos **1 mg de Adrenalina** (respuestas 3 y 4 incorrectas) y **300 mg de Amiodarona** (respuestas 1 y 2 incorrectas). Por lo tanto, las 4 respuestas son incorrectas y la pregunta fue anulada por la comisión Calificadora del Ministerio.

Pregunta 11584: (175) Ha sido atropellado por un automóvil cuando iba en bicicleta. A su llegada tiene una frecuencia cardíaca de 115 lpm, una presión arterial de 110/75 mmHg, pulso radial palpable, un relleno capilar de 2,5 segundos y una frecuencia respiratoria de 25 rpm. ¿Qué nos indican estos datos?:

1. Ha perdido entre un 15 y un 30 % de la volemia y precisa reposición de volumen.
2. Ha perdido más de un 30 % de la volemia y precisa reposición de volumen y de sangre.
3. Ha perdido más de un 40 % de la volemia y precisará tratamiento quirúrgico.
4. Ha perdido más de un 50% de la volemia y precisa reposición de volumen y de sangre.

300474 URGENCIAS Fácil 70%

Solución: 1

Nos describen a un paciente joven con **politraumatismo**. Para contestar a la pregunta es necesario conocer la clasificación del **shock hipovolémico**, que estratifica las pérdidas sanguíneas estimadas en 4 grupos:

- **GRUPO I (pérdida de volumen sanguíneo entre 0-15%):** Pérdida sanguínea menor de 750 cc. Frecuencia cardíaca menor de 100. Tensión arterial normal. Frecuencia respiratoria 14-20/minuto. Diuresis >30 ml/hora. Ansiedad leve.
- **GRUPO II (pérdida de volumen sanguíneo entre 15-30%):** Pérdida sanguínea 750-1500 cc. **Frecuencia cardíaca mayor de 100. Tensión arterial normal. Frecuencia respiratoria 20-30/minuto.** Diuresis 20-30 ml/hora. Ansiedad moderada.
- **GRUPO III (pérdida de volumen sanguíneo entre 30-40%):** Pérdida sanguínea 1500-2000 cc. Frecuencia cardíaca mayor de 120. Tensión arterial disminuida. Frecuencia respiratoria 30-40/minuto. Diuresis 5-15 ml/hora. Ansiedad y confusión.
- **GRUPO IV (pérdida de volumen sanguíneo > 40%):** Pérdida sanguínea >2000 cc. Frecuencia cardíaca mayor de 140. Tensión arterial disminuida. Frecuencia respiratoria >40/minuto. Diuresis insignificante. Confusión y letargia.

En este caso, la frecuencia es de 115 LPM (es mayor de 100 LPM), con una tensión arterial dentro del rango de la normalidad, pulso radial palpable, relleno capilar retardado (más de 2 segundos) y taquipnea (25 RPM; es mayor de 20), por lo que se trataría de un paciente del **grupo II** (respuesta 1 correcta; respuestas 2, 3 y 4 incorrectas).

	Clase I	Clase II	Clase III	Clase IV
Pérdida de sangre (ML)	< 750	750-1500	1500-2000	>2000
% volumen sangre	15%	15-30%	30-40%	>40%
Pulso	<100	>100	>120	>140
Presión arterial	normal	Hipotensión ortostática	Hipotensión supina	Diastólica no medible
Llenado capilar	normal	1	2	>3
Frecuencia respiratoria	14-20	20-30	30-40	>40
Diuresis (ml/h)	>30	20 a 30	5 a 15	anuria
Estado mental	Leve ansiedad	Moderada ansiedad	Severa ansiedad agitación o confusión	Letargo Coma

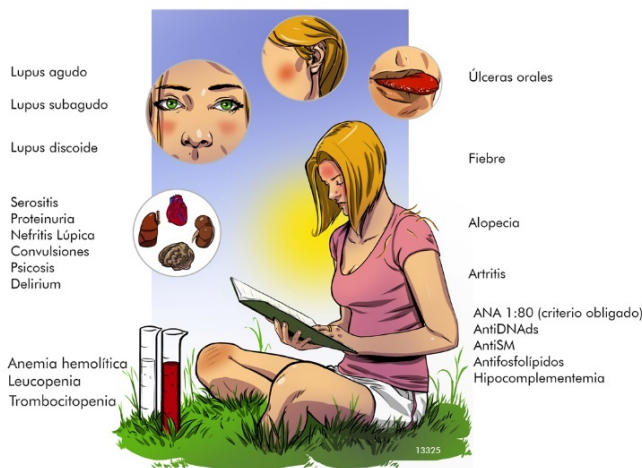
Pregunta 11585: (176) Mujer de 25 años diagnosticada de lupus eritematoso sistémico, que ha permanecido en remisión los últimos 2 años. Consulta por poliartalgias y febrícula. ¿Cuáles de las siguientes alteraciones indicarán reactivación de la enfermedad?:

1. Elevación de los anticuerpos anti-DNA nativo y de los factores del complemento.
2. Elevación de los anticuerpos anti-DNA nativo y descenso de los factores del complemento.
3. Descenso de los anticuerpos anti-DNA nativo y de los factores del complemento.
4. Descenso de los anticuerpos anti-DNA nativo y elevación de los factores del complemento.

300475 REUMATOLOGÍA Fácil 92%

Solución: 2

Es conveniente vigilar ciertos signos que indican el estado del daño orgánico que ocurre durante las exacerbaciones del LES. Éstos pueden incluir análisis de orina para detectar hematuria y proteinuria, concentración de hemoglobina, recuento de plaquetas y medición de creatinina o albúmina sérica. **Existe gran interés en la identificación de marcadores adicionales de la actividad de la enfermedad.** Los factores considerados incluyen **elevación de concentración de anticuerpos anti-DNA** y anti-C1q, **disminución de diferentes factores del complemento**, productos activados del complemento, expresión génica inducible por IFN en células de sangre periférica, concentraciones séricas de estimulador de linfocitos B y concentración urinaria del inductor débil de la apoptosis semejante a TNF, lipocalina relacionada con gelatinasa neutrofílica o proteína quimiotaxina de monocito 1 (respuesta 2 correcta, respuestas 1, 3 y 4 incorrectas)



Pregunta 11586: (177) Considerando la relevancia clínica de los cocientes de probabilidad positivos (CP+) para el proceso de toma de decisiones según The Evidence - Based Medicine Working Group. ¿Cuál de las siguientes opciones se corresponde con unos incrementos moderados de la probabilidad de confirmar la enfermedad?:

1. CP+ < 2.
2. CP+ 2-5.
3. CP+ 5-10.
4. CP+ > 10.

300476 MEDICINA PREVENTIVA Normal 62%

Solución: 3

Los cocientes de probabilidad diagnóstica se conocen también como razones de verosimilitud (RV) e indican, cuando son positivos, cuántas veces es más probable que una prueba diagnóstica sea positiva en los enfermos que en los sanos. Por tanto, permiten relacionar la probabilidad preprueba de enfermedad (prevalencia) con la probabilidad postprueba (valores predictivos) de tener enfermedad.

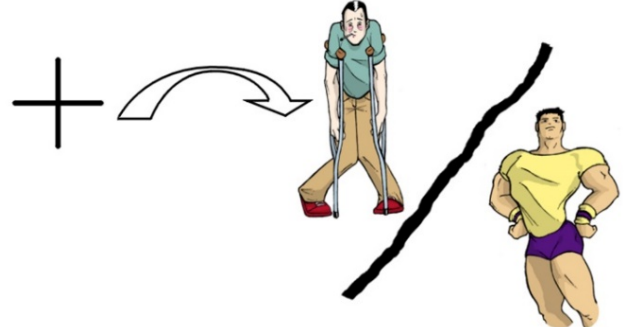
Según el Evidence-Based Medicine Working Group, los cocientes de probabilidad se interpretan de la siguiente manera:

CP+ >10: generan cambios amplios y a menudo concluyentes desde una probabilidad preprueba hasta una probabilidad postprueba (respuesta 4 incorrecta).

CP+ 5-10: generan cambios moderados desde la probabilidad preprueba hasta la probabilidad postprueba (respuesta 3 correcta).

CP+ 2-5: generan cambios pequeños (pero en ocasiones importantes) de la probabilidad (respuesta 2 incorrecta).

CP+ 1-2: alteran la probabilidad en un grado insignificante (y rara vez importante) (respuesta 1 incorrecta).



©Curso Intensivo MIR Asturias 2003

La RPP expresa el número de veces que es más probable que un resultado positivo provenga de un enfermo (S) respecto a la probabilidad de que venga de un sano (1-E)

Pregunta 11587: (178) ¿Cuál de los siguientes factores NO se asocia al desarrollo de cálculos de pigmento en la vesícula biliar?:

1. Hemólisis crónica.
2. Anemia perniciosa.
3. Infección crónica de vías biliares.
4. Colangitis biliar primaria.

300477 DIGESTIVO Difícil 1%

Solución: 4

Los **cálculos de pigmento negro** están compuestos de bilirrubinato cálcico puro o complejos similares a polímeros con calcio y glucoproteínas de mucina. Son más frecuentes en individuos que tienen **estados hemolíticos crónicos** (con aumento de bilirrubina conjugada en la bilis) (respuesta 1 incorrecta), cirrosis hepática, síndrome de Gilbert y fibrosis quística. La **anemia perniciosa** en este sentido se comporta como una anemia hemolítica (respuesta 2 incorrecta). Los cálculos vesiculares en individuos con enfermedades o extirpación del íleon o derivaciones de este segmento por lo común son también de pigmento negro. La circulación enterohepática de bilirrubina contribuye a su patogenia. Los **cálculos pardos** están compuestos de sales de calcio con bilirrubina no conjugada y diversas cantidades de colesterol y proteínas. Son producto de la presencia de mayores cantidades de bilirrubina no conjugada insoluble en la bilis, que se precipita para formar los cálculos. Esta situación se ve favorecida cuando

la **bilis está infectada en forma crónica por bacterias** (respuesta 3 incorrecta).

La **colangitis biliar primaria** en principio no favorece la aparición de cálculos de pigmento (respuesta 4 correcta).

Pregunta 11588: (179) La asociación de fármacos inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina y antagonistas de la aldosterona puede ser útil en algunos pacientes con insuficiencia cardiaca. No obstante, deberemos vigilar especialmente en estos casos:

1. La aparición o agravamiento de dislipemias.
2. Que pueden aumentar paradójicamente las cifras tensionales.
3. La aparición de hiperpotasemia.
4. Los niveles de bradicininas circulantes.

300478 CARDIOLOGÍA Fácil 90%

Solución: 3

Los IECAS y los Antialdosterónicos pueden incrementar los niveles de potasio (respuesta 3 correcta), especialmente en pacientes con insuficiencia renal.

Pregunta 11589: (180) La osteonecrosis de la mandíbula:

1. Puede relacionarse con la administración de bifosfonatos.
2. Se asocia en la mayoría de los casos con radioterapia previa.
3. El tratamiento de elección es la mandibulectomía.
4. Es una forma de atrofia mandibular del desarrollo.

300479 C. MAXILOFACIAL Fácil 98%

Solución: 1

Uno de los efectos secundarios más característico de los **bisfosfonatos** es la **osteonecrosis mandibular** (respuesta 1 correcta, 4MIR). Si bien su uso vía oral no suele estar relacionado con esta complicación, el riesgo aumenta al utilizarlos vía intravenosa, como en el tratamiento de metástasis óseas. Los bisfosfonatos inhiben la acción de los osteoclastos, inhibiendo la resorción ósea. Los bisfosfonatos se depositan en el hueso (los huesos más sensibles a su acción son los maxilares, especialmente el inferior), y cuando los osteoclastos reabsorben ese hueso, su acción resulta inhibida y sufren apoptosis. Por ello, el hueso envejece, no es renovado, y con el tiempo se necrosa. Mientras no se exponga al medio oral, la osteonecrosis es asintomática, pero si este hueso se expone e infecta, aparecen dolor y supuración. El **tratamiento quirúrgico agresivo** de esta situación muchas veces solo sirve para agravar el cuadro, de modo que el nuevo hueso expuesto se infecta y el dolor y supuración persisten (respuesta 3 incorrecta)

La osteonecrosis de los maxilares también puede aparecer con **Denosumab** (un anticuerpo monoclonal Ig humano que se une al RANKL e inhibe la formación de osteoclastos, MIR), **Bevacizumab** (anticuerpo monoclonal que se une al factor de crecimiento del endotelio vascular), y los antineoplásicos **Sunitinib**, **Sorafafenib**, y **Doxorubicina**.

Pregunta 11590: (181) La distrofia muscular de Duchenne:

1. Es una miopatía idiopática.
2. Afecta por igual a hombres y mujeres.
3. Tiene actualmente un tratamiento curativo basado en administración de glucocorticoides.
4. Es una enfermedad hereditaria recesiva ligada al cromosoma X.

300480 NEUROLOGÍA Fácil 91%

Solución: 4

La distrofia muscular de Duchenne es una enfermedad **recesiva ligada al cromosoma X** causada por mutaciones por del gen de la distrofina (respuesta 4 correcta). Los corticoides pueden disminuir la progresión de la enfermedad en algunos pacientes, pero no es un tratamiento curativo.

Pregunta 11591: (182) Hombre de 60 años con un cuadro de dolor abdominal y sangrado digestivo alto, en quien se encuentra una tumoración abdominal relacionada con la pared gástrica. La histología muestra un tumor de células fusiformes con escasas mitosis, positivas para CD117. El diagnóstico más probable es:

1. Neurofibroma de la pared gástrica.
2. Tumor del estroma gastrointestinal.
3. Leiomioma.
4. Sarcoma granulocítico.

300481 DIGESTIVO Fácil 95%

Solución: 2

Paciente con un tumor gástrico, para cuyo diagnóstico específico nos dan los datos de la histología. Los **tumores del estroma gastrointestinal (GIST)** se distinguen de otros tumores mesenquimales por sus características inmunohistoquímicas. Histológicamente, los GIST pueden mostrar una estirpe muscular o neural o ser indiferenciados. A diferencia del resto de los tumores mesenquimales, expresan el **antígeno CD 117 (parte del receptor c-kit)** que se puede demostrar por inmunohistoquímica (respuesta 2 correcta, resto incorrectas).



Los GIST expresan el CD-117 (parte del receptor c-kit).

Pregunta 11592: (183) ¿Cuál es la mejor medida de carga global de una enfermedad?:

1. Los años perdidos por discapacidad atribuible a esa enfermedad.
2. La mortalidad por esa enfermedad.
3. Los años de vida ajustados por discapacidad atribuible a esa enfermedad.
4. El coste económico de la enfermedad.

300482 GESTIÓN CLÍNICA Normal 56%

Solución: 3

El coste económico (respuesta 4 incorrecta), la mortalidad (respuesta 2 incorrecta) o la pérdida de años por discapacidad "sin ajustar" (respuesta 1 incorrecta) pueden ser medidas útiles para valorar el impacto o carga global de una determinada enfermedad en una población. Pero **la mejor medida de carga global de enfermedad** (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 una población (respuesta 3 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, la 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 AVAD indica 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 11593: (184) ¿En qué individuos se observa una elevación plasmática de la isoenzima BB de la creatina quinasa (CK)?

1. En pacientes con un accidente cerebrovascular.
2. En pacientes con infarto agudo de miocardio.
3. Tras una inyección intramuscular.
4. En pacientes con lesión hepatocelular aguda.

300483 BIOQUÍMICA Difícil -6%

Solución: 1

La creatina quinasa se encarga de la fosforilación de la creatina a fosfocreatina. Es una enzima dimérica con tres isoformas que se obtienen de la combinación de las dos subunidades monoméricas.

La isoenzima **CK-BB** se encuentra predominantemente en el **cerebro** y se eleva en plasma tras una agresión neuronal como un accidente cerebrovascular (*respuesta 1 correcta*).

La isoenzima **CK-MB** la encontramos en **corazón** principalmente, por lo que ésta se eleva en plasma ante un infarto agudo de miocardio (*respuesta 2 incorrecta*).

La última y tercera isoenzima, **CK-MM**, se encuentra en **músculo** y en inyecciones intramusculares o rhabdmiolisis puede estar elevada en plasma (*respuesta 3 incorrecta*).

La lesión celular **hepática** suele elevar en plasma enzimas que indican citolisis de este órgano (**GOT, GPT...**) (*respuesta 4 incorrecta*).

Pregunta 11594: (185) En 2018 James Allison y Tasuku Honjo recibieron el Premio Nobel de Medicina por el descubrimiento de las moléculas CTLA-4 y PD-1, que supone un gran avance en la inmunoterapia del cáncer. El tratamiento de pacientes con cáncer con anticuerpos anti-PD1 (como pembrolizumab) se basa en que:

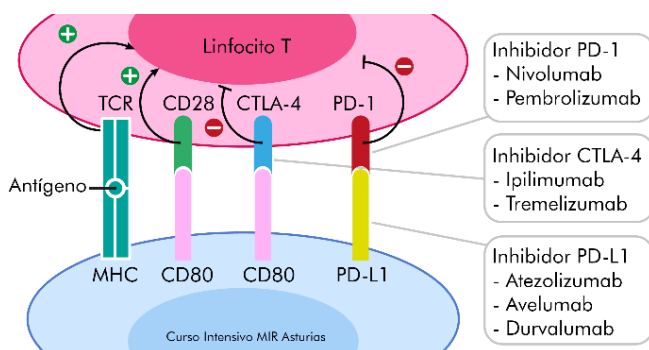
1. El anticuerpo anti-PD1 se une al receptor PD-1 expresado en células tumorales induciendo su muerte por apoptosis.
2. El anticuerpo anti-PD1 actúa como puente entre la célula tumoral y sus ligandos en los linfocitos T, favoreciendo la destrucción del tumor por linfocitos citotóxicos.
3. El anticuerpo anti-PD1 favorece la opsonización de la célula tumoral y su eliminación por las células fagocíticas.
4. El anticuerpo anti-PD1 bloquea el funcionamiento del receptor PD-1, que actúa como un regulador negativo de la actividad de los linfocitos T, permitiendo así su activación.

300484 ONCOLOGÍA Normal 51%

Solución: 4

Las vías PD-1/PD-L1 (Programmed Death-Ligand) y CTLA-4 (Cytotoxic T-Lymphocyte Antigen 4) son crucial es para el control del sistema inmunitario del crecimiento del cáncer. La función del linfocito T se inhibe por la estimulación del receptor CTLA-4 o por la unión de PD-1 a PD-L1. Muchos tipos de cáncer potencian estas vías inhibitorias para evadir el sistema inmunitario.

Los anticuerpos anti-PD-1 (pembrolizumab, nivolumab) y anti-PD-L1 (atezolizumab, durvalumab, avelumab) **bloquean el receptor PD-1 y la señal frenadora de la respuesta inmune, permitiendo que los linfocitos T continúen activos contra el tumor** (*respuesta 4 correcta*).





Curso
INTENSIVO
MIR
ASTURIAS

Conceptos clave **MIR 2019**

Conceptos clave MIR 2019

1. La **obesidad** suele cursar con esteatosis hepática.
2. Los procesos alérgicos y microabscesos de eosinófilos se asocian a **esofagitis eosinofílica (4MIR+)**.
3. **Miositis por cuerpos de inclusión**: Infiltrado inflamatorio endomisial y vacuolas ribeteadas **(3MIR+)**.
4. **Hígado cirrótico**: Aspecto nodular // Colangiocarcinoma: Formación glandular.
5. **Pénfigo vulgar**: Acs patógenos Igs contra las desmogleínas 1 y 3, proteínas de los desmosomas (parches proteicos intercelulares) **(9MIR+)**.
6. **Síndrome DRESS**: reacción adversa a fármacos; fiebre + malestar general + rash generalizado + eosinofilia + linfocitos + adenopatías + edema facial + aumento de transaminasas **(2MIR+)**.
7. La **nefropatía crónica** en pacientes con reflujo se debe a las cicatrices por infecciones de repetición y al propio reflujo.
8. La **afectación ósea en un linfoma Hodgkin** es considerada un estadio IV de la enfermedad.
9. **Mola hidatidiforme**: evacuación uterina precoz por legrado por aspiración.
10. Las **lesiones de DSI** consisten en placas eritematosas que se cubren de una descamación amarillenta de aspecto grasiento.
11. La **displasia fibrosa** se caracteriza por la progresiva sustitución del tejido óseo normal por tejido fibroso (imagen en vidrio esmerilado).
12. Un **aneurisma abdominal roto** es una urgencia quirúrgica inmediata, diagnosticada con AngioTC.
13. El **hematoma de la vaina de los rectos** es más frecuente en mujeres y pacientes anticoagulados.
14. **Tratamiento del neumotórax**: tubo de drenaje torácico **(5MIR+)**.
15. **Sarcoidosis**: adenopatías hiliares bilaterales en la Rx de tórax, granulomas no caseificantes, elevación de la ECA, eritema nodoso y predominio de linfocitos CD4 en el BAL. Sólo se trata (con corticoides) a partir del estadio II o con afectación orgánica **(25MIR+)**.
16. La **técnica diagnóstica** de elección en la isquemia intestinal aguda es el angio-TC **(5MIR+)**.
17. La **tendinitis cálcica** del supraespinoso se confirma mediante una radiografía simple de hombro **(2MIR+)**.
18. **Q=** necrosis. **ST=** lesión. **T=** isquemia.
19. En la afectación del **seno cavernoso derecho** se afectan los pares craneales motores oculares (III, IV y VI), fibras simpáticas y las dos primeras ramas del trigémino.
20. La **esclerosis tuberosa** produce angiomiolipomas renales bilaterales **(4MIR+)**.
21. Las **bandas oligoclonales en LCR** están presentes en más del 75% de los pacientes con EM **(11MIR+)**.
22. **Tratamiento del íleo biliar**: resolver la obstrucción intestinal con extracción del cálculo **(4MIR+)**.
23. El **tratamiento de elección de las fracturas cerradas desplazadas de la tibia** es el enclavado endomedular **(2MIR+)**.
24. Cifras < 140 y/o < 90=Normotensión. Descenso >10% nocturno = **Dipper**.
25. La **granulomatosis con poliangeítis o enfermedad de Wegener** cursa en el 90% con C-ANCA antiproteína 3 **(19MIR+)**.
26. **Neumonía por broncoaspirado**: afectación del segmento 6 pulmonar derecho (segmento superior del lóbulo inferior izquierdo)
27. **Electrocardiograma del TEP masivo**: Bloqueo de rama derecha, S1Q3T3 (visible en el 30% de los casos) **(3MIR+)**.
28. La **bilirrubina indirecta o no conjugada** puede transportarse en plasma unida a la albúmina.
29. En la **rama oxidativa** de la vía de las **pentosas fosfato** se consigue NADPH para proteger a los hematíes del estrés oxidativo.
30. **Cohortes**: estudios observacionales, analíticos, prospectivos y longitudinales **(21MIR+)**.
31. **Incidencia**: proporción de casos nuevos de un fenómeno que se producen en población susceptible en un tiempo determinado **(3MIR+)**.
32. **Secuencia temporal (que la exposición sea previa al desenlace)**: criterio de causalidad más importante **(3MIR+)**.
33. El **sesgo de duración de la enfermedad** se produce cuando el cribado identifica los casos más leves y con menor mortalidad.
34. **Riesgo Relativo (RR)**: es un cociente de incidencias acumuladas. Valores de 0 a infinito. Su valor nulo es 1 **(8MIR+)**.
35. Está indicado el **lavado de manos DESPUÉS del contacto con el entorno del paciente**, no antes.
36. La **maskarilla de partículas (N95 o FFP2)** está indicada en el aislamiento por gotículas (menos de 5 micras).
37. La **densidad de incidencia** es una tasa y su denominador es personas-tiempo **(3MIR+)**.
38. Las **estatinas** están **contraindicadas en el embarazo** por haberse asociado a anomalías congénitas después de la exposición intrauterina.

39. La **domperidona** es el antiemético de elección en la enfermedad de Parkinson por ser un antagonista dopaminérgico que atraviesa con dificultad la barrera hematoencefálica.
40. La **etosuximida** es un antiepiléptico con indicación específica de prevenir las crisis de ausencias **(2MIR+)**.
41. La **concentración plasmática en el equilibrio estacionarios** se alcanza mediante la administración de un fármaco de forma repetida durante 5 vidas medias **(3MIR+)**.
42. La **actividad parasimpática** a través del vago produce elentecimiento cardiaco y la simpática aumento de la frecuencia cardiaca.
43. El **aumento del CO₂**, del 2-3 DPG, de los H⁺ y de la temperatura aumentan la liberación de O₂ a los tejidos al desplazar la curva de disociación de la Hb por el O₂ hacia la derecha **(3MIR+)**.
44. Las **mutaciones por expansión de tripletes** se asocian con anticipación genética **(7MIR+)**.
45. Sospecha de **síndrome de Turner** (45, X): cariotipo para el diagnóstico **(9MIR+)**.
46. Las **integrinas** favorecen la migración leucocitaria.
47. La **IgG** es el único anticuerpo capaz de atravesar la placenta.
48. La **rinitis leve-moderada intermitente** se trata con corticoides intranasal y antihistamínico oral.
49. **Necrosis epidérmica tóxica (NET)**: fármaco + despegamiento > 30% SCT con Nikolski positivo + afectación de mucosas y del estado general **(2MIR+)**.
50. La **calcificación distrófica** afecta a tejidos no viables o necróticos.
51. La **noradrenalina** es el vasopresor de elección en el shock séptico **(3MIR+)**.
52. Son **agentes desencadenantes de hipertermia maligna** los anestésicos halogenados y los relajantes musculares despolarizantes. El dantroleno es su tratamiento **(2MIR+)**.
53. **Comité de Ética Asistencial**: funciones de asesoramiento a profesionales y usuarios del Sistema, formación, protocolos asistenciales. Independiente del Comité Ético de Investigación con medicamentos (se encarga de Ensayos clínicos) **(2MIR+)**.
54. El **adenoma pleomorfo** es el tumor más frecuente de las glándulas salivares y afecta típicamente a la glándula parótida **(4MIR+)**.
55. El **colgajo de gemelo interno** es la plastia de indicación en la cobertura de la cara interna de la rodilla.
56. **Parálisis facial**: durante el primer año están indicadas las actuaciones directas sobre el nervio (neurorrafia, injerto nervioso o transferencia desde otro nervio motor).
57. La **vida media de la morfina** es de 1,5-2 horas, la analgesia suele durar 3-7 horas y por ello se suele administrar cada 4 horas.
58. **Síndrome caquexia-anorexia por cáncer**: acetato megestrol excepto en las 4-6 últimas semanas de vida que se prefiere dexametasona.
59. **Método más fiable para estimar el intervalo post-mortal en el período precoz de la muerte**: Determinación de la temperatura rectal.
60. **Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae y Tricomona vaginalis**: ITS **(2MIR+)**.
61. **Endometrioma asintomático**: no intervenir quirúrgicamente.
62. **Marcador ecográfico más importante del primer trimestre**: translucencia nucal **(2MIR+)**.
63. **RPM pretérmino**: no medición reiterada del cérvix en ausencia de contracciones.
64. **Cáncer de mama triple negativo**: quimioterapia adyuvante o neoadyuvante **(2MIR+)**.
65. **Lesión palpable en paciente < 35 años sospechosa de benignidad**: ecografía.
66. **Cultivo vaginorrectal de EGB positivo**: ingreso y profilaxis intraparto con antibiótico intravenoso **(6MIR+)**.
67. **Paciente con anovulación y sin otros factores de esterilidad**: inductor de la ovulación o IA.
68. **Síndrome del cromosoma X frágil**: anticipación genética (se manifiesta antes y más gravemente en la descendencia) **(7MIR+)**.
69. Estrictamente la **ceguera cortical** indicaría la completa ausencia de visión, en su nueva denominación (**discapacidad visual neurológica**) se incluyen tanto ésta como otras situaciones en que existe una pérdida de visión parcial.
70. La aparición de **fosfenos** seguida de una **mancha oscura que se desplaza con la mirada**, es sugestiva de un desprendimiento de vítreo posterior.
71. **Varón joven, masa en testículo, línea media o mediastino, elevación AFP, BHCG y LDH**: tumor germinal no seminomatoso **(5MIR+)**.
72. **Cáncer de célula pequeña y en el de célula no pequeña estadio IIIB y IIIC irresecables**: quimioterapia y radioterapia **(2MIR+)**.
73. **Cáncer de mama estadio I tratado con mastectomía** no requiere radioterapia.
74. La **otitis externa** se caracteriza por signo del trago positivo **(2MIR+)**.
75. La **TAC** es la prueba más sensible para el diagnóstico de sinusitis.

76. El **gluconato cálcico** antagoniza la acción del K⁺ en la célula miocárdica (7MIR+).
77. En el diagnóstico de **bronquiolitis del lactante** las pruebas complementarias se reservan para casos graves con dudas diagnósticas (8MIR+).
78. La **disgenesia tiroidea** es la causa más frecuente de hipotiroidismo congénito permanente (2MIR+).
79. La **tiroiditis de Hashimoto** es de etiología autoinmune y suele cursar con hipotiroidismo (2MIR+).
80. La **adrenarquia precoz** se relaciona con hiperandrogenismo pero no con pubertad precoz (4MIR+).
81. **DQ2/DQ8 en la enfermedad celíaca** tiene alto valor predictivo negativo (8MIR+).
82. El **tratamiento de la diarrea aguda en los niños** es la rehidratación oral precoz (4MIR+).
83. El **síndrome de realimentación** cursa con hipopotasemia, hipomagnesemia e hipofosforemia (3MIR+).
84. **Síntomas psicóticos o trastornos de conducta en la E. Alzheimer:** antipsicóticos.
85. **Delirium:** Fundamental la FLUCTUACIÓN del nivel de consciencia y de la atención (12MIR+).
86. **Indicación TEC:** Esquizofrenia, depresión grave con síntomas psicóticos, embarazadas con trastornos afectivos (4MIR+).
87. **PANDAS:** síndrome definido por tics y trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), producido por una infección por estreptococos beta-hemolíticos del grupo A.
88. **Inhibidores de la recaptación de noradrenalina y dopamina (IRDN):** Bupropion (2MIR+).
89. **INTOXICACIÓN POR LITIO:** En casos leves (< 2 mEq/L) se forzarán diuresis. Si la litemia es > 2 mEq/L será necesaria la hemodiálisis (12MIR+).
90. Los **FUMADORES** suelen presentar niveles de antipsicóticos en plasma INFERIORES a los no fumadores (2MIR+).
91. Las **escoliosis entre 20 y 50°** se tratan con corsés (2MIR+).
92. El **nervio femoral** inerva los músculos y tegumentos de la cara anterior del muslo.
93. Todos los **soplos** aumentan con menor volumen ventricular (Valsalva) experto MHO y propaso mitral que aumentan (7MIR+).
94. El **tratamiento de primera línea** en los pacientes con disfunción sistólica son betabloqueantes e IECAS (7MIR+) (9MIR+).
95. **Fármacos que alargan el QT + QT largo (>500mseg) + Síncope == TORSADA DE PUNTAS** (3MIR+).
96. **Tratamiento pericarditis Aguda** = Reposo + AINES + Colchicina.
97. Un valor puntual elevado de **transaminasas** no indica un peor pronóstico en la cirrosis (3MIR+).
98. Podemos **medir la fibrosis hepática mediante FibroScan** (sin necesidad de biopsia).
99. La **profilaxis de la PBE** se realiza con Norfloxacin oral 400 mg/día.
100. La **Espondilitis Anquilosante** es una complicación de la EII colitis independiente.
101. El **tratamiento de elección de los adenomas productores de prolactina** son los agonistas dopaminérgicos (4MIR+).
102. Los **tumores pancreáticos no insulinomas** cursan con hipoglucemia por hiperinsulinismo.
103. El **SIADH** es un tipo de hiponatremia hipotónica euvolémica.
104. El **litio** produce diabetes insípida nefrótica por favorecer resistencia a la ADH.
105. La **LLC estadio A de Binet** no necesita tratamiento (4MIR+).
106. **ATRA + Trióxido de Arsénico** es el tratamiento actual de elección en la LAM3 (5MIR+).
107. La **PTI** es la diátesis plaquetaria adquirida más frecuente (12MIR+).
108. El **linfoma folicular** se origina en el centro germinal del folículo linfático del ganglio linfático.
109. La **listeria** es resistente a cefalosporinas (5MIR+) (6MIR+).
110. En pacientes con **HBP moderada/grave** sin indicaciones absolutas de cirugía el tratamiento médico de elección de inicio son los alfa-antagonistas.
111. La **ecografía urológica** es la prueba urgente de elección ante patología infecciosa o litiasis renal.
112. La **clasificación KDIGO 2012** clasifica la enfermedad renal crónica en función del filtrado glomerular y la albuminuria.
113. La **nefropatía membranosa de mal pronóstico** no logra remisiones del 90% con tratamiento corticoideo.
114. La **diarrea** produce acidosis metabólica con el anion gap normal (9MIR+).
115. **Derrame pleural tuberculoso:** exudado linfocitario con ADA elevado (13MIR+).
116. **Efecto Booster:** en pacientes de 65 años o más y PPD negativo está indicado repetir el Mantoux a los 7 - 10 días. Si la segunda prueba es positiva, se tratará de un verdadero positivo (infección tuberculosa latente) (2MIR+).
117. **Tratamiento de la proteinosis alveolar primaria (o autoinmune):** lavado pulmonar, GM-CSF, Rituximab y plasmaferesis.
118. **VMNI:** paciente consciente y colaborador, con pH bajo y PaCO₂ elevado (6MIR+).

119. El **ácido valproico** se ha relacionado con trastornos del neurodesarrollo en niños nacidos de mujeres tratados con valproico y riesgo de mutaciones congénitas.
120. La causa más frecuente de **hemorragia lobar** en el **anciano** es la angiopatía amiloide **(3MIR+)**.
121. Tanto las **crisis comiciales** como el **síncope** pueden acompañarse de sacudidas.
122. **Espondilodiscitis piógena**. Infección ósea hematógena en adultos. Se confirma mediante RNM
123. Para confirmar un **síndrome de túnel carpiano** debe hacerse un estudio neurofisiológico **(4MIR+)**.
124. La **máxima incidencia** de **arteritis de células gigantes** se da entre la séptima y octava década de la vida.
125. El **Síndrome de Leriche** consiste en un cuadro clínico que comprende la triada: claudicación glútea, impotencia coeundi y ausencia de pulsos distales.
126. El **tratamiento de elección de las oclusiones vascular agudas de miembros inferiores** es la embolectomía o trombectomía con sonda de Fogarty **(2MIR+)**.
127. **Tratamiento del tumor de Pancoast**: Quimioterapia neoadyuvante + quimiorradioterapia y cirugía.
128. **Contusión pulmonar**: lesión traumática que produce un acúmulo de sangre en el parénquima, con alteración del intercambio gaseoso.
129. El **tratamiento del carcinoma de esófago** localmente avanzado es quimiorradioterapia + cirugía.
130. La **profilaxis antibiótica en la cirugía** se realiza durante la inducción anestésica **(2MIR+)**.
131. En el **Sd. de Lynch** el CCR suele aparecer en colon derecho **(8MIR+)**.
132. **Triada de Charcot**: dolor en hipocondrio derecho, fiebre e ictericia. Típica de la colangitis **(4MIR+)**.
133. **Neumonía con reaparición de fiebre 72 horas tras inicio de antibioterapia y derrame pleural**: sospecha de empiema (pH < 7.20, LDH >200, glucosa < 40 mg/dl). Tratamiento con antibiótico y tubo de drenaje **(17MIR+)**.
134. **Neumotórax**: timpanismo a la percusión.
135. El Síndrome de **Guillain- Barré** no se trata con corticoides, sino con IG's o Plasmaféresis **(12MIR+)**.
136. El **tratamiento del vasoespasmo** es principalmente la hipervolemia y en menor medida la hipertensión inducida. Cuando esto falla está indicado el tratamiento endovascular.
137. Las **fracturas de la extremidad superior del fémur** deben tratarse siempre mediante cirugía en las primeras 24-48 horas **(7MIR+)**.
138. El **tratamiento inicial de la artrosis**, incluidas las agudizaciones, es médico: reposo, analgésicos, antiinflamatorios no esteroideos **(5MIR+)**.
139. La **epifisiolisis distal de radio** es el traumatismo de muñeca más frecuente en los niños. Produce deformidad en dorso de tendón **(2MIR+)**.
140. La **lesión del nervio radial** es una complicación frecuente de la fractura diafisaria del húmero **(9MIR+)**.
141. La **estenosis del canal medular lumbar** es la causa más frecuente de claudicación neurógena en ancianos **(5MIR+)**.
142. Una **infección ósea** siempre **obliga a la retirada del material extraño**: osteosíntesis, prótesis... **(2MIR+)**
143. La **demencia con cuerpos de Lewy** se caracteriza por deterioro cognitivo, alucinaciones visuales, ideas delirantes, síntomas extrapiramidales (parkinsonismo acinético) y neurovegetativos, alteraciones en la marcha y notable fluctuación de un día para otro **(8MIR+)**.
144. **DELIRIUM**: Cuadro agudo de disfunción cerebral generalizada. Desencadenantes: Infecciones, RAO, cambios en fármacos **(12MIR+)**.
145. **Síndromes geriátricos**: Prevalencia más elevada en pacientes mayores dependientes e institucionalizados.
146. **Fragilidad**: Su prevalencia Sí tiene relación directa con la edad cronológica.
147. El **tratamiento de la incontinencia urinaria de urgencia** con antimuscarínicos está contraindicado en deterioro cognitivo y demencia.
148. Las **fases del modelo de Prochaska y DiClemente**: precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y recaída.
149. Los **AINES** (por ej: ibuprofeno) no son un tratamiento eficaz en los dolores de tipo neuropático.
150. **PICO**: Paciente, Intervención, Comparación y Outcome (resultado).
151. **Prevención primaria**: evitar la exposición a factores de riesgo con el objetivo de reducir la incidencia (casos nuevos).
152. **Pacientes HTA y DM = IECAS** **(6MIR+)**.
153. Ante **hematuria de etiología no aclarada**, la prueba de imagen de inicio de elección es la ecografía urológica.

154. **Prevención cuaternaria:** evitar el daño asociado a la atención sanitaria (2MIR+).
155. **Cuestionario de Fried:** Valora 5 criterios. Se considera anciano frágil cuando la puntuación es de 3-5 puntos.
156. **Insuficiencia tricúspide** = soplo sistólico que aumenta con la inspiración y ondas V en pulso venoso yugular (2MIR+).
157. La **anemia** más característica del **LES** es la anemia hemolítica, siendo la anemia ferropénica la más frecuente (7MIR+).
158. Los **pacientes con esclerodermia limitada** pueden desarrollar hipertensión pulmonar (2MIR+).
159. Una **combinación basada en inhibidores de proteasa** es una opción posible en el tratamiento de la infección VIH.
160. **Fiebre, cefalea, artralgias y parálisis facial** orientan a enfermedad de Lyme.
161. **Rituximab** es efectivo para inducir la remisión para las formas generalizadas de Wegener con afectación renal.
162. Las **enfermedades del ciclo de la urea** se caracterizan por acúmulo de amonio capaz de producir daño neurológico.
163. En **ancianos con pluripatología**, el valor óptimo de HbA1c está entre 8 y 8,5%.
164. **Escala ATS/IDSA:** 3 criterios menores o 1 mayor indica ingreso en UCI para neumonías adquiridas en la comunidad.
165. **Criterio de ingreso en pericarditis aguda:** Derrame pericárdico severo.
166. Una **elevación de carga viral sin clínica y con CD4 estables**, obliga a repetir esa carga viral para descartar que no sea un “blip” o elevación transitoria.
167. El **fenómeno de Raynaud** secundario aparece en gente de edad avanzada junto con alteraciones en la capiloroscopia, ANAS+ y lesiones digitales.
168. Ante una **clínica típica de pancreatitis aguda y amilasa elevada**, no es necesario realizar prueba de imagen para confirmarla.
169. En la **enfermedad relacionada con la IgG4** aparece un infiltrado linfoplasmocitario, fibrosis estoriforme y más de 10 células plasmáticas IgG4+ por campo.
170. **Meningitis neoplásica:** subaguda, pleocitosis linfocitaria con hiperproteíorraquia y consumo de glucosa. Puede haber células tumorales en el LCR (2MIR+).
171. La **dobutamina** no es un vasopresor de manejo inicial en el shock séptico. Si el LACTATO y administrar fluidos, así como obtener muestras biológicas (hemocultivos, así como urinocultivo si es posible) (3MIR+).
172. Tras comprobar que el **paciente no respira y no tiene pulso** debemos comenzar con ciclos de 30 compresiones y 2 ventilaciones (30:2) (2MIR+).
173. La **hidroxicobalamina (CYANOKIT)** es el tratamiento específico de la intoxicación por humo con acidosis láctica igual a superior de 8 mEq/L/L y Clínica neurológica (2MIR+).
174. **Amiodarona** indicada en ritmo desfibrilable antes de la cuarta descarga a dosis de 300 mg y posibilidad de un segundo bolo a dosis de 150 mg.
175. El **shock hipovolémico** presenta cuatro estadios dependiendo del volumen de sangre perdido.
176. En **brotos de LES** existe elevación de anticuerpos antiDNA e hipocomplementemia.
177. **Razón o Cociente de Probabilidad positivo:** cuántas veces es más probable un resultado positivo en un enfermo que en un sano.
178. **Aumentan el riesgo de formación de cálculos de pigmento:** hemólisis, anemia perniciosa e infección crónica de vías biliares.
179. **IECAS y Antialdosterónicos** pueden incrementar niveles de potasio (6MIR+).
180. Los **bifosfonatos** pueden originar osteonecrosis mandibular (5MIR+).
181. La **distrofia muscular de Duchenne** es una enfermedad recesiva ligada al cromosoma X causada por mutaciones por del gen de la distrofina.
182. Los **GIST** expresa en el CD-117 (parte del receptor c-kit) (4MIR+).
183. Los **AVAD (Años de Vida Ajustados por Discapacidad)** son la MEJOR medida de carga global de enfermedad.
184. La **isoenzima creatina quinasa (CK)-BB** se encuentra predominantemente en el cerebro.
185. **Anticuerpos antiPD1 (pembrolizumab, nivolumab):** bloquean el Rc PD1, regulador negativo de linfocitos T permitiendo su activación.